

RESUMO

A pesquisa objetiva: a) compreender o novo papel dos Estados subnacionais, especialmente em 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 demanda um maior esforço de coordenação ao nível regional. É analisado o papel desempenhado pela Secretaria de Estado da Saúde na experiência de delegação da prestação direta dos serviços de saúde e implantação de um sistema de regulação no Estado da Bahia. A escolha justifica-se dada o pioneirismo deste Estado em termos de políticas públicas inovadoras no contexto de descentralização, municipalização e mudança no papel dos vários níveis da federação.

PALAVRAS-CHAVE

Gestão estratégica; Políticas públicas em saúde; Descentralização; Regulação; Delegação da prestação de serviços; 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; b) to fulfill the absence of updated studies on the regional level of health care management – because emphasis has been given to local level; c) 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 Bahia State in the implementation of the Health Services Network since 1998. The choice of Bahia State is given by its good performance in health indicators, upon the National Health Ministry. The Health Services Network renews the sense of regionalization. This program has the municipality as the main actor, yet the regional action could be considered as strategic.

KEY WORDS

Strategic management; Health public policy; De-centralization; Under-regional management; Bahia State; Innovation.

SUMÁRIO

I.	Introdução	5
II.	Formulação do problema	8
III.	A descentralização enquanto estratégia para o fortalecimento da capacidade de governança.....	17
1.	A política de saúde no Brasil: o Sistema Único de Saúde – SUS	19
1.1.	A universalização da assistência	20
1.2.	A descentralização.....	21
1.3.	O controle social.....	22
2.	Descentralização e municipalização.....	23
3.	O papel do nível estadual neste contexto	26
IV.	A política de saúde do Estado da Bahia	27
1.	Considerações iniciais	27
1.1.	A Secretaria da Saúde da Bahia – SESAB	29
2.	O plano estadual de saúde do Estado da Bahia.....	31
2.1.	Introdução	31
2.2.	Diretrizes do plano	34
2.3.	Mudanças no sistema de saúde	35
2.4.	Prioridades e plano de ação	38
3.	Descentralização e regionalização do sistema de saúde na Bahia.....	39
3.1.	Descentralização e regionalização	39
3.2.	Pactuação entre municípios e a Comissão Intergestores Bipartite	49

4. Implantação do sistema de regulação da saúde	53
V. Estudos de caso	63
1. Metodologia de escolha	63
2. A terceirização de unidades hospitalares.....	64
2.1. Considerações iniciais	64
2.2. O processo de terceirização dos serviços de saúde.....	65
2.3. Controle e acompanhamento do processo de terceirização.....	71
2.4. Conclusões	74
3. A experiência do município de Vitória da Conquista	75
3.1. Introdução	75
3.2. A gestão da saúde no município.....	76
3.3. Inovações	80
3.4. Relação das esferas estadual e municipal.....	87
3.5. Controle social	90
3.6. Conclusões	92
VI. Considerações finais.....	95
VII. Bibliografia	99
VIII. Anexos	103
1. Roteiro das entrevistas em nível estadual.....	104
2. Roteiro das entrevistas em nível local.....	106
3. Transcrição das entrevistas	108
4. Figuras.....	297

GESTÃO ESTRATÉGICA DE POLÍTICAS PÚBLICAS PELOS GOVERNOS SUBNACIONAIS: ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA DE DELEGAÇÃO DA PRESTAÇÃO DIRETA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E IMPLANTAÇÃO DE UM SISTEMA DE REGULAÇÃO NO ESTADO DA BAHIA*

Tania Margarete Mezzomo Keinert

I. INTRODUÇÃO

O presente relatório tem como objetivo apresentar os resultados da pesquisa realizada no Estado da Bahia nos meses de março de 2002 a julho de 2002, conforme objetivos e metodologia propostos no projeto de pesquisa aprovado pelo NPP/EAESP/FGV em março 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", no caso a análise da experiência de delegação da prestação direta dos serviços de saúde e implantação de um sistema de regulação no Estado da Bahia, para a elaboração de

* O NPP agradece aos alunos que participaram da pesquisa que originou o presente relatório como auxiliar de pesquisas, Otávio Prado, e como monitores de pesquisas, Marcelo Araújo Meletti e Malu Harumi Kokubo.

estratégias de intervenção destinadas a tornar efetivo o papel de coordenador, articulador e regulador dos Estados subnacionais (especialmente no nível regional/estadual) no contexto de descentralização.

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 coordenadas.

Em relação à experiência analisada, como objetivos específicos podem-se afirmar que o modelo implantado avança no sentido de fortalecer o papel coordenador do Estado ao nível regional, com destaque para uma atuação intersetorial, inovadora no sentido de uma administração holística. Também institui um novo desenho organizacional e uma nova relação estadual-municipal ao separar as funções de provisão/regulação dos serviços de saúde no nível microrregional.

Buscou-se mostrar, ainda, que o planejamento intersetorial e a articulação microrregional podem ser aliados a subcontratação da prestação dos serviços, desde que submetidos a uma clara política de saúde, coordenada por um Estado forte, especialmente na regulação e coordenação das ações de nível regional e microrregional.

Neste sentido enfatiza-se que o objetivo do trabalho não foi o de efetuar uma avaliação do impacto das experiências segundo indicadores sócio-econômicos ou epidemiológicos, mas sim, fornecer subsídios para a discussão sobre o novo papel das instâncias regionais de poder na formulação e implementação das políticas públicas de saúde, tendo em vista o processo de descentralização/municipalização ora em curso. Buscou-se, portanto, destacar alternativas de redesenho institucional e de estratégias de gestão.

No capítulo III, deste relatório, “A descentralização enquanto Estratégia para o Fortalecimento da Capacidade de Governança”, retomam-se alguns princípios norteadores da política de saúde no Brasil, problematizando, especialmente, a atuação dos governos subnacionais no contexto de descentralização e municipalização. Destaca-se, em seguida, no capítulo IV, “A Política de Saúde no Estado da Bahia”, as características inovadoras registradas por ocasião do trabalho de campo, em termos de gestão de políticas de saúde, delegação da prestação de serviços e regulação. No capítulo V foram destacados dois estudos de caso, a experiência de Vitória da Conquista com regulação e regionalização; e o caso da terceirização da gestão do Hospital Eládio Lassérre, primeira unidade terceirizada e que tem apresentado ótimo desempenho.

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 em termos de coordenação regional e compreender o que levou os municípios a aderir ao programa de microrregionalização, como parceiros – restabelecendo a noção de cooperação intergovernamental entre as partes componentes do pacto federativo – e não com uma lógica de subordinação vertical.

Adicionalmente foi levantada a visão de alguns atores do nível local, bem como de membros dos Conselhos de Saúde, especialmente no sentido de ter uma perspectiva ampliada de todo o processo.

Destaca-se, portanto, que a visão dos atores de nível estadual, microrregional e local 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 pesquisa 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.

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 SP – este último em andamento), permitindo que, juntamente com a pesquisa no Estado da Bahia, 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.

II. FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

A discussão sobre políticas públicas em saúde no Brasil está intimamente relacionada àquela do papel do Estado e das reformas institucionais destinadas a responder a um ambiente mutável. Neste sentido, busca-se flexibilizar a gestão pública e aproximar o processo decisório da população.

A tentativa é de aumentar a capacidade de “governança” do Estado, ou seja, a capacidade de criar no governo “condições financeiras e administrativas para transformar em realidade as decisões que toma” (BRESSER PEREIRA, L. C. 1997).

A questão da forma de provisão dos serviços públicos de maneira geral, e de saúde em particular – se direta, delegada ou terceirizada – aparece como um dos principais desafios na questão da reforma do Estado.

Dada a importância que as políticas de saúde tem na gestão pública, a área da saúde tem sido freqüentemente apontada como uma das prioritárias para se efetuar mudanças na forma de provisão dos serviços, formato jurídico-institucional, modelo de gestão e mecanismos de controle.

Ocorre que a área de saúde envolve direitos humanos fundamentais, conquistas de cidadania, além de aspectos éticos relacionados à vida humana, o que impede que se utilize uma lógica estritamente econômico-gerencial.

Neste sentido, embora a inovação na gestão pública nos dias atuais passe necessariamente pela reorganização da prestação dos serviços, este processo na área de saúde torna-se extremamente delicado.

A questão dos novos desenhos e formatos institucionais aparece como desafio no contexto de “reforma da reforma sanitária”. Mesmo que, oficialmente, o Ministério da Saúde não tenha assumido nenhuma “reforma” de maneira deliberada, na prática, as coisas estão acontecendo. Por exemplo, no nível local o município está ampliando o aparelho do Estado, contratando gente, criando novas organizações estatais no setor de atividades não-exclusivas ou competitivas, enquanto que o apregoado pelo Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado é que deveria estar se reduzindo a participação estatal e aumentando a participação pública não-estatal (BRASIL, 1995; KEINERT, 2000). Na contramão deste processo, alguns governos estaduais estão terceirizando suas redes hospitalares e delegando a outras entidades públicas não estatais a gestão destas unidades, como é o caso do Estado de São Paulo, em processo iniciado em 1995¹. São portanto movimentos antagônicos e o

¹ Ver, por exemplo, Ibañez, Nelson et al. “Organizações Sociais de Saúde: O Modelo do Estado de São Paulo”, Abrasco, v. 6, numero 2, Rio de Janeiro, 2001.

que é pior, em alguns casos conflitantes entre si ou gerando ineficiência e sobreposição de ações num mesmo território.

Neste sentido, de acordo com o princípio da subsidiariedade, somente deve ser provido pelo Estado o serviço que não puder ser prestado pela iniciativa privada ou que deve ser prestado sem fins lucrativos e, ainda, somente pelos níveis estadual e federal aquilo que não puder ser prestado pelo nível local. Ocorre que esta ação tem que ser coordenada, especialmente no espaço supramunicipal e intraestadual.

Regular e financiar (e não necessariamente fazer a prestação direta dos serviços) são funções que se colocam como um grande desafio para o nível estadual, especialmente tendo em vista a municipalização da prestação dos serviços de saúde. Ganha destaque neste processo a estratégia que se constrói no desenvolvimento do novo papel do nível estadual em relação ao município, estratégia esta que pode (e deve) ser cooperativa segundo os princípios do federalismo, mas que, infelizmente, em alguns casos torna-se competitiva.

Da análise efetuada na área de saúde e tendo em vista o fortalecimento da capacidade de governança, três questões fundamentais se colocam:

a) A Redefinição do Papel do Estado:

Redefinir as áreas de atuação do Estado e reconstruí-lo nas áreas em que está debilitado, capacitando-o a exercer seus novos papéis, é essencial para dotá-lo de maior capacidade de governança.

Faz-se necessário um reexame do que o Estado deve fazer e financiar, o que ele deve pagar, mas não fazer, e o que ele não deve fazer nem pagar. Esta questão é fundamental para se distinguir as atividades que são “exclusivas de Estado”, e, portanto, devem ser fortalecidas; e aquelas que são “competitivas”, ou seja, não há

“poder de Estado” e, portanto, podem ser executadas por diversas organizações sociais².

A qualidade e a efetividade da “governança” é crucial para a prosperidade dos Estados-Nação. Neste sentido, faz-se necessário descentralizar algumas funções enquanto se centralizam outras responsabilidades críticas de "policy making".

Este processo está em curso em todos os países. Em alguns, tal mudança estrutural clama por redução das áreas de atuação e do tamanho do aparelho do Estado. Em outros, o setor público deve ser defendido e fortalecido (OECD, 1996).

No caso brasileiro e, em especial no setor da saúde, demanda-se “a regulação de um Estado necessário, forte e socialmente legitimado. Um Estado imprescindível na regulação, mas acessório na prestação direta dos serviços” (MENDES, E. V. 1996, p. 12).

b) Novo Pacto Federativo

Com o processo de globalização surgem novas instâncias de poder, de caráter supranacional, como, por exemplo, os mercados regionais, o que coloca em xeque uma das características mais marcantes dos Estados nacionais: a soberania.

Este fato, acrescido do grande movimento de descentralização que se verificou nos últimos anos, fortalecendo o poder local, instaura a chamada “crise do federalismo”. O ambiente competitivo passa a envolver também as organizações públicas locais que deixam de referir-se unicamente ao Estado nacional e passam a competir em escala regional, exigindo um acelerado processo de ajuste estrutural. A maior

² - O “Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado” (BRASIL, 1995), proposta de reforma da administração pública ao nível federal, em curso no Brasil, por exemplo, identifica quatro “setores” do Estado: 1- Núcleo Estratégico (formula as leis e as políticas públicas); 2- Atividades Exclusivas (há poder de Estado: coleta de impostos, polícia, defesa externa); 3- Serviços Competitivos (serviços públicos de maneira geral, onde não há poder extroverso); e 4-Produção de Bens e Serviços para o Mercado. Nos dois primeiros setores, a propriedade deve ser necessariamente estatal; no terceiro pode ser pública não-estatal; e, no quarto, privada (à exceção de áreas estratégicas).

autonomia que os governos locais passam a usufruir lhes dá a possibilidade de desenvolver fórmulas alternativas de gestão pública, especialmente no que se refere à cooperação público-privado, Estado-sociedade e público-público.

Em meio a este processo paradoxal de “global-localismo” o Estado em nível subnacional é fortemente questionado em suas funções, demandando uma redefinição profunda de seu papel. Assim, a idéia de federação enquanto “forma de organização territorial do poder, de articulação do poder nacional com os poderes regional e local” fica debilitada (AFFONSO, R. B. A & SILVA, P. L. B; 1995, p. 5).

Há que se resgatar a 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, faz-se necessária uma redefinição dos papéis de cada nível na formulação e execução das políticas sociais, com vistas a uma ação conjunta e coordenada.

No caso da saúde, especificamente, faz-se necessário repensar a proposta de municipalização, tendo em vista, inclusive, o fato de que mais de 50% dos municípios brasileiros possuem menos de 20.000 habitantes, o que inviabiliza, por exemplo, a manutenção de hospitais ou tratamento de especialidades neste nível. Articulações de tipo microrregional certamente potencializarão o alcance dos recursos investidos.

c) Novo Modelo de Gestão Pública

Torna-se essencial repensar a estrutura organizacional da administração pública, tendo em vista o esgotamento do modelo burocrático, de orientação racional-legal, que não mais responde às necessidades de aumento na capacidade de governança.

Alguns aspectos destacam-se:

- consideração de custo-benefício/economicidade nas formas de prestação dos serviços, tais como terceirização de atividades auxiliares ou de apoio, que passam a ser licitadas competitivamente no mercado, cobrança de taxas de alguns serviços;
- foco no cliente-cidadão, incluindo padrões explícitos de qualidade para os serviços públicos;
- utilização de modelos referenciais (*benchmarking*) e medidas de performance, além de ações visando simplificar a regulação e a redução de custos;
- utilização dos recursos da tecnologia da informação e desenvolvimento de sistemas interativos;
- novas formas de dotação orçamentária, especialmente vinculadas aos resultados obtidos; busca de mecanismos de autofinanciamento;
- modalidades organizacionais flexíveis, novas formas de organização jurídica, organizações públicas virtuais e em redes.

Na área da saúde demanda-se repensar o próprio formato do Sistema Único de Saúde - SUS, tendo em vista a necessidade de introduzir flexibilidade gerencial e financeira. A experiência italiana das “aziendas sanitarie” - organizações privadas não-lucrativas, de atuação regional e com autonomia gerencial - pode ser um referencial importante (MAPELLI, V; 1993).

Em relação à experiência a ser analisada pode-se afirmar que o modelo implantado pela Secretaria Estadual da Saúde do Estado da Bahia avança no sentido de fortalecer o papel coordenador do Estado (ao nível estadual e municipal), com destaque para uma atuação intersetorial, inovadora no sentido de uma administração holística. Também possui um potencial muito grande no sentido de articulação microrregional e de implementação de uma política de saúde neste nível.

Por fim, inova no sentido de delegar a prestação de alguns serviços totalmente à entidades privadas, embora esta modalidade exija uma grande capacidade de regulação por parte do Estado com o objetivo de garantir a eficácia da política de saúde. O estado da Bahia tem uma proposta de governo de desestatização de unidades públicas, especialmente hospitalares, passando sua operação para entidades privadas. Apesar da proposta mais geral do governo federal ser a opção por organizações sociais, a Secretaria Estadual de Saúde da Bahia tem adotado preferencialmente a terceirização de hospitais.³

Algumas dificuldades impostas ao processo de implantação do SUS foram discutidas nas últimas Conferências Nacionais de Saúde, como a necessidade de redefinição dos papéis de cada nível de governo e a dificuldade em implementar autonomia financeiro-administrativa nos municípios. Sobressaindo-se, ainda, a questão do financiamento do setor saúde: ou se aumentam infinitamente as fontes de renda, ou se tentam enfatizar os aspectos econômicos da saúde, rediscutindo alguns dos princípios do SUS, como, por exemplo, o impacto da universalização da assistência nos custos, a produtividade dos investimentos, formas de maximizar os benefícios através de novos desenhos organizacionais e inovações gerenciais.

Isto é especialmente válido num país, como o Brasil, onde o Estado gasta U\$ 90 por habitante, o que, se somado ao gasto privado atinge o montante de U\$220/habitante (o equivalente a países de renda média). Não obstante, a mortalidade infantil no Brasil é de um país miserável (45 por 1000 nascidos vivos). Se fizermos uma comparação com o Chile, por exemplo, que gasta U\$183 por habitante, veremos que sua mortalidade infantil é um terço da brasileira (12 por 1000) (CASTRO, C. M. 1997).

³ Encontra-se em fase de avaliação um grande projeto do Banco Mundial que pretende dar suporte à separação de papéis (prestação/regulação), mecanismos de compra de serviços e formas de controle, num quadro geral de microregionalização. Este projeto deve estar começando nos próximos meses, assim que aprovado no Ministério do Planejamento onde está se encontra em fase final de avaliação.

Pode-se afirmar que a questão do financiamento, marginal na agenda brasileira de saúde nos anos 70/80, passa agora a dominar o cenário. O próprio Ministério da Saúde, através do Programa REFORSUS, investirá em um projeto decenal, 10 bilhões de dólares no aumento da capacidade de formulação de políticas públicas pelos governantes, na definição de mecanismos mais estáveis de financiamento, no incremento da qualidade dos serviços e no apoio as experiências inovadoras (BRASIL, 1997).

A estratégia atual aponta para a implantação de um Estado regulador na área de saúde ao nível federal. Conforme declarou o então Ministro Carlos Albuquerque, referindo-se à reestruturação institucional por que passa o Ministério da Saúde: “Financiaremos parte das ações, fiscalizaremos a aplicação de recursos e avaliaremos resultados” (FOLHA DE SÃO PAULO, 21.04.97).

Num país como o Brasil onde ainda morrem pessoas devido a doenças endêmicas, ganha adeptos a idéia de se hierarquizar o atendimento em função do impacto que determinados gastos terão na saúde da maioria. Assim, ao invés da bandeira da universalização do atendimento, começa a ganhar força a idéia de se garantir um pacote mínimo, que dê atendimento básico a todos, o que, como se sabe, tem grande impacto na saúde (WORLD BANK, 1997).

Neste sentido "o Estado pode garantir a universalização por meio de regulamentação e fiscalização de serviços prestados pela iniciativa privada" (FOLHA DE SÃO PAULO, 21.04.97).

“The Minimum Health Package” proposto pelo World Bank Report 1993 (WORLD BANK, 1993) já indicou uma lista de prioridades que contempla o custo global de cada intervenção, por ordem decrescente de ganhos sobre a saúde: Programas de prevenção, saúde materno-infantil, combate a moléstias infecto-contagiosas, endemias, atendimento ambulatorial, nutrição, saneamento básico.

Um dos problemas desta orientação é que poderão sobrar menos recursos para os atendimentos de custo mais elevado. Isto pode ter como desdobramento o fato de que a parcela da população que possui maiores possibilidades financeiras ou convênios médicos privados pague pelos serviços; ou ainda, que se hierarquize o atendimento através de postos de saúde ou médicos de família, a fim de que o critério de prioridade deixe de ser a fila e passe a ser um critério epidemiológico, por exemplo. Conhecer as diversas necessidades de atenção à saúde, as diferenças microrregionais e as variações na capacidade de pagamento pelos serviços de saúde dos diferentes segmentos populacionais é fundamental para a construção de equidade na atenção à saúde (CEPAL, 1994).

Tal pacote de cuidados básicos fundamenta-se em uma concepção de saúde ampliada, entendida como qualidade de vida, e que se justifica plenamente quando se pensa na desigualdade existente na distribuição de renda no Brasil. Neste sentido, uma interpretação que ganha espaço é a que crê que saúde e educação, além de uma política econômica eficiente, são as bases para uma melhor distribuição de renda. Algumas análises vão mais além, garantindo que a política econômica chega a ser até mais importante que programas sociais para enfrentar a questão da pobreza, como é o caso, por exemplo, dos programas de garantia de renda mínima (MARQUES, 1996).

O que experiências de diferentes orientações políticas estão buscando é, na verdade, estabelecer um novo padrão de relacionamento Estado-sociedade que aumente a capacidade de ação de todas as instituições, sejam elas públicas ou privadas, para maximizar o uso dos recursos sociais. Neste sentido, no Brasil, existem duas propostas básicas, não-excludentes.

Uma, subproduto da proposta de Reforma do Aparelho do Estado, cria as "organizações sociais", uma nova modalidade de prestação de serviço público, exercida pela iniciativa privada mediante autorização do Governo, e sob sua rígida e permanente supervisão, como forma de alargamento e universalização dos efeitos

esperados na atuação do Estado como provedor do bem-estar social (BRASIL, 1995).

A outra, destaca a importância de trocar know-how na área de planejamento e avaliação de projetos sociais com fundações filantrópicas ligadas a empresas, que trazem consigo toda uma "inteligência empresarial" e, servindo, ao mesmo tempo, para "profissionalizar a gestão" daquelas entidades comunitárias, não-governamentais e *non-profit organizations* através da disseminação daquelas experiências.

As duas propostas caminham num mesmo sentido: o de tornar mais competitiva a gestão dos recursos públicos e a prestação de serviços na área social, independentemente do prestador ser uma agência do Estado, ou não.

Ao mesmo tempo em que a discussão de novas alternativa engatinha, dada o apego dogmático, quase religioso, que o Movimento Sanitário tem aos princípios vigentes do SUS⁴, surge, na prática, experiências diferenciadas que tratam de enfrentar o desafio da descentralização com melhoria nas condições de saúde.

III. 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,

⁴ - "A inspiração político-ideológica da reforma sanitária brasileira, à semelhança da experiência internacional, tendeu a sobrevalorizar os princípios e a descuidar da economicidade e da qualidade do sistema". MENDES, E. V. Uma Agenda para a Saúde, Hucitec: São Paulo, 1996, p. 12.

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 ⁵ (KEINERT, T. M. M. & CERQUEIRA, M. B. 1995).

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.

⁵ - 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.

O Brasil experimentou grandes transformações na área de saúde nos últimos anos, as quais se caracterizaram por uma grande mobilização popular e conseqüente aumentos 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 surgem movimentos sociais e profissionais da saúde, adiciona-se 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 ⁶. Isto representou, obviamente, um grande avanço, dado às

⁶ - 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.

características sócio-econômicas 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 exeqüível 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.

§ 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.

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), destinando (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 criadas séries de mecanismos institucionalizados, como, por exemplo, os Conselhos de Saúde – órgãos consultivos, deliberativos e de caráter colegiado, composto por

representantes do governo, profissionais de saúde e usuários – que atuam na formulação, controle e execução das políticas de saúde.⁷

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.

2. DESCENTRALIZAÇÃO E MUNICIPALIZAÇÃO

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.

⁷ 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.

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 protagonizante 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:

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; 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 inequívito.

“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

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.

A experiência analisada pode ser considerada inovadora em termos de construção de uma proposta de regionalização e microrregionalização da gestão das políticas de saúde, com participação efetiva do nível estadual. A proposta abrange uma região ou microrregião com características demográficas, epidemiológicas e socioeconômicas com alguma homogeneidade; é mais abrangente que as propostas de municipalização pura e simples, propiciando ganhos de escala por parte das políticas públicas.

O estudo de experiências inovadoras tem sido muito difundido nos últimos anos, inclusive incentivado por agências internacionais do porte do Banco Mundial, como

uma maneira de fomentar a busca de soluções alternativas, que guardem uma boa relação custo-benefício, contribuindo para a elevação da qualidade de vida em âmbito geral. Trata-se de experiências que procuram dar conta do esgotamento do chamado modelo de gestão burocrática e que visam incentivar, na prática, a construção de um novo referencial.

O Estado da Bahia, por sua vez, tornou-se conhecido por sua atuação inovadora em várias áreas, especialmente na tentativa de implantação de um modelo de gestão pós-burocrático no nível estadual.⁸

IV. A POLÍTICA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O Estado da Bahia pertence à Região Nordeste do país. Com uma área de 567.295 Km², representa 36% da região nordeste, ou 6,6% do território nacional, ocupando o 5º lugar no país em extensão territorial. Estes dados iniciais dão uma idéia da dimensão territorial do Estado, que vai se refletir nas definições da regionalização do seu território. A população do Estado é de 13.070.250 habitantes, segundo dados do censo de 2000⁹.

O Estado possui, segundo dados do IBGE, 415 municípios, divididos em 32 microrregiões, 30 regiões administrativas e 15 regiões econômicas, sendo a cidade de Salvador capital do Estado. Conforme declaração de Joselita Nunes Macêdo, superintendente da Superintendência de Planejamento e Monitoramento da Gestão

⁸ Um exemplo bastante conhecido de inovação na área de gestão de serviços públicos refere-se ao SAC- Serviço de Atendimento ao Cidadão, iniciativa pioneira da secretaria de Modernização Administrativa do Governo do Estado, a qual democratizou e ampliou o acesso aos serviços públicos, eliminando filas e longa espera. A iniciativa, implantada em 1995, foi premiada nacional e internacionalmente.

⁹ Acessados em <<http://www.ibge.net/home/estatistica/populacao/censo2000/>>, em 19 jul. 2002.

Descentralizada de Saúde – SUDESC, da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB, a Bahia convive hoje com estas três divisões dentro do Estado, trabalhando aspectos administrativos diferentes através de regionalizações diferentes. No caso da Saúde, o novo arranjo que está sendo implantado visa avançar do modelo de regionalização administrativa representado pela divisão em diretorias regionais de saúde - DIRES, para um novo modelo composto por macrorregiões, microrregiões e unidades assistenciais, segundo padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde (o modelo de regionalização será melhor explicado no capítulo IV, item 3, deste relatório).

Devido à vasta extensão territorial, o Estado da Bahia apresenta dificuldades na obtenção de informações estatísticas, necessitando uma melhor organização dos processos de obtenção de informações e mecanismos que contornem estas falhas. As informações em saúde, essenciais para o estabelecimento de um sistema de regulação da saúde por parte da SESAB, pretendem ser alcançado através da implantação de um sistema de avaliação e controle informatizado, ligando centrais de regulação e controle regionais, a serem implantadas com a reforma em curso do sistema de saúde do Estado da Bahia. Conforme declaração de Miriam Cortes Bittencourt, coordenadora de controle e avaliação da Diretoria de Regulação do Sistema de Saúde da SESAB, a necessidade de um diagnóstico real da situação da saúde no Estado é a base para as atividades de controle e avaliação e implementação de um sistema de regulação do sistema de saúde.

Na Bahia verifica-se um aumento da concentração populacional nas áreas urbanas, fenômeno comum nos últimos anos em quase todo o País¹⁰. Como conseqüências imediatas no campo da saúde, estas alterações nos padrões de ocupação do espaço urbano e do mercado de trabalho tem influído de forma significativa no padrão de saúde e de morbi-mortalidade da população.

¹⁰ Conforme dados do IBGE, acessados em <http://www.ibge.net> em 19/07/2002.

Os temas estudados no projeto estão destacados e serão analisados separadamente nos tópicos a seguir. Esta análise do sistema de saúde da Bahia inicia-se com a apresentação do Plano Estadual de Saúde da Bahia, por ser o documento oficial norteador das políticas de Saúde do Estado.

1.1. A Secretaria da Saúde da Bahia – SESAB

Como introdução ao estudo do sistema de saúde da Bahia, são apresentadas a seguir as atribuições legais da SESAB, conforme a Lei nº 7.435/ 98, acessada em http://www.saude.ba.gov.br/int_obj.html (jul. 2002).

“Art. 1º - A Secretaria da Saúde - SESAB, criada pela Lei nº 2.321, de 11 de abril de 1966 e reorganizada pela Lei Delegada nº 24, de 10 de fevereiro de 1983 e pelas Leis nº 4.697, de 15 de julho de 1987, 6.074, de 22 de maio de 1991, 6.812, de 18 de janeiro de 1995 e modificada pela Lei nº 7.435, de 30 de dezembro de 1998, tem por finalidade a formulação e a execução das políticas e diretrizes para a saúde no Estado da Bahia, em consonância com as disposições da Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que constitui o Sistema Único de Saúde - SUS, competindo-lhe:

conduzir a política do Sistema Estadual de Saúde através da implementação de atividades de caráter político-estratégico objetivando a criação de projetos de governo e mobilização de vontades políticas, recursos econômicos e organizativos;

articular-se com órgãos e entidades da administração pública federal, estadual, municipal e com organizações não-governamentais para a elaboração e condução de projetos intersetoriais;

coordenar a elaboração, execução e avaliação do Plano Estadual de Saúde de acordo com os ditames emanados do Conselho Estadual de Saúde;

monitorar permanentemente a situação da saúde, a nível estadual, identificando e resolvendo problemas que ultrapassem a área de abrangência e de influência de cada sistema municipal de saúde ou regional;

analisar a situação da saúde estabelecendo as grandes tendências, diagnosticando, monitorando e avaliando a situação dos fatores envolvidos no processo de saúde/doença;

normatizar, avaliar e controlar as ações descentralizadas através da elaboração de parâmetros estaduais e regionais flexíveis, adaptados à realidade da atenção à saúde em cada município;

promover com equidade a distribuição de recursos, utilizando critérios de "discriminação positiva" em bases epidemiológicas e sociais, na definição de parâmetros para a transferência de recursos aos municípios;

cooperar tecnicamente com os municípios, subsidiando a construção de modelos assistenciais e de gestão;

definir e executar uma política de educação permanente com captação e dimensionamento das demandas educacionais, acionando parceiros em condições de executá-las;

exercer a regulação do Sistema Estadual de Saúde através da definição, acompanhamento e avaliação de normas, padrões e critérios de excelência para a gestão e funcionamento dos serviços de saúde, voltados para a qualidade da atenção e satisfação do usuário;

promover a captação de recursos junto às instituições públicas e privadas, nacionais e internacionais, para implementação das ações de saúde;

identificar os vazios científicos e tecnológicos que dificultam o desenvolvimento dos serviços públicos de saúde no Estado;

exercer outras atividades correlatas.”

Em complementação, a figura 1 constante no anexo do relatório, apresenta o organograma atual da SESAB, indicando a estruturação da Secretaria após a reestruturação do governo do Estado da Bahia com o objetivo de adequar-se aos princípios explicitados no Plano Estadual de Saúde, analisados a seguir.

2. O PLANO ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA

2.1. Introdução

Os objetivos expressos na introdução do Plano de Estadual de Saúde do Estado da Bahia, relativo ao período de 2000 a 2003, são a transformação do Sistema Estadual de Saúde e a consolidação dos Sistemas Municipais de Saúde. Como estratégias para atingir estes objetos, a Secretaria Estadual de Saúde – SESAB pretende promover a,

“redefinição de competências e relações entre os três níveis gestores do sistema: federal, estadual e municipal, substituindo subordinação e verticalidade por pactuação e co-responsabilidade nos processos de planificação, gestão, desenvolvimento das ações e avaliação em saúde” (BAHIA, 2000, p. 3).

No Plano cita-se que uma das estratégias para alcançar estes objetivos é o avanço do processo de descentralização da gestão do sistema de saúde da Bahia, permitindo redefinir os papéis e as competências das diferentes instâncias gestoras. A Secretaria

Estadual de Saúde da Bahia foi reestruturada em função de novas diretrizes, que são: condução da Política Estadual de Saúde, regulação, execução, cooperação técnica e educação permanente e comunicação em saúde (BAHIA, 2000, p. 3).

Dentro da reforma da administração pública estadual e em consonância com suas novas funções e competências, a SESAB redefiniu sua organização interna, com a criação de quatro superintendências: Superintendência de Planejamento e Monitoramento da Gestão Descentralizada de Saúde – SUDESC, com funções de monitorar o Sistema Estadual de Saúde, monitorar o desenvolvimento dos Sistemas Municipais de Saúde e intermediar as programações regionais; Superintendência de Regulação, Promoção e Atenção à Saúde – SURAPS, responsável pela regulação da assistência à saúde na rede própria (alta e média complexidade) e rede contratada e conveniada (à exceção dos municípios em gestão plena do sistema municipal); Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde – SUVISA, responsável pelo desenvolvimento de programas e projetos voltados à organização e operacionalização de ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos e a Superintendência de Educação Permanente e Comunicação em Saúde – SUPECS, responsável pelo desenvolvimento de programas e projetos voltados ao fortalecimento da capacidade operacional dos municípios e unidades de saúde, no que se refere à capacitação de pessoal, difusão de informação em saúde e comunicação social para a promoção da saúde (BAHIA, 2000, p. 3).

O Plano Estadual de Saúde de 2000, com vigência até 2003, foi elaborado a partir da avaliação do plano anterior, referente ao período de 1996 a 1999. Os relatórios de gestão do período de 1996 a 1998, incluídos no Plano Estadual de Saúde de 2000, trazem os resultados alcançados pela SESAB neste processo. A partir do texto original, destacam-se os seguintes pontos:

“a) O avanço do processo de municipalização – Em 1996, 45,78% dos municípios encontravam-se em uma das formas de gestão definidas pela Norma Operacional

Básica (NOB) 01/93. No final de 1999, 97,83% ¹¹ dos municípios estavam enquadrados em uma das duas formas de gestão da NOB 01/96. Ainda no componente da gestão, destaca-se a adequação da estrutura administrativa da SESAB possibilitando atender as novas atribuições do nível estadual;

b) Transformações positivas são apontadas no âmbito das práticas e modelos assistenciais como a implementação do PACS em todo Estado, atingindo quase 100% dos municípios. O fortalecimento da área de vigilância à saúde em todo o Estado, contribuiu sobretudo para a redução de doenças imunopreveníveis. A elaboração do Plano Diretor da Vigilância da Saúde (PLANDEVISA) e do Plano Diretor da Assistência Farmacêutica durante a vigência do PES 96/99 refletem em sua construção o avanço das respectivas áreas.” (BAHIA, 2000, p.4).

O documento cita também que o avanço da descentralização, ao permitir redefinir as competências dos diversos níveis de governo e a experiência anterior da SESAB na área de planejamento foram facilitadores na formulação do Plano, principalmente na definição das prioridades. Um ponto interessante é que o documento expõe que “o processo foi beneficiado também pela continuidade do projeto político do governo estadual, com a permanência dos seus quadros dirigentes” (BAHIA, 2000, p. 4). Isso é um aspecto particular da política baiana, que se relaciona com a declaração do Secretário da SESAB, Raimundo Perazzo Ferreira: “politicamente a Bahia tem uma situação diferente de todos os lugares, aqui praticamente não existe oposição. A única diferença que pode existir, quando existe alguma diferença, é de ideologia política”.

¹¹ Dados do relatório de gestão da SESAB de 1999, constantes em (BAHIA, 2000).

2.2. Diretrizes do plano

As diretrizes políticas expressas no Plano Estadual de Saúde da Bahia, decorrentes do plano anterior e reafirmadas no plano vigente são a descentralização, a eficácia e a qualidade em saúde, associadas aos conceitos de intersetorialidade e a equidade que foram introduzidas no plano atual.

O documento afirma que, dentre as diretrizes do SUS que mais avançaram no Estado, destaca-se a descentralização. A primeira etapa foi a inclusão dos municípios nas modalidades de gestão da NOB 01/96. Após esse momento, o passo seguinte foi investir no fortalecimento da capacidade gerencial e técnica dos municípios e na consolidação de mecanismos de controle social. Os instrumentos deste processo utilizados por SESAB são a pactuação e a parceria entre o Estado, os municípios e outros atores estratégicos. Segundo declaração de Joselita Nunes Macedo, superintendente de SUDESC, no processo de implantação da nova regionalização de saúde, a SESAB conta inclusive com assessorias externas e desenvolve uma proposta de projeto a ser financiado através do Banco Mundial.

A modernização administrativa é vista por SESAB como um instrumento para o aumento da eficiência e eficácia da gestão do SUS, ajudando a reduzir custos e melhorar os resultados. A SESAB pretende conseguir, como resultado do aumento da eficiência e eficácia, a melhoria dos indicadores de saúde do Estado da Bahia. O aumento da qualidade dos serviços é visto como decorrente da melhoria e consolidação dos mecanismos de regulação, avaliação e controle. Neste esforço a própria reestruturação da SESAB tem colaborado, com a criação de uma superintendência específica para cuidar deste aspecto da saúde, a SURAPS.

O Plano Estadual de Saúde da Bahia cita também como suas diretrizes fundamentais:

“...a formulação e implementação de políticas intersetoriais e a equidade na distribuição de recursos e serviços, privilegiando as regiões e municípios onde se concentram as populações mais carentes são diretrizes fundamentais para a melhoria da qualidade de vida e para a elevação dos níveis de saúde da população. Ambas as diretrizes estão contempladas na política global do governo estadual que destaca como prioridades: 1) redução da pobreza; 2) luta contra a exclusão étnica e social; 3) ampliação da participação social”. A integração entre diferentes setores governamentais e não governamentais constitui estratégia básica de enfrentamento dos condicionantes e determinantes dos problemas de saúde.” (BAHIA, 2000, p. 5)

2.3. Mudanças no sistema de saúde

Segundo o Plano Estadual de Saúde da Bahia, a implantação das medidas preconizadas na NOB 96 representou o principal impulso para as mudanças na área da saúde na Bahia. Os principais aspectos destas mudanças são citados no documento como relacionados à gestão do sistema, organização dos serviços, produção dos serviços, financiamento do sistema e infra-estrutura.

Como aspectos centrais deste processo, a gestão e a prestação de serviços encontram-se em avançado movimento de descentralização para o nível municipal. Segundo o Plano, o avanço mais significativo está ligado ao repasse de infra-estrutura e recursos humanos do setor público estadual para o nível municipal, assim como o repasse de recursos financeiros, tanto do nível estadual como do federal, para o custeio do sistema, inclusive repasses para a rede privada (BAHIA, 2000, p. 15). O investimento do Estado na cooperação técnica com os municípios, intermediados pelo Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde e pela Comissão Intergestores Bipartite – CIB-Ba, vem desempenhando um papel fundamental para o avanço da descentralização das ações de saúde. Outros órgãos têm participado deste processo como atores privilegiados: o Conselho Nacional de

Saúde; a Comissão Intergestores Tripartite – CIT; o Conselho Estadual de Saúde – CES e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS.

Enquanto em 1995 havia 190 municípios do Estado em processo de municipalização, em 2002, de um total de 415 municípios, 414 estão habilitados no mínimo na Gestão Plena de Atenção Básica - PAB e 19 encontram-se em Gestão Plena do Sistema de Saúde municipal. Estes dados revelam o quanto avançou na Bahia a implantação da municipalização. Segundo Wagner Coelho Porto, chefe de gabinete da SESAB e coordenador da Comissão Intergestores Bipartite da Bahia, só o município de Sítio do Mato, um município pequeno, está ainda fora deste processo, mas está se organizando com apoio do Estado para alcançar pelo menos a gestão plena da PAB. Ele acrescentou que o Estado da Bahia nos últimos 12 anos tem priorizado a descentralização, que resultou em um processo de municipalização no qual 414 dos 415 municípios já assumiram alguma forma de gestão, associado à parceria permanente do Estado com as Secretarias Municipais de Saúde de todos os municípios da Bahia e com entidades públicas, filantrópicas ou privadas ligadas ou não à saúde, mas que possam ter impacto na qualidade e na melhoria da saúde do povo da Bahia.

O processo de municipalização de unidades de saúde da rede estadual se iniciou em 1993, e até 1999, segundo dados do Plano Estadual de Saúde da Bahia, 1.313 bens imóveis foram municipalizados. Destes, 21 se referem a hospitais cedidos através da cessão de uso bens imóveis¹². Segundo Joselita Nunes Macêdo, a SESAB, através da SUDESC, promove o apoio financeiro aos municípios através de convênios para a construção de novas unidades, compra de equipamentos ou mesmo para o custeio de unidades existentes. Segundo sua declaração, somente no primeiro semestre de 2002, o valor do repasse estava em torno de 23 milhões de reais. Estes recursos, somados aos repasses do governo federal, têm permitido ampliar e adequar a rede de

¹² Apesar de não haver dados mais recentes sobre bens municipalizados no site da SESAB, a relação de hospitais encontra-se atualizada até 07/02, em <http://www.saude.ba.gov.br/int_util_hospmun.html>.

serviços, o investimento em obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de unidades de saúde.

Em relação à organização dos serviços de saúde, a SESAB considera que avanços significativos na consolidação da rede básica municipal foram facilitados pela implantação do Piso de Atenção Básica - PAB. Além disso, a instituição do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS e do Programa de Saúde da Família – PSF, contribuíram para a expansão dos cuidados básicos de saúde para populações rurais e pobres. Apesar disso a demanda por cuidados dos níveis secundário e terciário ainda não está devidamente equacionada pelo Sistema Estadual de Saúde. Na Bahia, a maior parte da infra-estrutura de assistência secundária e terciária concentra-se nas regiões mais desenvolvidas do Estado. O Programa REFORSUS (Reforço a Reorganização do SUS) pode ser um forte aliado na modificação deste quadro, principalmente quanto aos níveis mais complexos da assistência à saúde, ao investir na recuperação da capacidade tecnológica, gerencial e operacional das instituições assistenciais de nível secundário e terciário (BAHIA, 2000, p. 16).

Com respeito ao financiamento, O Plano Estadual da Saúde da Bahia considerou que a descentralização de recursos financeiros desencadeada pelas NOB 93 e NOB 96 representaram um fator importante para o fortalecimento dos sistemas de saúde locais. A implantação do Piso de Atenção Básica -PAB a partir de 98, incluindo incentivos para ações de promoção, assistência e vigilância, representou um passo significativo no tocante à autonomia financeira dos municípios e possibilidade de priorização da atenção primária (BAHIA, 2000, p. 20).

A SESAB tem investindo na implementação da Programação Pactuada Integrada no Estado, através da Comissão Intergestores Bipartite. Segundo Wagner Coelho Porto, coordenador da CIB-Ba, ela 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 no Estado da Bahia. 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 da comissão. Em geral os municípios estabelecem pactos para atendimento segundo suas disponibilidades de atendimento e/ou tecnológicas, e o próprio desenho desta pactuação tem ajudado a entender o arranjo real do sistema de saúde no Estado da Bahia, servindo como um dos parâmetros para a regionalização dos serviços de saúde em curso pela SESAB.

2.4. Prioridades e plano de ação

O Plano de Saúde da Bahia coloca como sua prioridade revigorar a Gestão do SUS no Estado, adotando-se um modelo gerencial para o sistema público de saúde no Estado. A implantação deste modelo de gestão, entendido como mais eficiente e eficaz, é o desafio principal para a consolidação do SUS. A reforma administrativa promovida por SESAB procurou atender a necessidade de flexibilização e eficiência na condução do processo de transição do SUS estadual. Um dos maiores desafios tem sido promover o aumento do volume de recursos e sua distribuição equitativa entre as regiões do Estado (BAHIA, 2000, p. 22).

O nível estadual tende a assumir cada vez mais o papel de gestor do sistema de saúde, atuando na regulação, avaliação e desenvolvimento do sistema estadual do SUS. O nível local tende a assumir os sistemas de saúde municipais, formulando e implementando políticas de saúde adequadas as suas respectivas realidades. Conforme declaração de Paulo Cezar Medauar Reis, Presidente do Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde da Bahia, mesmo que a coordenação e regulação do sistema estadual de saúde fiquem a cargo do Estado, os municípios pleiteiam a orientação e os destinos da saúde da sua população. Neste processo de redefinição de papéis, a pactuação entre municípios e o Estado, envolvendo outros

atores, públicos ou privados, torna-se essencial. Conforme o Plano Estadual de saúde explicita:

“Vale ressaltar que no contexto atual a instância municipal assume um protagonismo indiscutível no que tange a estruturação do modelo de atenção. Contudo, compete ao Estado investir esforços e mobilizar todo o seu arcabouço institucional em direção a esta prioridade, inclusive na luta pelo aumento de recursos.” (BAHIA, 2000, p. 23).

O plano de ação constante no documento contempla a definição dos novos papéis institucionais da SESAB, ao assumir funções de promoção da gestão, elaboração normativa, regulatória e assistência técnica. Este processo de redefinição dos papéis da SESAB teve início em 1999 com a criação das novas superintendências, encontrando-se a secretaria atualmente em processo de readequação às novas realidades. As metas elencadas no Plano foram distribuídas pelos seguintes tópicos: gestão em saúde; atenção à saúde: promoção, prevenção de riscos e agravos e assistência e educação permanente e comunicação em saúde. A listagem completa das linhas de ação, objetivos e metas, distribuídas segundo as atribuições específicas de cada superintendência da SESAB podem ser obtidas diretamente do Plano Estadual de Saúde da Bahia (BAHIA, 2000).

3. DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NA BAHIA

3.1. Descentralização e regionalização

O processo de descentralização do sistema de saúde da Bahia, coordenado pela SESAB, iniciou-se em 1995 e hoje, dos 415 municípios do estado da Bahia, 19 municípios estão na gestão plena da assistência e 414 na atenção básica do sistema.

Durante este processo a Secretaria vem se estruturando para que o acompanhamento e monitoramento do processo sejam feitos junto aos municípios, através da gestão plena de sistema. Segundo Raimundo Perazzo Ferreira, Secretário da SESAB, o modelo de gestão em implementação é o mesmo modelo que está na NOAS / 2001.

O processo de regionalização do sistema de saúde da Bahia iniciou-se antes mesmo da implantação da NOAS pelo Ministério da Saúde. Segundo Joselita Nunes Macêdo, superintendente da Superintendência de Planejamento e Monitoramento da Gestão Descentralizada de Saúde – SUDESC, a descentralização do sistema de saúde da Bahia já vinha sendo discutida como uma proposta piloto, a ser financiada pelo Banco Mundial, e acabou influenciando a própria proposta da NOAS.

No processo de reforma da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia iniciado em 1999, criou-se a Superintendência de Planejamento e Monitoramento da Gestão Descentralizada de Saúde – SUDESC, com objetivo de consolidar o processo de descentralização e dar apoio aos municípios para que assumissem as funções de saúde, no mínimo a atenção básica, permitindo a retomada do processo de decisão quanto às ações de saúde a serem implementadas em seus territórios. Conforme declaração da sua superintendente, Joselita Nunes Macêdo, a SUDESC atua através de duas diretorias. A diretoria de desenvolvimento de regiões assistenciais de saúde, que promove o apoio aos municípios, orientando quanto aos relatórios de gestão, aos planos municipais de saúde e acompanhamento do fundo municipal de saúde, assim como com o aumento da participação social no processo. Ela “pensa” a regionalização do Estado e a oferta de serviços integradamente regionalizados e trabalha a questão de definição das regiões assistenciais do Estado. A outra diretoria, de planificação dos sistemas municipais de saúde, é voltada para o planejamento das ações de saúde, trabalhando com a programação pactuada integrada e com a planificação do sistema de saúde.

Apesar desse pioneirismo, a Bahia ainda trabalha na implantação da regionalização assistencial, prevista na NOAS. Conforme exposto anteriormente, dentre as divisões

administrativas do Estado da Bahia, a divisão existente na área da saúde ainda é representada pelas diretorias regionais de saúde - DIRES, em número de 30. Esta territorialização está sendo revista com o avanço do processo de implantação da descentralização administrativa e regionalização da saúde, principalmente porque a SESAB entende que a nova regionalização não necessariamente deva coincidir com as das DIRES. Conforme Eliana Machado Araújo Cardoso, coordenadora de Regulação da SESAB, explica, a lógica da regionalização das DIRES foi provavelmente adaptada de outra secretaria pois não é uma lógica da saúde, ela não reflete o fluxo natural da população e da oferta de serviços, que são as bases da nova regionalização proposta por SESAB, elaborada pensando-se também na economia de escala dos serviços de saúde.

Para a definição da nova regionalização do Estado, a SESAB partiu de uma série de estudos envolvendo, entre outras coisas, a oferta de serviços existentes constantes na NOAS, anexos 1 a 3 (BRASIL, 2001). A disponibilidade de serviços serviu como critério indicativo para a divisão das macrorregiões do Estado, que representou o primeiro passo para a definição da nova regionalização do sistema de saúde do Estado. Conforme Eliana Machado Araújo Cardoso lembra,

“Alguns critérios (...) Algumas coisas foram levadas em consideração, porque lá no documento que trata da regionalização (NOAS), ele só diz que você tem que delimitar territórios, delimitar regiões. Ele chama de região, município, módulo, micro e macrorregião. A depender de cada Estado, a depender do tamanho do Estado e como funciona a saúde naquele Estado, você determina os critérios para a regionalização a nível estadual. Com isso eu quero dizer que o Ministério não diz: você divide considerando isto, isto ou aquilo (...) O critério é estadual, mas o objetivo é o mesmo, que é o de garantir o acesso, e a lógica é a mesma que eu falei, que é a de regionalizar e hierarquizar (...) A Bahia escolheu trabalhar com macro e microrregiões, seis macrorregiões...”

As 6 macrorregiões foram então definidas através da delimitação de um território em que houvesse oferta de serviços de alta complexidade, tais como programa de urgência e emergência, programa de gestação de alto risco e implantação de UTIs. No mínimo cada macrorregião deveria prover estes serviços no seu território. Além disso é necessário que toda a região esteja interligada por trechos rodoviários. Após a definição da interligação por trechos rodoviários partiu-se para a definição do fluxo de pacientes.

O primeiro problema, segundo Joselita Nunes Macêdo, surgiu quando se detectou que a única informação existente sobre o fluxo de pacientes deriva da Autorização de Internação Hospitalar – AIH, uma informação que diz respeito à internação médico hospitalar, não ligada necessariamente aos procedimentos de média e alta complexidade ambulatorial. A saída foi incentivar a criação de centrais de marcação de consulta e exames laboratoriais, para ter uma idéia do fluxo de pacientes, mesmo considerando-se que esse fluxo possa ser influenciado por demandas específicas de unidades de referência histórica, ou seja, alguns locais atrairiam pacientes por serem reconhecidamente especializados em determinados procedimentos, mesmo distantes do local de origem dos pacientes.

As macrorregiões foram sendo definidas a partir da oferta de procedimentos de alta complexidade, chegando-se ao número de seis macrorregiões. Em seguida partiu-se para a definição das microrregiões e dos municípios-pólo das microrregiões. Estas são definidas a partir da existência dos procedimentos constantes do anexo 2, de média complexidade da NOAS (BRASIL, 2001). Assim como na definição das macrorregiões, a territorialização se baseou na oferta de serviço existente e em critérios populacionais. Este critério, conforme explica Joselita Nunes Macêdo, foi introduzido a partir da experiência do Ceará, por Eugênio Vilaça Mendes. No caso da Bahia, a SESAB definiu que uma microrregião deveria ter em média 250.000 habitantes. Dessa forma, a partir das seis macrorregiões se definiram 31 microrregiões no Estado. A figura 2, constante no anexo 4 deste relatório, mostra a divisão proposta por SESAB para macro e microrregiões.

Após o delineamento inicial do processo de regionalização a SESAB foi ajustando o modelo, verificando o fluxo rodoviário, a existência de cidades que atendiam o máximo possível das exigências da NOAS e o fluxo de pacientes até chegar a uma regionalização que seria considerada razoável para iniciar a implantação do sistema.

A etapa seguinte foi a definição dos módulos assistenciais. Um módulo assistencial é a menor unidade de assistência, que pode ser o território de um município ou não. Como exemplo, uma cidade como Salvador pode ter mais de um módulo e por outro lado algumas cidades pequenas podem ser englobadas em um único módulo. Para a SESAB, um módulo assistencial deve ter uma população em torno de 30.000 habitantes. Apesar disso, estas definições ainda estão sendo negociadas com os municípios através da Comissão Intergestores Bipartite. O que se pretende garantir é que o módulo assistencial dê conta do que o Ministério da Saúde chama de PABA, ou PAB ampliado (BRASIL, 2001).

Para demonstrar um pouco a forma de definição da territorialização, quanto à oferta de procedimentos, Eliana Machado Araújo Cardoso explica algumas aplicações dos conceitos:

“A gente tem alta complexidade, média complexidade e baixa complexidade, dentro da média complexidade você tem a mínima da média complexidade, que são grupos de procedimentos e estão nas tabelas do SUS. Você tem a média/média complexidade e você têm aquilo que passa da média complexidade que é a alta complexidade. Então um módulo ele tem que ter um mínimo da média complexidade, o pólo tem que ter pelo menos a média da média complexidade, é num crescendo. É o que a gente está falando de hierarquização de serviço. Então aqui ele é sede de módulo e também é pólo porque ele tem média da média. Ele pode até ter alta também, se ele dá conta de uma macrorregião, pode coincidir também, só que ele não vai ser sede porque macro não tem, olha está escrito aqui, procedimentos mínimos. Mínimo da média complexidade, leitos básicos e procedimentos da média complexidade, leitos básicos e especializados...”

Resumidamente, a estrutura de regionalização é constituída por quatro níveis: o nível do módulo assistencial, o nível da microrregião, o nível da macrorregião e acima de todos o Estado, atuando como gestor do sistema estadual de saúde, com função de coordenação e regulação. Um conceito ainda em discussão é quanto a existência ou não de um município-pólo, ou sede, nas macrorregiões. Cada microrregião deve ter um município-pólo, mas por enquanto as seis macrorregiões terão suas centrais gerenciadas pelo Estado e localizadas na própria SESAB.

Este gerenciamento do Estado, segundo Joselita Nunes Macêdo, poderia se dar através das DIRES, como estruturas da Secretaria de Saúde regionalizadas. Para isso ela entende que as DIRES precisariam ter sistemas colegiados, para tentar diminuir as interferências políticas que estas sofrem. A mudança do papel das DIRES é comentada na declaração do secretário da SESAB, Raimundo Perazzo Ferreira:

“Com relação as DIRES houve há 3 anos atrás uma reformulação administrativa da estrutura organizacional da Secretaria, quem supervisionou fui eu. As DIRES perderam aquele papel que tinham anteriormente de quando elas foram criadas, de assistencial, de política e assim por diante, passaram a ser organismos hoje que só tem a função de orientar, coordenar, fiscalizar e supervisionar. São essas as funções hoje das DIRES. Acabou aquela política assistencial, aquele negócio de política clientelista, de distribuição de remédios, que era exatamente usada indevidamente e em certas e determinadas circunstâncias. Hoje elas têm uma função definida pela nova estrutura organizacional da Secretaria nesse sentido. Para atender inclusive na hora que for feita a justaposição, de acordo com a organização administrativa, elas possam estar exatamente integradas ao processo”

Para a implantação do sistema precisariam ser formados consórcios ou outras instituições que pudessem ajudar no gerenciamento da estrutura a ser criada. Para isso a SESAB conta com uma série de consultorias que ajudarão a definir não só as alternativas, mas também a melhor destinação dos recursos do Estado para repasse às regiões. Dentre as atribuições da SUDESC está prestar apoio financeiro aos

municípios através de convênios para a construção, compra de equipamentos ou custeio de unidades de saúde. Isso é feito através de uma análise técnica em função do plano de investimento da SESAB, ligado ao Plano Diretor de Regionalização, procurando investir para atender as demandas constatadas durante o processo de regionalização. Joselita Nunes Macêdo cita que apenas no primeiro semestre de 2002 foram repassados cerca de 23 milhões de reais aos municípios em recursos estaduais, além dos repasses federais. Além disso, o tesouro do Estado dá um incentivo ao programa de saúde da família de 1.114,00 reais para cada equipe de saúde da família implantada pelos municípios.

Segundo Joselita Nunes Macêdo, os municípios estão esperando que o Estado assuma o papel de coordenador do sistema. Os municípios que estão num processo mais avançado de gestão demandam um pouco mais de autonomia, mas ela entende que o Estado da Bahia tem respeitado a autonomia municipal. Segundo suas palavras,

“(O Estado deve atuar como) o definidor político, o regulador, o consultor, no controle e avaliação, então essas seriam as funções essenciais do Estado. Logicamente nós temos claro que temos algumas funções que são funções que deverão continuar com a gente, por exemplo, laboratórios de saúde pública, isso deveria continuar com o Estado. Discute-se muito a questão dos hospitais de referência, os grandes hospitais, se os municípios teriam capacidade de assumir ou não. Por exemplo, Salvador, nós sabemos que não tem capacidade de assumir ainda os grandes hospitais que estão aqui. (...) Então a gente sabe que esse processo de transição, ele vai demorar muito ainda e que possivelmente muitos deles, dessas unidades de referência, vão continuar na mão do Estado, quer dizer com gestão e gerência de Estado”

Para o secretário da SESAB, a adesão dos municípios ao processo desencadeado pela SESAB tem sido excelente, e como um dos fatores mais importantes para esse sucesso ele cita uma peculiaridade política da Bahia, um estado em que

praticamente não existe oposição. Mesmo quando existem diferenças de ideologia política, ele diz que não tem havido dificuldade de entendimento entre o Estado e os municípios. Como exemplo desse fato citou que o município que mais tem demonstrado avanços na implantação de uma central de regulação, Vitória da Conquista, é administrado por um governo de oposição ao governo Estadual.

Segundo Paulo Cezar Medauar Reis, Presidente do Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde da Bahia, em geral os municípios tem reagido bem a processo de reestruturação do sistema de saúde na Bahia. A implantação da NOAS está sendo discutida pelo próprio Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, e no caso da Bahia a fase atual ainda é de implantação das medidas, existindo, como já dito anteriormente, apenas 19 municípios em gestão plena. Ele cita que na Bahia também está em discussão o Plano Diretor de Regionalização - PDR, que tem entre suas metas, para os municípios que se encontram em gestão plena do sistema, o comando único, através do qual os procedimentos de alta complexidade sejam realmente administrados pelo município. Estas discussões estão se dando entre o Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde, técnicos da SESAB e com a Comissão Intergestores Bipartite.

Outro ponto interessante abordado é que apesar dos municípios entenderem que a coordenação de regulação do sistema deva ficar a cargo do Estado, Paulo Cezar Medauar Reis coloca que cada município hoje pleiteia a orientação e os destinos da saúde da sua população. A vigilância do sistema como um todo pode ser feita pelo Estado, através da implantação das Centrais de Regulação, lembrando que existe uma determinação da NOAS 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 sobre orientação do Estado.

Paulo Cezar Medauar Reis esclarece que o Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde e os Vice Presidentes Regionais estão envolvidos nas

discussões sobre regionalização do sistema de saúde da Bahia, analisando os fluxos entre municípios, discutindo o arranjo do sistema, inclusive opinando quanto a definição daqueles que serão sedes. A participação, segundo ele, se dá nas fases de discussão, arranjo e de desenho do mapa da regionalização. Para ele, apesar da municipalização não ser o remédio para todos os males, é uma grande conquista dos municípios e representa um claro avanço. Ao comparar a situação dos municípios antes e depois da gestão plena do sistema, ele diz que estas cidades avançaram bastante e melhoraram a qualidade de serviços. Mesmo tendo-se como ressalva que o grau de satisfação da população passa por uma série de outras variantes que não estão diretamente ligadas à saúde, o avanço é significativo, principalmente porque o foco é privilegiado na prevenção da doença e na promoção de saúde, que é mais salutar e muito mais barato. Além disso, ele lembra que quando o gerenciamento passa para a esfera municipal ele fica muito mais criterioso e mais próximo da realidade local. A municipalização permite que o Conselho Municipal de Saúde, os técnicos da área e os Conselhos Locais de Saúde participem de forma integrada das decisões locais em relação à política de saúde dos municípios e até dos bairros. A participação efetiva dos Conselhos Locais de Saúde nas discussões tem sido apoiada pelos Conselhos Municipais de Saúde pois implicam na forma mais efetiva de participação da sociedade civil no processo.

Segundo Alfredo Boa Sorte Junior, Presidente do Sindicato dos Médicos do Estado da Bahia, para os profissionais de saúde o processo de municipalização e descentralização executado até o momento não trouxe nenhuma mudança significativa nem os benefícios esperados. Em suas palavras:

“Olha, na verdade, para a categoria médica, para os profissionais de saúde, de fato nenhuma mudança aconteceu ainda em que isso possa ser refletido na qualidade do serviço, na organização do serviço. Houve na verdade, o que nós podemos dizer, que houve na Bahia até o momento foi uma descentralização para as prefeituras, o que aconteceu? Se passou os centros, postos de saúde, algumas unidades pequenas, unidades mistas que foram passadas para o controle dos municípios, no entanto essa

descentralização muitas vezes inclusive, se passou esse controle para os municípios sem que a contra-partida de financiamento se desse também, de forma que isto fosse contemplado, para os profissionais de saúde foi como se, você poderia registrar assim, para os médicos e os profissionais de saúde na Bahia foi considerada uma punição (..) O que está sendo discutido através da NOAS é apenas discussão no nível teórico, não existindo nada prático em implantação por não existir um real planejamento de saúde na Bahia do ponto de vista global, configurando-se um panorama de serviços públicos lotados, sucateados.”

Quanto à efetiva representatividade dos profissionais de saúde nos Conselhos e na elaboração dos planos e programas de gestão, o presidente do Sindicato diz que a participação ainda é muito incipiente. Apesar de terem assento no Conselho Municipal de Saúde, no Conselho Estadual de Saúde e no Conselho Nacional de Saúde, o controle social não é efetivo.

Apesar disso, segundo a sua visão, a implantação da NOAS pode trazer claramente avanços. O desenho organizacional apresentado com base na NOAS, do ponto de vista da regionalização das macrorregiões, das microrregiões, da pactuação entre os municípios, dos consórcios entre os municípios, é considerado um bom desenho para Alfredo Boa Sorte Junior. Mas apesar de que este desenho, do ponto de vista teórico, esteja perfeito, ele precisa funcionar e precisam diminuir as interferências políticas no processo. Ele lembra que as DORES eram muito mais agências políticas do que propriamente estruturas organizacionais, pois sempre foram utilizadas com controle político, com cargos políticos que não eram escolhidos por competência e sim por indicação política, e ainda nada indica que este padrão tenha sido de fato superado. O que o Sindicato espera é que cada vez mais a administração pública seja profissionalizada, que as pessoas que estejam em cargos de direção ou de gestão passem por concursos de ingresso no setor público, por cursos de gestores, para garantir a profissionalização do serviço público e evitar influências políticas eleitoreiras na estrutura e funcionamento da máquina estatal.

3.2. Pactuação entre municípios e a Comissão Intergestores Bipartite

Dentro deste processo de descentralização e regionalização do sistema de saúde do Estado, os municípios têm procurado novas formas de associação para resolver os seus problemas. A forma de associação entre os municípios na Bahia está se dando preferentemente através de pactuação. 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.

A definição da Programação Pactuada Integrada, segundo informações da SESAB é:

“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).”¹³

Em seus percursos integrais, os pactos passam pela Comissão intergestora Bipartite, são por ela homologados e depois passam pela Comissão Intergestora Tripartite em Brasília, são homologado e devem ser chancelados pelo Ministério da Saúde porque implicam em repasse de recursos do Ministério da Saúde, que são repassados conforme o que foi pactuado entre os municípios.

Segundo Wagner Coelho Porto, Chefe de Gabinete da SESAB e Coordenador da Comissão de Intergestores Bipartite da Bahia, a Comissão de Intergestores Bipartite é um canal de negociação entre o Estado e os Municípios. Ela é constituída por 5 membros da Secretaria de Estado, por 5 representantes dos Municípios e se reúne ordinariamente para poder discutir os encaminhamentos das políticas de saúde

¹³ Acessado em <http://www.saude.ba.gov.br/int_plan_prog.html>, em 19/07/02.

ligadas ao Sistema Único de Saúde no Estado da Bahia. Em suas palavras, entre as atribuições da CIB estão:

“A Programação Pactuada Integrada, o Plano Diretor de Regionalização e o Plano Diretor de Investimento, o anterior PDR e esse último PDI. Esses três componentes são exigências da NOAS 2001 para que tanto o Estado da Bahia ou qualquer outro Estado do Brasil, quanto os Municípios possam adequar as suas novas formas de gestão, ou seja, o Estado permanecer onde está ou mudar para uma outra forma de gestão que é o que está contido na NOAS e os municípios continuarem onde estão ou se habilitarem a outra forma de gestão. Então estes três parâmetros citados anteriormente, a pactuação, a PPI a Programação Pactuada Integrada, o Plano Diretor de Regionalização - PDR e o Plano Diretor de Investimento – PDI, que são exigências da NOAS, estão sendo amplamente discutidos e foi estabelecido um cronograma que está sendo cumprido dentro das datas previamente agendadas, para que nós possamos dar cumprimento a essas exigências e fazer com que melhoremos o funcionamento do SUS no Estado da Bahia (...) Porque antes 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, uma delas é a Comissão Intergestora Bipartite, que é esse canal permanente de negociação entre representantes das Secretarias Municipais, volto a dizer, e representantes da Secretaria Estadual de Saúde e destas discussões são retirados consensos, tudo na CIB é resolvido por consenso não é nem por voto, é por consenso, e esses consensos certamente representam um avanço muito grande resultado das discussões técnicas e das discussões políticas que envolvem a política de saúde do Estado da Bahia ou de qualquer outro Estado.”

Ainda segundo Wagner Coelho Porto, a CIB sempre teve um papel fundamental em todo este processo de reestruturação da SESAB. Ela existe na SESAB desde 1993 tem promovido um processo de discussão permanente entre o Estado e os representantes dos municípios. Além disso, a CIB é quem, após a análise técnica,

habilita os Municípios para as modalidades de gestão da municipalização. Wagner Coelho Porto lembra que 10 anos atrás existiam menos de 150 Municípios habilitados no processo de municipalização, quer seja na gestão plena da atenção básica quer seja na gestão plena do sistema de saúde e hoje dos 415 Municípios, 414 já estão habilitados em alguma forma de gestão, sendo 19 Municípios em gestão plena de sistema.

Eliana Machado Araújo Cardoso, coordenadora de Regulação da SESAB, ao explicar o modo como são estabelecidos os repasses entre os municípios a partir dos fluxos de oferta de serviços e de pacientes no modelo de regionalização, discute o papel das pactuações dentro do sistema de regulação da assistência a saúde:

“Isso se dá através das pactuações, são feitas pactuações entre esses municípios, você tem cota financeira, você tem teto financeiro, você tem limites de encaminhamento de um Município para outro (...) Os repasses financeiros de Município para Município, a depender do nível de gestão que esse Município se encontra também (...) levam em conta essas cotas se o Município não tiver em gestão plena. Se o Município estiver em gestão plena, o Ministério vai repassar diretamente para ele e aquele outro Município que está mandando diretamente para ele, se estiver em gestão plena, vai pagar diretamente para ele também. Se ele não estiver vai pagar através do Estado, porque é o Estado é quem recebe para repassar para ele. Ele fica com o papel, digamos, na mão e o recurso sai direto do Estado para ele.”

Apesar dessa opção por pactuação no modelo em implantação na Bahia, isso existe espaço para a formação de consórcios, que segundo Paulo Cezar Medauar Reis, presidente do Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde, tem sido criados preferencialmente para casos específicos, como por exemplo para aquisição de equipamentos médicos em que os municípios sozinhos não conseguiriam dar conta das suas demandas ou para implantação de unidade de produção de medicamentos que atendam várias cidades. Esta última experiência se baseia no

caso de Ilhéus, que implantou uma unidade de produção de medicamentos, baixando o custo de medicamentos essenciais em até 35%. Segundo o presidente do Conselho o estabelecimento de consórcios representa um claro avanço na área de saúde, mas não pode ser feito independente das pactuações, que são os procedimentos oficiais. O consórcio depende apenas do interesse dos municípios participantes, e por ser uma entidade jurídica permite maior mobilidade na gerência de recursos, além de não ter que passar por nenhum órgão, dependendo apenas da vontade política dos municípios que o estabelecem.

Como crítica a este processo, Alfredo Boa Sorte Junior, presidente do Sindicato dos Médicos do Estado da Bahia, lembra que a pactuação feita na Comissão Intergestora Bipartite e na Comissão Intergestora Tripartite não possui de fato controle social, bastando para isso lembrar que em suas composições não participação efetiva da sociedade civil.

Para o presidente do Sindicato dos Médicos do Estado da Bahia, no caso da Bahia, as decisões relativas às pactuações entre os municípios não estão sendo discutidas posteriormente no Conselho Estadual de Saúde, quando a participação da sociedade civil no processo de decisão poderia ocorrer. João Falcão Fontes Torres, assistente do Conselho Estadual de Saúde da Bahia, afirma no entanto que estas decisões devem sempre ser referendadas pelo Conselho Estadual de Saúde, após deliberação da CIB, e que este fluxo não tem seguido a risca pela SESAB. O único fato conclusivo quanto a esta questão é que não existe de fato representação da sociedade civil na CIB e a representação no Conselho Estadual de Saúde é menos proporcional que a dos outros setores representados, em especial o governamental.

4. IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA DE REGULAÇÃO DA SAÚDE

A implantação do sistema de regulação da saúde do Estado da Bahia vem sendo feita em sintonia com o processo de descentralização administrativa, regionalização e reestruturação e redefinição de atribuições entre as esferas de governo. Conforme Sônia Regina Aziz de Moura, Superintendente da Superintendência de Regulação, Atenção e Promoção da Saúde – SURAPS, explica:

“Eu acho que a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia saiu na vanguarda na questão (...) desde a reforma que o Estado sofreu, e não só a Secretaria de Saúde do Estado como todas as outras Secretarias sofreram também esta reforma em 1999, a gente conseguiu já trazer a questão da regulação para o regimento da Secretaria de Saúde, para o organograma da Secretaria de Saúde. Acho que esse foi o primeiro grande passo, primeiro grande avanço que a Secretaria de Saúde teve, então passou a existir no organograma da Secretaria de Saúde uma Superintendência de Regulação Promoção e Atenção a Saúde (...) então esse é o grande primeiro marco da regulação do Estado da Bahia que a gente conseguiu.”

A SURAPS, criada nesta reorganização da SESAB, é composta de três diretorias: A Diretoria de Assistência a Saúde, a Diretoria de Promoção da Saúde, que cuida da atenção básica (PACS, PSF) e tudo o que diz respeito à promoção de saúde e a Diretoria de Regulação do Sistema de Saúde, que vêm trabalhando com a operacionalização do SUS. Dentro deste processo de implantação do sistema de regulação da saúde na Bahia, outras superintendências têm grande participação: A SUVISA participa através da vigilância e proteção da saúde e a SUDESC, ao definir a estrutura da regionalização permite a conformação da estrutura da regulação. Foi criada também na Diretoria de Assistência a Saúde a Coordenação de Regulação do Sistema de Saúde do Estado. Esta coordenação tem desenvolvido o sistema de regulação com várias parcerias, internas e externas, como municípios, a Rede Brasileira de Cooperação nas emergências, o Ministério da Saúde, a Associação

Baiana de Medicina, as Universidades (através do Instituto de Saúde Coletiva) e outros mais. A participação do Ministério da Saúde se deve ao processo de regulação ser um dos focos do SUS.

A coordenadora de Regulação da SESAB, Eliana Machado Araújo Cardoso, explica que foi desenvolvido pela Diretoria de Assistência a Saúde um Plano de Regulação para o Estado. Esse Plano foi elaborado em articulação com o Plano Diretor de Regionalização, que cuida da regionalização e da hierarquização da assistência. Em virtude desta articulação foi possível que o Plano de Regulação considerasse não só o acesso à saúde mas também a territorialização e a hierarquização dos serviços de saúde, segundo sua complexidade tecnológica. Por isso também a nova regionalização reflete o fluxo natural da população, representando uma economia de escala para os serviços de saúde. A territorialização vai poder garantir o acesso, da menor a maior complexidade tecnológica, àqueles habitantes daquele território delimitado.

Eliana Machado Araújo Cardoso, ao comentar a implantação de um sistema de regulação na Bahia, declarou que:

“O Estado era prestador de serviço e hoje ele reconhece que a função dele é muito mais de organizar o Sistema de Saúde naquele território, coordenar o Sistema de Saúde naquele território e essa diretoria pretende oferecer mais um instrumento para isso que é a regulação. A regulação da assistência, porque a gente está trabalhando na diretoria de assistência a saúde. Com esse foco, por conta desse foco da regulação, foi criada uma Superintendência que é a Superintendência de Regulação, Promoção e Atenção a Saúde.”

Mas antes de iniciar a implantação da regulação, Miriam Cortes Bittencourt, Coordenadora de Controle e Avaliação, da Diretoria de Regulação do Sistema de Saúde da SESAB, explica que o controle e a avaliação da SESAB, presente no novo organograma há apenas um ano e meio, tem se dedicado a “conhecer quem somos”.

Ela diz que o Estado ainda não conhece todos os seus estabelecimentos de saúde pois o cadastro estava desatualizado, e a base para o controle e avaliação e também para a regulação é o cadastro. Sem um bom cadastro não se pode ter um diagnóstico real da saúde no Estado. A solicitação do recadastramento partiu do Ministério da Saúde, já que esse problema não é exclusivo do Estado da Bahia. A Bahia foi a unidade piloto para iniciar o recadastramento. A partir dos dados do Data SUS, com cerca de cinco mil unidades vinculadas ao SUS (além das não vinculadas que o Estado desconhece), iniciou-se o recadastramento das unidades de saúde. Alguns problemas conceituais surgiram, como por exemplo, quando se percebeu que existiam cadastros diferentes para ambulatórios e hospitais, e várias unidades eram contadas em dobro quando se tratavam de um ambulatórios de hospitais. Por causa destas inconsistências, o diagnóstico preliminar mostrou que o número de unidades credenciadas ao SUS é menor do que a existente hoje no cadastro. Este trabalho é importante para subsidiar a regulação. Para diagnosticar as reais necessidades do Estado, utiliza-se, além do critério populacional, o perfil epidemiológico que está sendo desenvolvido através de um detalhamento por grupo de procedimentos, necessidade populacional e de município. Além disso, de acordo com os padrões da NOAS, a avaliação e controle da SESAB têm trabalhado em conjunto com a regulação para subsidiar e assessorar os municípios na implantação da regulação e do controle e da avaliação municipal.

Miriam Cortes Bittencourt diz que este sistema está sendo informatizado, através do desenvolvimento de um software pela Companhia de Processamento de Dados da Bahia, que vai beneficiar a regulação, o controle e a avaliação. Este software deve propiciar uma visão mais aprimorada do nível ambulatório-hospitalar, de toda parte de ambulatório, consultas, PACS e PSF. Se o Estado vai coordenar as ações de saúde, ela complementa, ele deve ter uma visão de toda rede. Apesar da descentralização, a SESAB vai continuar monitorando os municípios, avaliando e sinalizando aos municípios caso encontrar distorções. Em suas palavras:

“Primeiro, porque vai haver uma Programação Pactuada Integrada, uma questão da microregionalização, um termo de garantia de acesso, onde o gestor estadual é responsável pela garantia daquele atendimento, a micro regional e o gestor estadual, então a gente não pode simplesmente descentralizar e deixar, a gente tem que continuar acompanhando e vendo realmente o que esta acontecendo no município, sinalizando e se for o caso, até intervindo.”

Para isso, o controle e a avaliação da SESAB pretende ter unidades regionalizadas nas macrorregiões. Miriam Cortes Bittencourt lembra que o controle e a avaliação têm que ser vistos pela três esferas de governo:

“Tem coisas que tem que ser normatizadas para controle e avaliação a nível federal, do nível federal, do estadual ele faz suas normas, ele pode criar suas normas, e o município, ele tem que estar dentro dessas normas do estadual e também em consonância pode rever junto ao Estado as normas, entendeu? Então a gente tem traçado, inclusive nós estamos criando, fazendo agora o manual de regulação.”

Voltando ao tema da regulação, Sônia Regina Aziz de Moura explica que o princípio do sistema de regulação em implantação na Bahia parte do apoio aos municípios com a organização da assistência ambulatorial básica. Segundo a visão da SESAB, a regulação não deve ser só da média e da alta complexidade, mas deve começar pela atenção básica. Apesar dos pilares estruturais do sistema serem: o Programa de Saúde da Família - PSF - e o Programa de Agentes Comunitários da Saúde - PACS, nos municípios em que esses modelos não estiverem devidamente implantados, como é o caso de parte dos municípios da Bahia, as unidades básicas de saúde deverão estar participando do processo de regulação através da implantação de centrais de marcação de exames e consultas, ao menos para regular a atenção básica.

Raimundo Perazzo Ferreira, secretário da SESAB lembra que o primeiro estágio do processo de regulação é a organização nos âmbitos regionais, sejam eles: estadual, macro ou micro regionais, da assistência ambulatorial:

“Você está partindo da periferia para o centro, então esta estrutura, unidade básica (...) é através do PSF – Programa de Saúde da Família e dos Agentes Comunitários da Saúde, mas a estrutura de saúde que os municípios deverão ter, e no mínimo deverá ter uma central de marcação de consulta e controle de exames dentro de uma área do município, por menor que ele seja.”

A definição deste fluxo da assistência pode ser entendida da seguinte forma, segundo Eliana Machado Araújo Cardoso:

“A organização do sistema local, no caso a gente está falando de Município, ela deve se dar através de uma central de marcação, que após essa última câmara técnica que teve lá no CONASEMS, que é o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde, eles não estão mais querendo utilizar essa terminologia, então de repente você vai ouvir aqui, Central de Marcação e vai ouvir em outro lugar Central de Regulação nível I. Isto ainda não está institucionalizado, mas a tendência é de dizer que uma marcação ela já é um nível de organização superior àquele de atendimento por ordem de chegada. (...) A Regulação, ela já vai obedecer critérios de urgência, de necessidade para dizer: não, esse tem mais necessidade, então ele vai ser atendido hoje, a tal hora, em tal lugar. Você que pediu antes, mas é uma cirurgia eletiva, por exemplo, que não está te trazendo grande risco à saúde, você já vai ser atendido mais para frente porque você tem outros critérios para estar colocando pacientes para serem atendidos antes daquele que precisa menos. Então é mais ou menos isso que a gente chama de inteligência regulatória e é o que diferencia uma central de marcação de uma central de regulação. (...) Na organização do sistema local bastaria o mínimo de organização, que se dá através de uma central de marcação. (...) Na organização do sistema regional entra módulo, micro e macro regional, através de centrais de regulação micro e macro regionais, quer dizer, a

regulação, ela vai dar conta, dependendo da abrangência da assistência, de determinado território, seja municipal, seja regional, seja macro regional.”

A Central Municipal de Regulação (de Regulação nível I ou de marcação) vai mais controlar do que regular os procedimentos da atenção básica à média complexidade, controlando a oferta e demanda por procedimentos e conectando os municípios para suprirem suas necessidades ou para ofertarem serviços que tenham a disposição, segundo o modelo exposto anteriormente da pactuação.

A central de regulação vai depender do porte do município, como explica Sônia Regina Aziz de Moura,

“Por exemplo, se for o município de Jequié, o município de Itabuna, ele deverá ter uma central de regulação. Então essa demanda entra, procedimento PABA, procedimento de média complexidade, cuja oferta seja igual a necessidade do município, então aí é marcado o procedimento que é necessário aqui nessa central. Quando ela não consegue identificar, aqui ela já parte para uma, disponibiliza para um município agregado ou para uma central de regulação micro regional. Preciso disso aqui e no meu território não estou conseguindo, como é que a gente vai fazer? Essa é municipal. A micro regional por sua vez, a entrada dela sempre será através de uma central de marcação e de regulação do município, então ela vem para a central micro regional, que vai também controlar e regular procedimentos aqui, já não vai mais ser PABA, aqui já vai ser média complexidade, alta complexidade, cuja oferta de serviços e de leitos seja igual a necessidade dessa microrregião, mas pode ser que nessa microrregião ela tenha uma suficiência maior do que a necessidade dessa microrregião, então ela também pode estar disponibilizando para outras microrregiões e até para macrorregião e aí vai se desenhando o fluxo, do mesmo jeito a macrorregião. Sempre ela vai ser contatada com as centrais micro-regionais, já que na macrorregião ela vai estar regulando e controlando procedimentos de média e alta complexidade, mas muito mais de alta complexidade. A gente está tentando amarrar o máximo possível que na macro fique só aqueles

procedimentos de alta complexidade. Serviços de internações e urgências e também do mesmo jeito. Quando essa macrorregião (...) tiver suficiência maior do que a população dela, ela vai estar oferecendo para as outras. Por exemplo, se um municípiotinho (...) precisar de um procedimento que não existe naquele território mas que existe num outro território, a gente já sabe que determinado percentual daquele procedimento, cuja suficiência está maior naquela população, vai estar disponibilizado para aquele município X, aquela pessoa daquele município X não vai precisar vir para Salvador para fazer o procedimento dele, vai para lá que é mais perto.”

Os municípios em gestão plena do sistema de saúde já estão implantando suas centrais de regulação. Os 128 módulos assistenciais previstos na estrutura da regionalização deverão também ter suas centrais de regulação, se reportando aos 31 pólos de microrregiões, que deverão se reportar às centrais das macrorregiões, formando assim o desenho do sistema de regulação. Este sistema vai permitir direcionar a migração dos pacientes de acordo com regras pré- estabelecidas, permitindo o controle do sistema e também os repasses.

A análise desse fluxo não só permite que as diferentes regiões busquem autonomia através das associações entre si e juntamente com níveis superiores, mas também fornece importantes subsídios para o Plano Diretor de Investimento, responsável por direcionar os investimentos do Estado para que as regiões possam ser auto-suficientes nos procedimentos de complexidade relativas à sua hierarquização.

Segundo discussões na SESAB, entende-se que a responsabilidade gestora da microrregião, que poderia ser realizada através de um colegiado pertencente a ela, tende a ser assumida pelo Município-pólo da microrregião; e nas macrorregiões a responsabilidade gestora recairia sobre da SESAB. Como toda microrregião possui um município-pólo, existirão 31 municípios-pólo e cada um será a sede de uma central de regulação microrregional. A Secretaria Municipal de Saúde do Município-pólo seria a gestora do sistema da microrregião e no caso das

macrorregiões, seria a Secretaria de Saúde do Estado, lembra Eliana Machado Araújo Cardoso, já que a divisão das macrorregiões considerou a alta complexidade, na Bahia a alta complexidade está sob responsabilidade do Estado.

A Central Estadual de Regulação e das seis macrorregiões trabalhará basicamente com a gestão da informação. Como a central reguladora da macrorregião estará localizada na SESAB e não fisicamente em seu território, terá que trabalhar com informações, formando o Complexo de Regulação Estadual. Enquanto a Central de regulação tem um perfil operacional, o Complexo atua em um nível mais estratégico. As informações das centrais de regulação fornecerão os parâmetros das necessidades reais de saúde da população. Estas necessidades vão produzir informações relevantes para decisões na política de saúde e para o gerenciamento do sistema de regulação como um todo, auxiliando na definição de estratégias e unidades para a SESAB. O início desse processo, segundo Eliana Machado Araújo Cardoso deve começar pela alta complexidade e pelos procedimentos estratégicos, que tem pouca oferta concentrada na capital e estão sob a responsabilidade do Estado.

Este sistema pretende ser todo informatizado pois lida basicamente com fluxo de informações. Mesmo nos municípios que não tenham condições para se informatizar, essas informações poderão ser repassadas, por exemplo, por telefone para uma central de uma microrregião, ou mesmos para as DORES, que no processo de reestruturação poderiam assumir este papel.

Para Sônia Regina Aziz de Moura, uma mesa, uma carteira, um telefone e um fax bastariam para uma central de marcação de consultas funcionar. Já no nível micro e macro regional as estruturas passariam de centrais de marcação de consulta para centrais de regulação. O principal diferencial entre as centrais de marcação de consulta e de regulação é a presença de médicos na avaliação dos procedimentos nesta última citada. Esse sistema formaria uma rede regionalizada e integrada de unidades com a descrição da população usuária, atuando como porta de entrada do

sistema SUS. Embora estes conceitos se refiram à regulação da assistência à saúde, eles podem ser entendidos de uma forma mais ampla, como regulação do sistema de saúde.

No nível macrorregional, o nível de regulação será do Estado. Segundo Raimundo Perazzo Ferreira, o controle central do sistema será feito por uma central de regulação do Estado, agregando todas as seis macrorregiões. A sua definição da central de regulação estadual é:

“É um olho mais estratégico de todo o sistema de regulação. A regulação vai estar o tempo inteiro, ele funciona como um verdadeiro termômetro da assistência, e aí o complexo de regulação, sempre que precisa vai contatar a SUVISA, porque a dengue está aumentando, porque está tendo muita chuva e eles sabem que a leptospirose também vai começar a interferir no atendimento, então vai estar sempre buscando estas interferências e a central de regulação, nossa proposta imediata aqui no estado da Bahia que é a central estadual, ela vai começar regulando hemodiálise, pacientes de AIDS, obstetrícia, neonatal, que é uma demanda reprimida no Estado, oncologia e reabilitação, leito só de reabilitação inicialmente, esses são os temas que a gente pretende começar trabalhando a nossa central de regulação estadual.”

Segundo o secretário da SESAB, os municípios têm reagido muito bem a isso, e como citado anteriormente, Vitória da Conquista é o município que mais tem avançado na implantação de sua central de regulação, apesar de ter um governo de oposição ao governo estadual. Através de convênios, inclusive com o Ministério da Saúde, no Projeto Urgência/Emergência, a SESAB tem repassado recursos financeiros para que alguns municípios montem suas centrais de regulação. Sônia Regina Aziz de Moura comenta a experiência de Camaçari:

“A gente teve agora a experiência de Camaçari, dessa primeira equipe que trabalhou com a gente sobre regulação e trabalha com a equipe técnica do município, fazendo toda a grade de todos os temas que vão ser regulados. Só para você ter um exemplo,

nós estivemos em Camaçari. A gente detectou que a suficiência de ultra-sonografia do município, ela é perfeita, só que ela não estava dando demanda por conta da questão da necessidade, porque a maioria dos exames de ultra-sonografia de Camaçari eram para descobrir sexo da criança, da gestação. Não existe suficiência que vá dar conta disso, entendeu? então o problema sério que realmente estaria precisando da ultra-sonografia está lá na fila de espera sem poder fazer. Então a regulação entra justamente para priorizar a necessidade ou não. (...) A regulação é justamente isso, você tem a maior eficácia para gastar o recurso que você tem disponível, reduzindo custos.”

Segundo Sônia Regina Aziz de Moura, este processo conta com a participação efetiva não só da SESAB, mas também dos municípios, e esse é um dos fatores para o trabalho dar certo:

“Toda vez que a gente passa no mínimo uma semana num município desses e sempre no final eu vou, a diretora que trabalha comigo na superintendência vai, quando o secretário pode ele também vai, que aí é justamente o seminário que a gente está fazendo, justamente a sensibilização de tudo, que trabalha, é uma coisa assim bonita de se ver o que está acontecendo realmente.”

O que se pode deduzir a partir destes depoimentos é que na implantação do sistema de regulação da saúde por parte do Estado da Bahia, ressurge a questão da retomada do papel do Estado como gestor do sistema de saúde, mostrando, não só que esta é de fato uma diretriz marcante da visão da SESAB como também, a sintonia de quase todos os atores envolvidos no processo.

V. ESTUDOS DE CASO

1. METODOLOGIA DE ESCOLHA

As experiências estudadas foram escolhidas de acordo com a representatividade quanto ao tema da pesquisa, buscando as experiências mais relevantes para entendimento do processo de descentralização, regionalização e implantação de um sistema de regulação no Estado da Bahia e também da terceirização de hospitais públicos.

Quanto à regulação do sistema de saúde e a regionalização, a experiência de Vitória da Conquista foi escolhida por ser o município que mais tem demonstrado avanços na implantação de uma central de regulação. Mesmo sendo administrado por um governo de oposição ao governo estadual, segundo a própria SESAB, representa o modelo a ser seguido na implantação da regulação em todo o Estado. Além disso, Vitória da Conquista é um dos 19 municípios do Estado da Bahia em regime de gestão plena do sistema de saúde.

A análise da experiência de terceirização procurou avaliar a gestão do Hospital Eládio Lassérre, não só por ter sido a primeira unidade estadual terceirizada, mas também porque é a que apresenta melhor desempenho segundo as avaliações da SESAB e da própria empresa gestora. Outro motivo da escolha foi o fato do gestor desta unidade ter participado ativamente de todo processo de terceirização desde seu início em 1996, inclusive na gestão de outras unidades terceirizadas, permitindo que as informações colhidas na entrevista mostrassem a visão do ponto de vista de uma empresa administradora, a SM Assessoria Empresarial e Gestão Hospitalar S/C, que administra ao todo seis unidades de um universo total de 12 unidades hospitalares terceirizadas no Estado da Bahia.

2. A TERCEIRIZAÇÃO DE UNIDADES HOSPITALARES

2.1. Considerações iniciais

A delegação de serviços públicos à iniciativa privada não é uma exclusividade da área da saúde. Ela se insere dentro de um contexto de mudanças no papel do Estado. Segundo o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (BRASIL, 1995), proposta de reforma da administração pública ao nível federal, identificam-se quatro setores do Estado: 1- Núcleo Estratégico (formula as leis e as políticas públicas); 2- Atividades Exclusivas (há poder de Estado: coleta de impostos, polícia, defesa externa); 3- Serviços Competitivos (serviços públicos de maneira geral, onde não há poder extroverso); e 4- Produção de Bens e Serviços para o Mercado. Nos dois primeiros setores, a propriedade deve ser necessariamente estatal; no terceiro pode ser pública não-estatal; e, no quarto, privada (à exceção de áreas estratégicas). Os serviços de saúde, mesmo sendo serviços essenciais, não se encaixam entre os que deveriam ser providos exclusivamente pelo Estado em primeira instância. Apesar da Constituição de 1988 ter garantido o acesso de todos à saúde, independente se sejam ou não contribuintes, o que implica na existência de uma rede pública de saúde para aqueles que não possam pagar pela assistência, o gerenciamento de unidades de saúde tem se mostrado cada vez mais interessante à iniciativa privada, como veremos na experiência relatada a seguir.

A experiência de delegação de serviços de saúde e de gestão privada de unidades hospitalares do Estado da Bahia não é, no sentido estrito, uma forma de privatização dos serviços públicos pois se dá prioritariamente na gerência das unidades e não implica no repasse total dos serviços de saúde. O Estado continua proprietário das unidades hospitalares e exerce seu controle através de contratos de gestão, que fixam os deveres e obrigação dos gestores privados para cada unidade em particular.

2.2. O processo de terceirização dos serviços de saúde

Segundo a visão da administração atual da SESAB, a opção por terceirizar unidades hospitalares do Estado surgiu pela percepção que o sistema de serviços públicos não poderia dar conta das demandas que se impõe ao sistema de saúde. Entre os motivos elencados pelo secretário da SESAB, Raimundo Perazzo Ferreira, estão a estabilidade dos funcionários públicos, a má remuneração, a falta de incentivo, a falta de conforto no trabalho, entre outros. A SESAB iniciou este processo, numa primeira etapa, através da contratação parcial de serviços, contratando os serviços de limpeza, vigilância e outros serviços menores como a manutenção de equipamentos das unidades de saúde.

Segundo Raimundo Perazzo Ferreira, em 1996 houve um episódio que foi o marco inicial deste processo. O Estado havia construído em 1993 um hospital de 50 leitos na cidade de Ibotirama que até aquele momento não funcionava por falta de pessoal. Entre os motivos apontados para a demora na contratação estavam a necessidade de realização de concurso público para provimento das vagas existentes e a falta de vontade política da administração municipal em colaborar no processo. A primeira alternativa do Estado foi tentar fazer um convênio com instituições filantrópicas ligadas à área da saúde para contratação de pessoal, mas este modelo de gestão acabou apresentando dificuldades de operacionalização e optou-se por fazer um edital de concorrência pública para terceirização do hospital. Para Pedro Queiroz, da empresa SM Assessoria Empresarial e Gestão Hospitalar S/C e gestor do Hospital Eládio Lassérre, a experiência pioneira da cidade de Ibotirama foi o ponto de partida para todas as outras posteriores de administração de hospitais públicos pela iniciativa privada na Bahia. A empresa contratada era a mesma em que ele trabalha hoje e trazia para a área pública a experiência de gestão hospitalar das unidades hospitalares das obras assistenciais de Irmã Dulce.

O primeiro contrato formal de gestão entre uma empresa e o Estado para a administração de unidades hospitalares foi firmado em novembro de 1996 entre a

SESAB e a SM Assessoria Empresarial e Gestão Hospitalar S/C para a gestão do hospital Eládio Lassérre, existindo hoje doze unidades administradas pela iniciativa privada na Bahia, conforme mostra a tabela a seguir.

Tabela

Relação das Unidades Terceirizadas e Respetivos Anos de Início de Contrato

Ano de início do contrato	Empresa	Unidade
1996	SM Assessoria Empresarial e Gestão Hospitalar S/C	Hospital Prof. Eládio Lassérre
1997	SM Assessoria Empresarial e Gestão Hospitalar S/C	Hospital Regional de Ibotirama
1997	SM Assessoria Empresarial e Gestão Hospitalar S/C	Hospital Carvalho Luz
1998	Castro e Lopes Ltda	Hospital Geral de Guanambi
1998	SM Assessoria Empresarial e Gestão Hospitalar S/C	Hospital de Paulo Afonso
1998	Empresa Médica de Paramirim Ltda - EMPA	Hospital de Paramirim
1999	SM Assessoria Empresarial e Gestão Hospitalar S/C	Hospital de Porto Seguro – Luiz Eduardo Magalhães
1999	Castro e Lopes Ltda	Hospital Eurídice Santana – Santa Rita de Cássia
2000	Empresa Médica de Paramirim Ltda - EMPA	Hospital de Castro Alves
2000	Castro e Lopes Ltda	8º Centro de Saúde
2000	SM Assessoria Empresarial e Gestão Hospitalar S/C	Hospital Geral de Itaparica
2001	Castro e Lopes Ltda	Hospital Luiz Eduardo Magalhães Mairi

Neste modelo de delegação dos serviços de saúde, a administração dos hospitais é toda privada, mas o hospital continua sendo de propriedade do Estado, que supervisiona, através de uma Comissão de fiscalização, o acompanhamento da gestão dos hospitais públicos terceirizados, através de indicadores de desempenho

constantes dos respectivos contratos de gestão. Além disso, a empresa gestora é responsável por toda a conservação do equipamento do hospital, que permanece de propriedade pública e que deverá ser devolvido em perfeitas condições caso o contrato termine ou seja rescindido, de forma a garantir a propriedade do Estado e sua conservação.

Segundo a avaliação do Secretário da SESAB, este modelo de gerenciamento tem se mostrado muito mais produtivo do que a administração integralmente pública, promovendo maior eficiência. Segundo os contratos de gestão, o administrador privado só recebe se faturar, se produzir os serviços constantes do contrato. Como existe dentro do contrato a gratificação de produtividade regulamentada entre 40% e 100% do salário do secretário (por limitação legal), em muitas unidades os ganhos, somente com a parcela referente a produtividade dos médicos, chegam a representar até 2.000 reais por mês, enquanto o salário básico para um profissional destes gira em torno de 500 reais.

Essas características do sistema de gestão fizeram com que os gestores das unidades terceirizadas se preocupassem com a eficiência do serviço e com prestação de serviço de qualidade com menor custo. Para exemplificar isso, o Secretário da SESAB citou a existência de estudos comparativos (aos quais não tivemos acesso) que demonstram que o governo do Estado da Bahia gastou menos com a gestão terceirizada dos hospitais públicos para produzir mais atendimento e mais internamento em comparação com a rede pública. Segundo Raimundo Perazzo Ferreira, isso não é o ideal ainda, mas ele considera que neste sentido a Bahia avançou muito mais do que qualquer outro Estado.

Segundo a visão de Pedro Queiroz, gestor do hospital Eládio Lassérre, mesmos após algumas revisões do contrato inicial, a gestão do hospital pela empresa tem se revelado muito mais eficiente do que a própria SESAB previa inicialmente. Ele estima um ganho em produtividade em torno de 50%, em relação a uma unidade equivalente administrada pelo Estado. Entre os fatores para esse sucesso, em sua

opinião, pode ser creditada a administração feita por empresários profissionais, que no caso da SM Assessoria Empresarial e Gestão Hospitalar S/C, são oriundos de empresas do pólo petroquímico de Camaçari e com ampla experiência em gestão hospitalar. Esse aspecto gerencial é muito enfatizado como um dos maiores responsáveis pelo melhor desempenho comparativamente aos hospitais geridos pela administração pública. Além disso, ele cita que a flexibilidade para contratação de pessoal ajuda na formação de equipes mais comprometidas e eficientes.

Além da redução de custos, um dos conceitos introduzidos na gestão é a noção de produtividade. Segundo Pedro Queiroz, tem-se que realizar a mesma coisa, no mesmo lugar e tempo, com o mesmo recurso. O hospital conta com um orçamento que tem que ser seguido a risca, dentro dos valores estipulados em contrato. Para isso as prioridades destacadas pela gestora da unidade são: atender bem; cumprir o contrato; garantir a oportunidade de trabalho e obter produtividade. É necessário também que a empresa sobreviva e se perpetue, diz Pedro Queiroz, e dentro de um ambiente de competitividade, ganha quem for mais eficiente.

Como exemplo da validade desta forma de gestão, Pedro Queiroz cita que o Hospital Professor Carvalho Luz, também administrado SM Assessoria Empresarial e Gestão Hospitalar S/C, foi o primeiro hospital público do país certificado pela ISO 9002, através do Bureau Veritas Quality International de Londres. Ele afirma que, como os recursos na área de saúde são muito escassos, os ganhos têm que se traduzir em benefício para a sociedade. No caso do Hospital Eládio Lassérre, ao mesmo tempo em que o valor pago pelo Estado diminuiu desde o primeiro contrato, o patamar de produção de serviços aumentou cerca de 1 vez e meia em relação ao valor inicial. Embora existam claramente limites para o aumento dessa eficiência, ele lembra que o potencial da área de saúde para melhorias gerenciais ainda é muito grande. Ele cita que é possível trabalhar na área de saúde com uma estimativa de até 300% de ganho em produtividade através de melhorias de processos, enquanto na área petroquímica, da qual ele é originário, esta margem de ganhos por aumento de produtividade e otimização de procedimentos gira em torno de 20% a 25%.

Como limitação ao alcance deste processo de terceirização, é claramente colocada pelo Secretário da SESAB a questão dos funcionários públicos existentes nas unidades mais antigas, na maior parte com excesso de quadros. Por isso a terceirização de unidades está sendo feita apenas nas unidades novas, em que não havia pessoas contratadas, evitando a geração de conflitos com os funcionários públicos.

Uma outra etapa deste processo é a terceirização de serviços de saúde. Um dos primeiros serviços terceirizados foram os serviços de cirurgia, que para Raimundo Perazzo Ferreira representavam um grande problema para o Estado. Além de existirem poucos profissionais, estes em geral eram corporativistas e fechados à negociação com Estado, segundo sua visão. A solução adotada foi a contratação destes serviços via cooperativas, contratadas por licitação pública, para preencher eventuais carências dos hospitais públicos no quadro de pessoal especializado. Isto tem um efeito salutar, segundo o Secretário, pois a convivência de profissionais de origens diferentes acaba funcionando como motivador para os funcionários públicos. Para Raimundo Perazzo Ferreira, como os funcionários das cooperativas têm que trabalhar sob regime privado, tem que ser eficientes, sob risco de perder o emprego, e com isso, o funcionário público, que antes era ausente ou negligente, passa a ter como desafio ser mais ativo e responsável para não ser marginalizado ou apontado como mau profissional em comparação com os funcionários das empresas privadas. Segundo o Secretário, este processo de contratação não vem encontrando resistência por parte dos funcionários públicos pois os novos profissionais vêm justamente cobrir os déficits existentes.

Alguns municípios também estão terceirizando serviços. Em Itabuna, o município construiu um hospital com 150 leitos e criou uma Fundação para gerir o hospital, que terceirizou os serviços. Em Salvador, o governo teve que intervir no gerenciamento de um hospital por uma entidade filantrópica e acabou induzindo à contratação de uma gerência privada para o hospital. No município de Conceição de Jacuí, um hospital municipal de 30 leitos também teve sua administração

terceirizada. Todos estes casos servem como exemplo de que o processo não é apenas estadual, embora a municipalização das unidades de saúde, representada por alguns hospitais da rede estadual que foram transferidos para os municípios não tenha relação alguma com este processo de terceirização. Como nosso foco de análise é a experiência estadual, não a dos municípios, vamos nos ater ao processo implantado pelo Estado.

A visão de Alfredo Boa Sorte Junior, presidente do Sindicato dos Médicos do Estado da Bahia, é discordante da visão da SESAB e das empresas, mostrando que nem tudo é consenso neste processo todo. Segundo sua opinião, o governo da Bahia, ao optar por uma política de terceirização de hospitais públicos, passando os hospitais públicos novos para a gestão privada, na verdade está promovendo a privatização das unidades. Ele lembra que o sistema é quase um monopólio pois do total de 12 hospitais terceirizados, 10 estão sob gestão de apenas duas empresas. Alfredo Boa Sorte Junior explica que de fato não houve descentralização, ao contrário, houve uma privatização e concentração na mão de poucos. Diz também que não há uma integração entre os serviços municipais e os hospitais terceirizados, que atuam isolados do próprio sistema de saúde.

Quanto aos funcionários das empresas que administram os hospitais, o presidente do Sindicato dos Médicos do Estado da Bahia lembra que eles trabalham em regime privado, deixando de ter garantidos direitos trabalhistas com relação aos funcionários do Estado. Ele diz que em muitos casos estas empresas subcontratam mão de obra, através da formação de cooperativas, administradas pelas próprias empresas gestoras, burlando as leis trabalhistas. Quanto a esta modalidade de subcontratação, ela é possível pois os contratos de gestão não estipulam a forma de contratação de pessoal, apenas indicam o número de profissionais que cada unidade deve ter. Segundo o presidente da Comissão de Fiscalização e Acompanhamento da Gestão dos Hospitais Públicos Terceirizados, Públio Ezequiel Cardoso, a gestão terceirizada trabalha com quadros próprios e os contratos vigentes permitem a subcontratação de serviços, por exemplo, através de cooperativas de médicos e

enfermeiros, pois segundo os contratos de gestão, as empresas são responsáveis por todos recursos organizacionais e recursos humanos necessários para movimentar o hospital.

2.3. Controle e acompanhamento do processo de terceirização

O processo de terceirização de uma unidade hospitalar é iniciado através de leis específicas e critérios técnicos elaborados pela Superintendência de Regulação, Promoção e Atenção à Saúde – SURAPS da SESAB. Os estudos básicos são feitos a partir do modelo de funcionamento de um hospital, com número de leitos e característica de complexidade relativa ao seu porte, com base nos procedimentos que poderiam ser gerados por mês por determinada capacidade instalada, resultando num perfil dos custos estimados para a sua operacionalização e de quanto significaria a manutenção deste hospital. Após a definição destes critérios técnicos, específicos para cada unidade que será terceirizada, como procedimento-padrão um processo é enviado à diretoria administrativa da SESAB, que verifica a existência de dotação orçamentária específica para aquela unidade e a disponibilidade de recursos. Após essa verificação, o processo é encaminhado para a Coordenação de Licitação, que elabora o edital de concorrência pública, seguindo para o gabinete do Secretário Estadual de Saúde de onde, depois de aprovado, segue para publicação.

Após aprovação e homologação do contrato e iniciada a gestão, a responsabilidade de fiscalização é da Comissão de Fiscalização e Acompanhamento da Gestão dos Hospitais Públicos Terceirizados, presidida atualmente por Públio Ezequiel Cardoso. A função da comissão é acompanhar a gestão dos hospitais terceirizados, promovendo a fiscalização e acompanhamento das atividades das unidades terceirizadas. Apesar do primeiro contrato de gestão ter sido firmado em 1996, a Comissão até agora não faz parte da estrutura organizacional da SESAB e foi criada há apenas um ano e meio, através de uma portaria de designação do Secretário Estadual da Saúde, estando subordinada à Diretoria Geral da SESAB.

A comissão é composta por quatro membros: um administrador (que atualmente é o presidente da comissão e é proveniente da Coordenação de Licitação da SESAB), um médico, responsável pela auditoria médica e análise dos prontuários, um contador e um administrador hospitalar. Todos são provenientes de quadros da SESAB. Esta comissão deve verificar se a administração está compatível com o que foi pactuado no contrato, reportando os resultados das auditorias para aprovação pelo Conselho Estadual de Saúde da Bahia. Caso seja constatado algum desvio, inicia-se a tarefa de acompanhamento e de orientação, para que a unidade se enquadre nos termos do contrato. Mensalmente as unidades terceirizadas remetem à comissão a fatura e o relatório gerencial. Após a análise destes relatórios a comissão promove visitas às unidades, gerando relatórios de inspeção.

Quanto ao controle das unidades terceirizadas, o Presidente do Sindicato dos Médicos do Estado da Bahia entende que não haja de fato um controle efetivo. Ele assegura, já que é membro efetivo do Conselho Estadual de Saúde, que a prestação de contas dos hospitais são feitas apenas por meio de relatórios demonstrativos e por análises numéricas. Segundo ele, isso pode dar margem a conclusão que as unidades terceirizadas funcionem bem, pois cumprem as metas de realizar um certo número de consultas e procedimentos constantes nos contratos de gestão, mas essa avaliação não permite saber o quanto estas unidades estão integradas à rede do SUS. Estes hospitais, segundo Alfredo Boa Sorte Junior, não respondem ao SUS e por terem uma cota de atendimento fixada em contrato, quando estouram sua cota encaminham os pacientes aos hospitais públicos do SUS. Por isso eles não atendem com macas nos corredores como os hospitais do SUS são obrigados a fazer quando estouram sua capacidade de atendimento e isto é usado como propaganda para dizer que a administração privada funciona e que a pública não funciona, como marketing da campanha de terceirização, segundo o presidente do Sindicato.

De fato, segundo o presidente da Comissão de Fiscalização e Acompanhamento da Gestão dos Hospitais Públicos Terceirizados, a comissão pode avaliar apenas o desempenho geral da administração das empresas privadas. Já uma fiscalização mais

ativa e participativa só é possível na modalidade de administração via organização social. O Estado da Bahia possui apenas uma experiência deste tipo, que é o Hospital Mario Dourado Sobrinho em Irecê, gerido pela organização social PROMIR. O contrato é feito nos mesmos moldes dos contratos com as empresas privadas, em que o Estado cede a estrutura física, o imóvel e os equipamentos, e a organização social se encarrega de toda a administração da unidade. Como diferencial, Públio Ezequiel Cardoso cita que existem membros da SESAB tanto no conselho fiscal como no conselho administrativo, e que se utiliza o sistema de contabilidade pública, diferente dos contratos com as empresas privadas que trabalham dentro do sistema de contabilidade comercial, ao qual a Comissão de fiscalização não tem acesso. No modelo usual, apesar do controle e acompanhamento serem feitos por SESAB, todo gerenciamento é das empresas e os contratos não prevêm o acesso à parte contábil financeira, só a área administrativa e a área de auditoria médica. No caso, as empresas só são obrigadas a entregar o relatório gerencial. Na gestão por organização social a transparência do processo é maior pois envolve também a participação nos conselhos de gestão de representantes de outros órgãos do Estado, como Secretaria Estadual de Planejamento, Ciência e Tecnologia, Secretaria da Fazenda, Procuradoria Geral do Estado e Sociedade Civil de Irecê.

Por outro lado, Joselita Nunes Macedo, superintendente de SUDESC, cita que a experiência de Irecê teve um grande problema com os funcionários públicos originais do hospital. O governo, ao passar a administração do hospital para a organização social PROMIR, teria que realocar os funcionários do hospital, e como a cidade de Irecê é pequena, esta acabou não tendo condições de absorver todo contingente, resultando no estabelecimento de uma ação judicial dos funcionários contra o Estado. Isso realça a tese do Secretário da SESAB de que este processo deva ser feito prioritariamente em unidades novas, pelo potencial conflito com o funcionalismo público. No entanto, apesar deste problema, não relacionados ao modelo de gestão, a experiência de Irecê parece ser bastante positiva. Embora esta experiência de administração via organização social seja muito interessante e muito

mais representativa em outros Estados, na Bahia ainda representa um caso isolado dentro do modelo mais geral de terceirização adotado por SESAB, não havendo até o momento uma tendência da Secretaria passar a adotar este modelo como prioridade, e sim o contrario, cada vez mais se adotar a terceirização de unidades com gestão por empresas privadas.

2.4. Conclusões

No momento não é possível avaliar até que ponto o modelo de terceirização adotado pela SESAB realmente é mais eficiente que a gestão totalmente pública, apesar deste modelo ter se mostrado extremamente interessante tanto para a Secretaria como para as empresas, segundo suas análises, apresentando indicadores de eficiência superiores aos da administração totalmente pública.

Entre os motivos para a dificuldade de avaliação, pode-se citar que a gestão terceirizada se dá somente a partir de unidades novas, e a comparação de eficiência entre uma unidade nova e uma unidade pública equivalente mais antiga não parece muito correta. Vários fatores podem afetar a eficiência que não estão diretamente relacionados ao modelo de gestão da unidade. Outro ponto a ser considerado é que os relatórios de gestão obrigatórios pelos atuais contratos não permitem perceber se estas unidades são realmente mais eficientes ou apenas cumprem o que foi estipulado nos respectivos contratos, como permite supor a declaração do Presidente do Sindicato dos Médicos do Estado da Bahia, Alfredo Boa Sorte Junior, de que as unidades terceirizadas, ao estourarem a cota de atendimento prevista nos contratos, redirecionam os pacientes excedentes para a rede do SUS.

Apesar disso, merece ser salientado que, apesar da própria SESAB reconhecer que a gestão via organizações sociais permita um processo de gestão mais transparente que a gestão por empresas privadas, o que se deduz das entrevistas realizadas e da disposição demonstrada pela administração da SESAB, é que a terceirização de

unidades hospitalares através da gestão por empresas privadas parece ser o modelo a ser seguido para as novas unidades hospitalares do Estado. Apesar das vozes discordantes em relação ao modelo adotado, ou mesmo da existência de opções mais afinadas com o espírito recomendado pelo Ministério da Saúde, de adoção de gestão via organizações sociais, nos parece que a Bahia tem direcionado seus esforços no sentido de promover cada vez mais o modelo implantado, ou seja, a gestão terceirizada através de empresas privadas.

3. A EXPERIÊNCIA DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DA CONQUISTA

3.1. Introdução

O município de Vitória da Conquista é considerado de porte médio no Nordeste brasileiro e possui uma população de 262.494 habitantes distribuídos numa área total de 3.204 km² (dados do IBGE, em <www.ibge.gov.br>, acessado em 18 jul. 2002).

É um município inovador e premiado por suas ações na política pública. Em 24 de Agosto de 1999, dividiu o 1º Lugar com outras 4 cidades no Concurso Prefeito Criança promovido pela Fundação Abrinq – pelos direitos da criança, em reconhecimento às administrações municipais que priorizaram o desenvolvimento de políticas públicas no atendimento a crianças e adolescentes.

Há ainda o Programa de Saúde da Família - PSF - que após apenas 1 ano de implantação, foi destaque na categoria: Reconhecimento Público, do Prêmio Saúde Brasil – uma questão de qualidade, promovido pelo Ministério da Saúde e que visa destacar conjuntos de experiências concretas para a mudança do trabalho de assistência no serviço de saúde.

Trata-se de um município reconhecido pelas inovações e eficácia de suas políticas públicas implantadas. Demonstração disso são as inúmeras visitas que recebe, não apenas de gestores públicos brasileiros, como de organizações internacionais como a Organização Pan-americana de Saúde e o Banco Mundial, que buscam exemplos de experiências públicas bem-sucedidas no mundo inteiro.

3.2. A gestão da saúde no município

O sistema de saúde pública no município de Vitória da Conquista encontrava-se, até Outubro de 1999, em Gestão Plena de Atenção Básica à Saúde, nível básico de gestão na hierarquização do sistema público de saúde no Brasil.

Em Setembro de 1999, a Secretaria Municipal de Vitória da Conquista realizou um grande avanço, atingindo a condição de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde (em vigor a partir de Outubro de 1999), quando passou a receber, diretamente da União no Fundo Municipal, as parcelas de recursos correspondentes a sua própria população mais o valor correspondente aos atendimentos das referências intermunicipais, condicionada ao cumprimento do Termo de Compromisso para Garantia ao Acesso. Para tornar este feito possível, a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia coordenou a organização de sucessivas reuniões e negociações envolvendo prefeitos e secretários municipais de saúde de 41 municípios, para acordar as cotas de internações hospitalares a serem realizadas em Vitória da Conquista. Na prática, firmou-se um consórcio programático entre Vitória da Conquista e seus municípios vizinhos, coordenado pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.

Alcançando esse estágio de gestão, a Secretaria Municipal de Saúde de Conquista passou a ter maior autonomia para gerir os recursos provindos do Estado e da União, condicionada sempre ao cumprimento das metas firmadas no Planejamento Pactuado Integrado juntamente com o Estado (BRASIL, 2001).

Segundo declaração de Washington Couto, secretário adjunto de Saúde de Vitória da Conquista, em entrevista para este projeto:

“A gestão plena é um estágio que a gente considera mais adequado porque é na gestão plena onde o município, ele detém este poder de gerir os recursos, ver qual a melhor estratégia de saúde dentro dos seus municípios, enfim, adequar a realidade de saúde de seu município, realidade local, a gestão local, tudo aquilo que o próprio Ministério da Saúde preconiza que é a saúde a todos, que é desenvolver todos os programas de saúde (...) agora a vantagem maior é essa de reduzir os custos para o SUS que isso é muito bom para a gente, vai sobrar para investir em outras áreas e ter essa garantia do acesso e do atendimento inclusive que é uma coisa constitucional, está na lei, na própria lei de criação do SUS.”

Ao comentar este processo e se há vantagens para o município na descentralização, Polyana Gonçalves dos Santos Gusmão, Gerente da Unidade da Policlínica de Atenção Básica de São Vicente de Vitória da Conquista declara que:

“...Muita (vantagem), principalmente depois que veio a plena, a gente viu que quando a gente só tinha a parte básica a gente caminhou muito e depois da plena a gente está caminhando muito mais porque na rede hospitalar hoje o atendimento é outro. Tem as suas falhas? Tem. Mas melhorou muito, muito, muito. Hoje a gente tem o que: tem o resgate que atende em Conquista todos os casos de acidente, é uma UTI montada e daqui a algum tempo a gente vai ter uma que possa transportar o paciente daqui para Salvador, daqui para Itabuna, coisas que não são feitas ainda em Conquista.”

Aluisio Meira de Araújo, Diretor da 20ª DIRES, com sede em Vitória da Conquista, ao comentar o processo de descentralização e a função das DIRES, declarou que:

“Eu vejo com bastante otimismo, eu acho que melhorou bastante para toda a comunidade porque o recurso hoje ele é repassado fundo a fundo, então o prefeito e

o secretário municipal de saúde tem como utilizar o recurso de uma forma mais eficiente. Como falávamos anteriormente, esse recurso é repassado hoje fundo a fundo direto do Ministério da Saúde para o município sem atravessadores, o município tem uma conta específica para receber o recurso do Ministério da Saúde e é feito um plano para aplicação desse recurso. Nesse plano é feito um pacto entre o Ministério e os municípios, um plano de cumprimento de metas. Então todo município tem que ter esse plano, chama Plano Municipal de Saúde que vai, um plano também anual de gestão, que vão confirmar a aplicação devida dos recursos no cumprimento daquelas ações de vacinação, controle de hipertensão, controle de diabetes, controle da hanseníase, controle da tuberculose, planejamento familiar, prevenção do câncer, todos esses programas, programa de saúde da família, programa de agente comunitária de saúde, todos esses programas estão englobados nesses planos.”

Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde - GPSM

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização do Estado da Bahia, Vitória da Conquista é o município-pólo da microrregião Vitória da Conquista que, por sua vez, faz parte da macrorregião Sudoeste. Vitória da Conquista é ainda referencial da sua microrregião, ou seja, é o município com melhores condições tecnológicas e estrutura física para o atendimento na saúde. Municípios vizinhos pactuados convergem para Vitória da Conquista para obterem atendimento de média complexidade. Quando os casos são de alta complexidade, Vitória da Conquista referencia para outros centros habilitados para o atendimento da especialidade requerida.

Os pactos são ferramentas utilizadas entre os municípios para garantir o serviço de saúde, de qualquer nível de complexidade, para todos os cidadãos oriundos de municípios habilitados ou não para o fornecimento direto de serviços de média ou alta complexidade. Esses pactos são realizados na esfera estadual, quando o Estado acorda com os municípios pactuados uma cota limite de encaminhamentos ao

município-pólo. Os repasses financeiros de Município para Município dependem do estágio de gestão em que o município em questão se encontra.

A demanda de serviços de média complexidade é atendida através da Central de Marcação de Consultas e Procedimentos Especializados (CMC), administrada pelo próprio município-pólo, no caso Vitória da Conquista. Quando o requerente é de um município pactuado, o médico ou a pessoa responsável pela marcação de consulta deste município liga para a CMC e realiza essa marcação fornecendo dados sobre o paciente e respectivo requerente, permitindo que essas informações sejam armazenadas no banco de dados da própria CMC. Nos casos em que o requerente é um responsável pelo atendimento básico do próprio município, o médico preenche a solicitação do procedimento especializado, encaminha-a para o responsável pela marcação no posto de saúde e através do serviço de malote, todas as demandas de consultas do dia vão para a CMC, onde os funcionários realizam a triagem de acordo com a urgência da marcação e posteriormente a efetuam o agendamento diretamente com os profissionais.

O Sistema de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde só tem trazido resultados positivos. Dentre estes, o aumento progressivo da utilização dos serviços do SUS em Vitória da Conquista, pelos atuais 50 municípios pactuados. Este crescimento e a manutenção desta integração é intermediada por reuniões com os secretários municipais de saúde da região, nas quais se discutem procedimentos adequados e realizam-se avaliações constantes.

Polyana Gonçalves dos Santos Gusmão, Gerente da Unidade da Policlínica de Atenção Básica de São Vicente de Vitória da Conquista, ao comentar a diferença entre o sistema atual municipalizado e o sistema anterior ligado ao SUS, coloca os seguintes pontos:

“Antes da municipalização a gente via que não se conseguia, principalmente consultas especializadas, não se conseguia fazer aqui, não tinha uma organização de

esporte e saúde, não existia o programa de saúde da família, não tinha o programa de agentes comunitários e com a municipalização, quando veio a plena, melhorou mais ainda tanto atendimento hospitalar como da parte toda especializada que é oftalmologista, neurologista, exames transvaginais, mamografia, tomografia, coisa que na época do INPS a gente não via aqui, esses exames de alta complexidade a gente não tinha. Em 97 era quase que praticamente zero a esquerda, não existiam esses procedimentos, a gente não tinha central de ambulância, que a gente tem hoje, a gente tem central de leitos, hoje a gente tem um resgate...”

3.3. Inovações

Descentralização das AIH's

Assumindo a Gestão Plena do Sistema Municipal, o município de Vitória da Conquista delineou as condições necessárias para o processo de descentralização da gestão das Autorizações de Internação Hospitalar -AIHs, fato pioneiro em todo o Estado da Bahia.

O município-pólo, no caso, Vitória da Conquista, só realiza o procedimento de Internação Hospitalar mediante apresentação da AIH. Os municípios pactuados com Vitória da Conquista que não possuem médicos autorizadores de AIH requerem essa autorização à DIRES da qual fazem parte. O grupo de médicos habilitados a emitirem as AIHs é bastante restrito, o que viabiliza maior controle dos gastos com esse procedimento.

Segundo Washington Couto, secretário adjunto de Saúde de Vitória da Conquista, ao comentar a função atual das DIRES, é bem explícito:

“A DIRES é o representante do Estado aqui na região. Regula, fiscaliza, audita. Tudo isso ai cabe a DIRES. Por exemplo, uma outra parceria que nós temos com a

DIRES, vou te dar um exemplo, vamos pegar um município aqui no nosso mapa: Anagé é um município que é pactuado com Vitória da Conquista às AIHs, para uma pessoa de Anagé ser internada em Vitória da Conquista para um procedimento eletivo, que você marca a sua consulta, ela precisa de uma autorização na AIH do procedimento, quem dá é um médico autorizador, aí você vai, Anagé tem médico autorizador? Sim, tem, quem autoriza é o médico autorizador. Anagé não tem médico autorizador, quem autoriza? O médico autorizador da DIRES, porque Anagé está subordinada à DIRES. Foi um acordo que nós fizemos, nos municípios pactuados com Conquista que não tem médico autorizador quem vai autorizar é a DIRES. Então é o médico de lá que checa: porque, porque isso? porque a AIH é um cheque em branco, que você tem que ter uma maneira de fiscalizar, porque o Ministério da Saúde ele não ia simplesmente, como era feito até antes, infelizmente, sem fiscalização nenhuma, autorizar qualquer procedimento. Então a responsabilidade nesse caso dessa autorização cabe a DIRES. São formas de parceria que a gente tem com a DIRES porque a gente sabe que mesmo sendo gestão plena, a gente tem que ter esse contato maior com essas regionais de saúde.”

Licitação na compra de serviços de saúde junto a prestadores privados para a rede SUS

A mudança de estágio na administração acarretou também diversas responsabilidades para o município, dentre elas: a responsabilidade de gestão de todo o sistema municipal, incluindo a gestão sobre os prestadores de serviços de saúde vinculados ao SUS, independente da sua natureza jurídica ou nível de complexidade, exercendo o comando único (BRASIL, 2001, p.55).

Diante tal responsabilidade, na época, realizou-se imediatamente, contratos emergenciais com os prestadores da rede SUS por 6 meses; período necessário para realizar o processo licitatório para a contratação regular dos mesmos. Foi pioneira também, neste processo licitatório para compra de serviços de saúde junto a prestadores privados para a rede SUS.

Hoje, com o processo licitatório finalizado e contratos firmados entre prefeitura e prestadores privados, os profissionais são obrigados a prestarem os serviços contratuais, e caso esse profissional não esteja cumprindo com suas obrigações o Município regula o mercado substituindo-o por outro profissional, da área privada ou filantrópica. Assim, o município tem o poder de regular o mercado, exigindo qualidade e mantendo a tabela SUS para os procedimentos.

Segundo Washington Couto, secretário adjunto de Saúde de Vitória da Conquista,

“Então porque muitas vezes os profissionais não estavam dispostos a trabalhar pelo SUS e hoje, se ele firmou um contrato com a gente aqui da prefeitura, eles são obrigados a prestar o serviço e caso esse profissional não esteja cumprindo suas obrigações, o município regula o mercado colocando outro profissional, fazendo com que o próprio prestador - se for da área privada ou filantrópica - que substitua esse profissional... Então a descentralização trouxe “N” vantagens.”

Ao prosseguir na avaliação do processo de terceirização, Washington Couto diz que:

“Eu acho que o caminho correto é a municipalização pois se você coloca a gestão sob o poder municipal, um hospital é um grande regulador de mercado e se você terceiriza, e a gente entende que terceirizar é passar para o ente privado, você está perdendo a oportunidade de regular o mercado, então é por isso que a gente defende a municipalização dos hospitais.”

“Ao regular o mercado (...) pode-se exigir qualidade, manter a tabela do SUS, se você tem, por exemplo, uma região grande como é Vitória da Conquista, município-pólo, e você não tem nem sequer um hospital municipal, fica muito difícil para você regular o mercado. Você pode ter, por exemplo, como nós tivemos em outubro/99, você teve um *lock out*, os doze prestadores entraram simplesmente em greve e falaram que não iam atender pelo SUS. E aí como é que você faz? A sorte nossa é que tinha o hospital filantrópico e não acatou essa decisão dos hospitais e nós

criamos uma estrutura paralela e investimos nesse hospital filantrópico e foi o que segurou os 12 dias.”

Ao comentar a participação das organizações sociais e sua maior interação no processo, Washington Couto declara que:

“...O próprio SUS coloca lá que em primeiro lugar as escalas de prioridade, primeiro o que é público e depois o que é filantrópico e por último o que é privado. Então obedecendo isso ai a gente sabe que o hospital filantrópico, ele tem sim um papel importante e ele sabe da importância do SUS. Por não ter a questão do lucro é bem mais fácil você colocar a tabela do SUS, que em muitos setores, em muitas áreas é totalmente defasada. Por exemplo, consulta, não existe pagar consulta de 2, 5 reais. A gente sabe que o valor de consulta é bem maior, mas isso é bem mais fácil de você negociar (...) no hospital filantrópico (...) do que no hospital privado. Então é por isso que eu acho que a terceirização não é o caminho, o caminho é municipalizar.”

Central de Marcação de Consulta

Vitória da Conquista é o primeiro município da Bahia a contar com uma Central Informatizada de Marcação de Consulta e Procedimentos Especializados. São 12 terminais funcionando em rede, empregando um software desenvolvido pelo próprio Centro de Processamento de Dados da Prefeitura Municipal. O atendimento se dá através de videofonistas, atendendo a municípios pactuados e unidades básicas de saúde, por recepcionistas atendendo aqueles que se dirigem diretamente à Central e por mala direta atendendo a demanda das Equipes de Saúde da Família da zona rural.

A Central de Marcação de Consulta regula a demanda de todos os serviços de saúde de média complexidade, já que faz uma marcação mais criteriosa dos procedimentos requeridos. Após a solicitação do procedimento, um profissional capacitado pela

Secretaria Municipal de Saúde aprova ou não a marcação do procedimento solicitado. Esta triagem previne a marcação de inúmeros procedimentos desnecessários que acabariam encarecendo as contas da saúde pública.

Segundo Washington Couto, secretário adjunto de Saúde de Vitória da Conquista,

“A Central de Regulação Municipal tem o papel bem redundante de regular todas as demandas que tem das cidades que são pactuadas e também das demandas daqui do município. Vou te dar um exemplo para ficar mais prático: a nossa central de regulação controla todas as demandas, então exemplo: uma pessoa que está num bairro distante aqui na nossa cidade, ela vai ter atendimento básico. Do atendimento básico, o médico do PSE indica que ela tenha que ter também um tratamento com o otorrino, por exemplo, o que acontece? Qual é o fluxo? Então cada central regula a quantidade de procedimento (...) a central fala: você tem quantidade, você tem X consultas com otorrino, X raio X, X isso, X aquilo de procedimento e ela manda para a central e a central faz a marcação e devolve. A central também ela vai regular a marcação dos outros municípios. Com os outros municípios nós trabalhamos através de vídeofone. Isso tudo nós vamos ter uma regulação de toda oferta interna nossa, do nosso município e a oferta de outros municípios, feitas todas pela central de marcação. Essa Central além de marcar, ela regula também porque a partir do momento que você faz a marcação de forma criteriosa, você está regulando o sistema (...) Por exemplo, um procedimento que muitas vezes precise que você passe para um médico para avaliar: mamografia. Um médico tal solicita mamografia, essa mamografia antes de cair no sistema e encarecer o sistema, ela passa por uma avaliação, pelo médico nosso especializado nessa questão de mamografia o médico faz uma pré-avaliação e fala: paciente tal não precisa de mamografia, foi um pedido que o médico fez mas não tem necessidade, pode ser detectado,”

Washington Couto completa descrevendo o restante do processo,

“...Através de uma triagem, o paciente tal precisa de mamografia mais a caráter de urgência, esse aqui é emergência, então essa regulação é feita através da nossa central, que além de ter esse contato via telefone, via malote, ele também faz essa regulação utilizando profissionais capacitados para mamografias, para algum tipo de raio X (...) capacitado pela Secretaria Municipal (...) porque no caso do município que não é pólo e que não é pactuado com a gente ele tem outros mecanismos para regular, mas o nosso mecanismo é através da central, é informatizado, é bem mais ágil, e a central de regulação ela sai uma agenda duas vezes por semana, então ela agenda 10 dias à frente e você tem o que o profissional produz. Então você está sempre sabendo o que você tem a oferecer, isso é uma vantagem, e você é criterioso nas pessoas que estão demandando pelo serviço, então o mais importante é isso, você tem esse controle realmente (...) e você diminui o custo do SUS, o que não tinha antes.”

Serviço de Controle, Avaliação e Auditoria

Ao assumir a gestão plena, logo se identificou a necessidade de reestruturar o Serviço de Controle, Avaliação e Auditoria, existente desde 1998, até então com o objetivo de acompanhar e avaliar os serviços públicos prestados, ainda no âmbito da atenção básica à saúde.

Com a mudança, reestruturou-se a formação da Comissão de Acompanhamento e Avaliação, que passou a contar com: médico auditor/coordenador, 2 médicos autorizadores de AIHs e uma enfermeira auditora, além do pessoal administrativo para dar conta das novas responsabilidades. O reestruturado Serviço de Controle, Avaliação e Auditoria do SUS no município foi implantado com intuito de coibir fraudes e cobranças indevidas dos usuários. Este serviço é utilizado para acompanhar as ações oferecidas pelos serviços da rede SUS (avalia oferta e serviço

e autoriza internações), realizar ações de regulação através da Central de Marcação e Consulta, desenvolver auditorias e investigar denúncias da população.

O Serviço de Controle, Avaliação e Auditoria vem ampliando e intensificando suas atividades. Atualmente já conta com 1 médico supervisor auditor que atua nos hospitais conveniados verificando exclusivamente internações em pediatria, 5 médicos supervisores que atuam diariamente em todos os hospitais conveniados e/ou contratados na verificação de laudos, AIH's e prontuários de pacientes internados com o objetivo de orientar e coibir ainda mais a ocorrência de distorções ou fraudes.

Segundo Polyana Gonçalves dos Santos Gusmão, Gerente da Unidade da Policlínica de Atenção Básica de São Vicente de Vitória da Conquista,

“Nós temos um disque denúncia que é o 425-9528, a pessoa liga para falar se ele foi prejudicado, se alguém cobrou algo a mais pelo SUS, nós temos médicos e supervisores em todos os hospitais, o médico vai, checa prontuário por prontuário, vê se a medicação que foi administrada é a correta, vê se o procedimento foi executado, se a pessoa está esperando por uma cirurgia e porque está esperando. Então nós temos um sistema de supervisão hospitalar muito bom. Nós temos um sistema de fiscalização, principalmente das cirurgias eletivas. Antes de fazer uma cirurgia eletiva a gente vai na casa da pessoa, procura saber se ela é do município, procura saber qual é o tipo de cirurgia que ela vai fazer e depois a gente checa com aquilo que foi feito realmente. A gente tem também um programa do Ministério da Saúde que manda umas cartas para uma amostragem de pessoas que foram atendidas dentro dos hospitais e a gente recebe o retorno dessas cartas, então eu acho que o que mais contribuiu para o bom andamento do SUS hoje em todo o país é o sistema de auditoria que tem que ser bem feito, com critério e com pessoas competentes (...) Além do mais nós temos hoje um setor de controle, avaliação e auditoria que audita todos os recursos que saem hoje do Fundo Municipal de Saúde, então nós vamos lá, checamos, no caso de internação, nós checamos o prontuário, verificamos se o

procedimento que foi feito é o que condiz realmente com a patologia do paciente, nós checamos qual é o tipo de medicamento que foi utilizado, por exemplo, se o que se fez foi realmente feito, então a gente faz uma visita ao paciente depois que ele sai do processo de internação com um questionário perguntando aquilo que foi feito realmente. Então a descentralização, ela deu ao SUS essa, vamos dizer assim, esse investimento, eu diria assim, mais racional, porque o que existia antes, vocês tinham dupla cobrança, cobrava da pessoa e cobrava do SUS, e tanto que um hospital daqui de Vitória da Conquista ele foi considerado o segundo em fraude em todo o país, hoje esse hospital praticamente, eu posso dizer, pelo menos não tem nada que confirme ao contrário, mas não existe mais fraude.”

3.4. Relação das esferas estadual e municipal

Parece muito clara a definição dos papéis do Estado e do município neste caso. Ambos estão cientes de seus papéis. O Estado, como um coordenador e articulador das ações intermunicipais e regionais e fiscalizador do cumprimento das metas estabelecidas junto ao município.

O município, por sua vez, responde por sua responsabilidade dos serviços de saúde atribuídos a ele, através da prestação direta dos serviços de saúde ou da contratação de órgãos capacitados para fornecê-lo. Tornando-se responsável pelos assuntos de saúde em seu território.

Segundo Washington Couto, secretário adjunto de Saúde de Vitória da Conquista,

“...A vigilância sanitária daquilo que a gente ainda não está habilitado para fiscalizar, as campanhas, as DIRES aqui tem esse papel de fiscalizar, ser parceiro também das campanhas. Então as ações, que são regionais, cabem à DIRES. A DIRES não tem mais o papel da saúde em alguns setores, não são em todos, daqui do município, mas a função da DIRES é bem maior do que a função regional, ela

coordena toda uma região de saúde e ela é fundamental tanto como parceira como também nas ações que cabem ao Estado e que não cabem ao município, por exemplo, serviço de alta complexidade ainda não foram descentralizados, estão na mão do Estado (...) Por exemplo, você tem aqui dois hospitais estaduais, um psiquiátrico que é o Afrânio Peixoto e você tem o Hospital de Base, então a DIRES também entra aí na gerência dessas unidades do Estado que não está sobre a nossa responsabilidade porque ela está na gestão municipal mas não está sobre gerência do municipal, é diferente (...) Em tudo que a gente faz em parceria com a DIRES, não tem problema nenhum. Por exemplo, as campanhas de vacinação, isso aí a gente faz com a DIRES com um bom relacionamento dentro daquilo que cabe a cada setor, a gente não tem problema com a DIRES.“

Washington Couto, ao comentar a administração dos hospitais regionais, explica a importância das DIRES e o instrumento proporcionado pela pactuação entre os municípios:

“Tem município aqui da região que não tem hospital, então quando precisa de um internamento vai para onde? Vai para um hospital de base ou vem para Vitória da Conquista para cair na rede SUS, então cabe ao governo do estado, no caso, capacitar pessoal, equipar esse hospital para que ele dê realmente esse suporte a toda região e muitas vezes a gente não tem essa resposta do estado na região (...) A pactuação ela funciona mas ela não vai suprir 100%. A gente não vai ter condição, por exemplo, de suprir 100% dos municípios que referenciam para Vitória da Conquista, não tem condição. Primeiro porque o número de vagas quando você coloca, por exemplo, vagas para internamento são poucas, você não consegue, então caberia ao Estado entrar aí, interferir aí para ampliar as áreas já que ele tem esses dois hospitais sob a gerência dele (...) a pactuação é também supervisionada pela DIRES, só que a DIRES não é o órgão que vai, por exemplo, nos cobrar diretamente isso aí, nós temos dentro do Estado, dentro da própria Secretaria de Saúde do Estado os órgãos competentes, as superintendências, então eles cobram todo esse processo de pactuação que pode ser pela DIRES ou não, pode ser diretamente ou não, porque

a DIRES é um órgão local, como eu te falei, ela gerencia “N” municípios que fazem parte dessa divisão de saúde que o Estado tem. Agora, nós podemos ser cobrados ou pela DIRES, ou não, ou ser cobrado por outro órgão da própria Secretaria, mas nós somos cobrados pelo Estado pelo cumprimento de metas.

Washington Couto, ao comentar as funções da DIRES, acrescenta que:

“Com relação ao município é a DIRES que libera, que autoriza procedimentos dos municípios que não tem médico autorizador, é a DIRES que faz isso. É a DIRES que, juntamente conosco, que gera em si as campanhas. Campanha de vacinação do idoso, campanha de vacinação canina ou anti-polio, a gente faz em parceria com a DIRES. É a DIRES que tem essa preocupação também de algumas ações de vigilância sanitária, então tudo que diz respeito a saúde dentro da região da DIRES também cabe a ela (...) A DIRES é responsável por todos os funcionários do Estado que vão entrar com um pedido de licença, que necessitam de avaliação médica, que precisam de laudo de perito no que diz respeito a saúde, cabe a DIRES.”

Washington Couto, ao analisar o processo de terceirização, do Estado passar a administração para um gestor privado, afirma que:

“A gente defende que nos hospitais que já são do Estado e que o Estado tem que passar para o município, a gente defende a municipalização. A gente defende que o município deveria ficar com esses hospitais como uma forma também de regular o mercado (...) (Nos hospitais regionais o município) pode fazer uma co-gestão entre vários municípios, fazer um acordo. Por exemplo, esses municípios, eles poderiam fazer um consórcio e esse consórcio, essa associação dos municípios determinar, fariam um estatuto determinando como seria, de quem seria a administração, enfim, tentar gerenciar o hospital conjuntamente entre os vários municípios, isso pode ser feito, tem formas jurídicas, se você coloca isso na mão da administração privada, a administração privada vai fazer aquilo que ele acha que é conveniente e o que é rentável para o hospital e esse hospital foi construído com recursos públicos, esse

hospital foi construído com uma promessa de atender a toda região e muitas vezes se você for passar para um ente privado ele vai querer primeiro fazer um plano de acordo com aquilo que é rentável e o objetivo deste hospital vai ser rentável. O objetivo desse hospital é atender a população de toda uma região.”

3.5. Controle social

Os gestores da saúde no município procuram incentivar a participação popular. A reativação e fortalecimento do Conselho Municipal são exemplos claros da importância dedicada a participação da sociedade. Cabe ainda citar a criação de Conselhos Locais incentivados por eventos promovidos pelo poder público municipal. Os conselheiros têm ainda a chance de participar de atividades de capacitação, onde são discutidas as principais diretrizes de construção do SUS.

Ao assumir a gestão plena do Sistema Municipal de Saúde, todas as diretrizes para a Política Municipal de Saúde foram definidas conjuntamente com a população com o intuito de respaldar o apoio da população e vencer resistências ao processo de municipalização da saúde. A população passou a conhecer seus direitos na área da saúde e a partir daí usufruí-los. A partir deste momento, em que a população conhece os seus direitos, passa a reivindicá-los às autoridades responsáveis. Utilizando os serviços, passa a detectar suas falhas e conseqüentemente, pode auxiliar seus gestores públicos na indicação de possíveis melhorias.

Segundo Washington Couto, secretário adjunto de Saúde de Vitória da Conquista, ao comentar sobre as vantagens da descentralização para o município,

“As vantagens são muitas porque antes você tinha um recurso do SUS que chegava no município, primeiro o munícipe não sabia dos recursos (...) Os munícipes, muitas vezes não sabiam quando chegavam. Hoje, por exemplo, nós temos o controle social muito grande, nós temos o Conselho Municipal de Saúde, nós temos os Conselhos

Locais de Saúde, nós divulgamos tudo o que o município recebe, nós prestamos contas desses valores ao Conselho. Então a descentralização propiciou isso, não existe mais a questão da cobrança dupla, não existe mais aquela questão da pessoa não saber quais são os direitos, hoje quem mora em Vitória da Conquista sabe que a atenção básica, que tem lá no bairro dele através das unidades básicas de saúde, que ele pode ter atendimento no SUS em tais hospitais, se ele for para o Pronto Socorro ele vai ser atendido e antes você não tinha essa garantia (...) As contribuições da sociedade são contribuições que vem dos dois lados: tanto da crítica que é feita, como também da parte de mostrar o que ela está precisando. Então a gente tem a contribuição do controle social, por exemplo, e a parte dos serviços que já foram implantados com a fiscalização do próprio conselho local e municipal, e nós temos aqui em Conquista uma coisa que é bastante interessante que já tem em outros municípios que é o orçamento participativo (...) O Hospital Municipal foi uma solicitação da comunidade ter o hospital de volta e implantar, então tudo isso é um retorno que a comunidade nos dá e a gente tem essa visão de estar planejando sempre aquilo das necessidades maiores do município, e quem sabe das maiores necessidades é quem utiliza o sistema”

Segundo Washington Couto, comentando a importância dos Conselhos Locais neste processo, revela a transmissão de informações para a comunidade, representada pelo treinamento dos conselheiros:

“Dos Conselhos Locais, do treinamento dos conselheiros, eu mesmo tenho uma matéria: o financiamento no SUS. Eu vou lá falar como é feito o financiamento, como é o caminho de ir, o que é o fundo municipal, quais são as contas, a gente mostra todas as contas, o que tem de dinheiro, o quanto foi investido, a gente presta conta de tudo o que a gente investe ao conselho, o conselho tem que aprovar as contas e tudo é feito através do conselho municipal e a gente encaminha representantes dos conselhos para as conferências nacionais, conferência estadual, nós realizamos aqui também as conferências de saúde que é bastante importante, então tudo isso aí é feito.”

Quanto ao plano de metas e a participação na elaboração de diretrizes, Washington Couto declara que:

“Tudo tem que ser aprovado pelo conselho, o quadro de metas tem que ser aprovado pelo conselho, a agenda do ano tem que ser aprovada pelo conselho, as contas tem que ser aprovadas pelo conselho, a gente passa tudo para o conselho, o relatório de gestão, é um por ano, tem que ser aprovado pelo conselho, tudo aqui o conselho fica ciente, tudo que cabe ao conselho deliberar, aprovar, fiscalizar (...) (a criação de conselhos locais partiu) da gente, da Secretaria de Saúde, a gente está implantando, se eu não me engano nós já estamos em 14 e tem mais 2 para a gente implantar, vão para 16. Até o final do ano a gente deve estar chegando próximo a 20 mais ou menos (...)

Segundo Polyana Gonçalves dos Santos Gusmão, Gerente da Unidade da Policlínica de Atenção Básica de São Vicente de Vitória da Conquista,

“Aqui se busca muito o controle social, a gente busca muito o apoio da comunidade tanto que existe aqui, tudo que é construído pela prefeitura daqui sempre tem a participação popular. São eles que escolhem, quando tem reunião de bairros, eles participam, eles que escolhem o que quer, a prefeitura coloca a pauta e eles vão escolher o que eles querem que construa ali naquela localidade, trabalhando junto com a comunidade, a liderança da comunidade trabalha junto com o prefeito, trabalhando em união em conjunto.”

3.6. Conclusões

Todos os procedimentos criados e/ou desenvolvidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista, para cumprir às exigências da gestão plena do sistema municipal resultam positivamente tanto para a sociedade como para a administração pública.

Os contratos emergenciais e os novos, realizados após a licitação, permitiram a correção das principais distorções evidenciadas na distribuição dos recursos e da oferta dos serviços pelo SUS.

A Central de Marcação de Consulta é um ótimo instrumento de regulação na medida em que permite o controle dos procedimentos, evitando distorções como a cobrança de taxas aos pacientes pelos prestadores de serviços e a cobrança ao SUS por procedimentos não realizados. Serve ainda para diagnosticar os serviços demandados pela população e talvez a sua mais importante função: o controle amplia o acesso dos pacientes a consultas e procedimentos especializados da rede SUS, tornando o sistema eficaz e eficiente.

O trabalho desenvolvido pelo Serviço de Controle, Avaliação e Auditoria determinou uma redução no número de internações hospitalares realizadas na rede SUS em Vitória da Conquista. Inibe a tentativa de ocorrência de distorções na oferta de serviços de saúde e na correspondente cobrança dos procedimentos realizados.

Todas essas ações contribuíram para a melhora significativa dos serviços de saúde do município. No entanto, temos que lembrar que essas ações não foram realizadas isoladamente. Concomitantemente, os gestores da saúde pública procuravam fomentar a participação da sociedade em todo esse processo de mudança. Além de levarem o serviço até a população, eles buscaram a participação social através dos Conselhos Municipais e Locais.

Segundo Polyana Gonçalves dos Santos Gusmão, Gerente da Unidade da Policlínica de Atenção Básica de São Vicente de Vitória da Conquista, ao comentar o fator chave para esse sucesso, para estar dando tão certo a gestão, conclui que:

“Eu acho que é trabalhar em conjunto. Para mim eu acho que é a participação popular e você trabalhar em conjunto, só dá certo se você trabalhar com integralidade, em todos em tese é a integralidade, em todos os setores, porque a

saúde não vai fazer sozinha, a educação não vai fazer sozinha, a parte social não vai fazer sozinha mas se eu estiver em conjunto com eles todos aí eu posso resolver.”

Segundo Paulo de Tarso, integrante do Conselho Municipal de Saúde de Vitória da Conquista, o fator chave para a população estar participando mais é porque o serviço está chegando a eles agora, agora eles estão usufruindo o serviço, agora eles estão cobrando mais. Em suas palavras:

“Antigamente, a pessoa para fazer um diagnóstico de câncer ou qualquer coisa, ela tinha que se deslocar para a capital do Estado ou um centro maior como São Paulo. Hoje não, hoje já tem clínica de oncologia aqui em Vitória da Conquista. Com isso, se essa clínica veio aqui é porque sentiu a participação popular, tanto é que politicamente o prefeito foi reeleito em razão disso, a seriedade como ele administrou, como ele implantou a saúde aqui no município com a municipalização, e em troca disso o povo fez com que ele permanecesse mais um mandato a frente do governo do município, isso já é um exemplo que a gente não pode negar também né, e eu vejo assim o pessoal mesmo que eu represento, eu sinto que eles estão mais organizados, estão mais interessados, já não ficam procurando e não se queixam mais desse negócio porque sabe que tem, agora a demanda, cada vez mais que vai oferecendo o serviço a demanda vai aumentando, a necessidade vai aumentando.”

Parece que confirmamos as afirmações de que:

“...as inovações dependem dos mecanismos de interação existentes entre Estado e Sociedade Civil. Deste modo, o sucesso de uma inovação, neste setor dependeria da capacidade gerencial para adotá-las e implementá-las” (MENDES, 2001, p. 120).

Segundo o Prefeito de Vitória da Conquista, conforme citação constante no Relatório das Atividades da Área da Saúde - 2000, esse processo,

“É o resultado de uma decisão política implantada no município desde o primeiro dia de nossa administração. Mas também de um esforço coletivo que se traduz em parceria, conquistada junto à comunidade que apoiou, sugeriu, criticou ou elogiou os rumos tomados. O município, juntamente com o apoio da população mostrou-se capaz de gerir eficientemente os recursos da saúde.”

VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este projeto procurou registrar que no Estado da Bahia acontece uma importante inovação, relacionada à implantação da regionalização, terceirização dos serviços hospitalares e criação de um sistema de regulação.

Este processo não acontece de forma isolada, mas em meio a uma reestruturação mais ampla do serviço público que envolve a própria estrutura da administração estadual seguida pela reorganização da SESAB. Também acontece dentro de um processo mais amplo de implantação das normas do SUS, que ocorre deste 1993 - agora tornando-se mais relevante para o nível estadual dado que a NOAS 2001 exige esforços no sentido da regionalização e redefinição da relação estado-município no contexto de descentralização e municipalização.

Através da metodologia de pesquisa utilizada procurou-se captar, além da visão do nível estadual, a de outros atores envolvidos na reestruturação do sistema de saúde no Estado da Bahia.

O que em primeiro lugar se destaca é a retomada do poder do nível estadual frente ao processo de descentralização do sistema de saúde. Se o Estado não se coloca mais como o provedor direto dos serviços, se afirma cada vez mais como gestor do sistema, como controlador e avaliador, como idealizador de diretrizes e políticas de saúde de alcance mais amplo. Em nenhum momento transpareceu qualquer conflito entre esta retomada de poder do Estado e as novas atribuições garantidas aos

governos locais após a constituição de 1988, demonstrando que cada esfera de poder tem conseguido delimitar seu espaço de atuação, cooperando naquilo que deve ser feito conjuntamente.

A visão dos atores municipais parece ser a de aceitar esse papel coordenador do Estado, ao mesmo tempo em que buscam atingir suficiência no que diz respeito às políticas de saúde em seus territórios - quer sozinhos, através da gestão plena, ou através de pactuações ou, ainda, formação de consórcios. Ao Estado cabe estabelecer as grandes diretrizes e a mediação de todo o sistema, e aos municípios a autonomia do gerenciamento das questões locais.

A participação social ainda não parece muito efetiva, mas o espaço para isso existe e está sendo conquistado a partir do nível local de governo. Os conselhos locais de saúde são espaços privilegiados para uma efetiva participação social, como se observa na experiência de Vitória da Conquista. Após a reorganização dos municípios no sistema microrregional, esta participação deve crescer e se consolidar nos Conselhos Municipais e Estadual, bem como revitalizar as Comissões Intergestores.

Outro ponto importante a ser destacado é a clara opção do Estado da Bahia por uma política de terceirização de unidades hospitalares à iniciativa privada, que foi avaliada no estudo de caso deste relatório. Esta iniciativa do Estado tem menos unanimidade que o estabelecimento da nova regionalização e da implantação do sistema de regulação, permitindo que se perceba uma certa tensão entre a adoção desta alternativa e a municipalização dos serviços, ou, ainda, a delegação à organizações sociais.

Uma avaliação mais efetiva daquela modalidade de gestão só poderá ser conseguida através de um estudo específico, principalmente porque será necessária uma análise mais profunda do desempenho das unidades terceirizadas. Pelo que se pôde perceber na pesquisa, os relatórios de gestão só permitem inferências com base nos

indicadores de resultado relativos aos índices constantes dos contratos de gestão e estes podem dar apenas uma visão parcial do desempenho da gestão de uma unidade hospitalar.

Quanto ao processo de descentralização e regionalização do sistema de saúde na Bahia este encontra-se, como se pôde perceber, em implementação, ainda que esteja bastante avançado em relação à outros Estados da federação. O modelo mais geral que está sendo seguido é o da NOAS, o que coloca a experiência baiana bastante próxima das diretrizes e objetivos do SUS.

No caso da Bahia certas particularidades podem ser notadas. Existe claramente uma tendência em manter o papel do Estado como o gestor e regulador do sistema, atuando na definição das políticas de saúde. Ainda, uma tendência a fortalecer seu papel de consultor, além de continuar com a gestão das unidades de referência. Na área de controle e avaliação, destaca-se a implantação das Centrais de Regulação, sendo que uma das próximas etapas do processo de descentralização e regionalização da saúde na Bahia, irá permitir que a vigilância do sistema de saúde como um todo possa ser feita pelo Estado.

Uma melhor avaliação de todo este processo de mudanças pelo qual passa o sistema de saúde da Bahia só deve ser obtida após a implantação definitiva da regionalização e do sistema de regulação, que não deve acontecer em um curto espaço de tempo. Todas estas modificações vão modificar profundamente o sistema e seus reflexos podem demorar a aparecer. A influência do controle social é um destes pontos que poderão não trazer resultados em curto prazo, embora os avanços já sejam significativos.

Um aspecto importante constatado nesta pesquisa é que o processo em curso na Bahia apresenta pioneirismo em várias frentes. Mesmo que não haja consenso sobre todas as medidas implementadas, há unanimidade em se afirmar que existe um

caminho a ser seguido, e esse caminho tem muito mais a ver com a nova estrutura da saúde do que com a perpetuação de velhos modelos.

Além disto existe uma disponibilidade para a experimentação, o ajuste, a flexibilidade - o que é essencial para que qualquer processo inovador sobreviva. Ao ser perguntada sobre quais são as perspectivas para o futuro da gestão da saúde dentro do Estado da Bahia, Sônia Regina Aziz de Moura declarou:

“Essas coisas todas têm dado certo aqui com excelentes resultados. A Bahia hoje não só administrativamente, de um modo geral na área da saúde está bem, não é que nós queremos que isso fique conquistado não, a tendência é sempre melhorar, mesmo porque nós estamos na luta a cada dia que passa, toda hora está surgindo um desafio novo, que evidentemente a secretaria está de braços abertos para receber. A avaliação deste resultado deverá ser tirada da experiência que determinará algumas correções de rumo e nós somos sensíveis a isso. Não é possível absolutamente ter a cabeça dura e dizer que tem que ser feito assim, não! A depender da circunstância, isso deverá ser ajustado às necessidades e toda vez que elas se apresentarem a gente deverá ter o bom senso de aceitar e reformar.”

Como síntese deste processo, ao ser perguntado se o Estado na Bahia havia retomado a função de coordenador do sistema de saúde, que teria perdido com a implantação do SUS e com a municipalização, Raimundo Perazzo Ferreira, secretário da SESAB, respondeu que:

“...O secretário perdeu poder, mas transferiu responsabilidades e o que ele está fazendo é exatamente em função da perda do poder, está exercendo o direito de fiscalizar, de acompanhar.”

VII. BIBLIOGRAFIA

- AFFONSO, R. B. A & Silva, P. L. B. *A Federação em Perspectiva*, São Paulo, Fundap, 1995.
- BAHIA (Estado). Secretaria Estadual de Saúde. *Plano Estadual de Saúde*. Salvador, 2000, 56 p.
- 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.
- CASTRO, C. M. *O Ano da Saúde e os Desmancha-Prazeres*, São Paulo, VEJA 09/04/97, São Paulo, 1997.
- CEPAL. *Salud, equidad y transformación productiva en America Latina*, Washington, CEPAL, 1994.
- FOLHA DE SÃO PAULO, *Ministro diz Projeto*, São Paulo, 21/04/97.
- 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.

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 Pulo, FAPESP / Annablume Editora, 2000.

MALHOTRA, N. K. *Pesquisa de Marketing: Uma orientação aplicada*. Porto Alegre, Bookman, 2001.

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.
- MENDES, V. L. P. *Inovação gerencial na administração pública, cidadania e direitos dos brasileiros*. Salvador, EAUFBA, Revista O&S, vol 8, n. 22, 2001.
- 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.
- VITORIA DA CONQUISTA (Município). *Relatório das Atividades da Área da Saúde - 2000*, Vitória da Conquista, 2001, 43 p.
- 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.

SITES CONSULTADOS:

Site do Ministério da Saúde

<www.saude.gov.br>

Site do Datasus

<<http://www.datasus.gov.br/>>

Site da Secretaria de Saúde da Bahia - SESAB:

<<http://www.saude.ba.gov.br>>

Site do município de Vitória da Conquista

<http://www.pmvc.com.br>

VIII. ANEXOS

ANEXO 1

ROTEIRO DAS ENTREVISTAS EM NÍVEL ESTADUAL

Este roteiro serviu para condução das entrevistas realizadas em SESAB e com atores do nível estadual. Foram selecionadas do roteiro básico as questões pertinentes a cada entrevistado em particular, segundo sua área de atuação ou competência dentro do processo estudado.

Modelo de gestão (política de saúde)

1. Que pontos você destacaria na proposta de Modelo de gestão da SESAB que caracterizem a descentralização com a participação ativa do nível estadual no papel de coordenação, dentro da visão de que descentralização não é sinônimo de municipalização e de que é papel fundamental da SESAB fazer a coordenação intermunicipal – intra-estadual?
2. Qual o papel da regulação e coordenação da SESAB no processo de descentralização? Quais os mecanismos antes e depois da implantação do SUS?
3. Em que medida a nova estrutura de regionalização adotada na Bahia se constitui em um instrumento estratégico para conseguir estes objetivos? É um instrumento de gestão estadual?
4. Qual a importância do processo de delegação dos serviços de saúde dentro dos objetivos da SESAB? Como os municípios têm reagido a este processo?
5. Como este processo fortalece a noção de parceria com os municípios e contribui para a implantação do SUS?

6. Existe controle social em todo o processo e também na definição de políticas públicas em saúde no Estado da Bahia? De que forma a sociedade participa do processo?

Intersetorialidade / microregionalização

7. Em que medida questão de saúde é abordada de uma perspectiva intersetorial?

8. De que forma a saúde se organiza no território de abrangência do nível estadual e internamente nas microrregiões? Quais foram os critérios de definição da regionalização? Características demográficas, epidemiológicas e socioeconômicas fizeram parte dos critérios? Como se organiza o atendimento dos níveis primário, secundário e terciário?

9. Dentro da experiência recente, qual a avaliação você faria (principais avanços ou conquistas) e quais serão os desafios para os próximos anos, a partir da implantação das macrorregiões, microrregiões e unidades assistenciais no Estado da Bahia?

Terceirização dos serviços de Saúde

10. Como tem se dado o processo de terceirização de serviços de saúde na Bahia? Qual o modelo de gestão adotado para as unidades terceirizadas?

11. Qual a relação entre este processo e a delegação de serviços de saúde através da municipalização?

12. Como os profissionais de saúde e os usuários vêm encarando este processo? Quais têm sido os resultados obtidos pela gestão privada?

ANEXO 2

ROTEIRO DAS ENTREVISTAS EM NÍVEL LOCAL

Este roteiro serviu para condução das entrevistas realizadas em Vitória da Conquista. Foram selecionadas do roteiro básico as questões pertinentes a cada entrevistado em particular, segundo sua área de atuação ou competência dentro da experiência.

1- Dentro do contexto do SUS, quais as vantagens que o município vê em participar do Sistema Microrregional de Serviços de Saúde, proposto por SESAB (num 1º momento e atualmente)? Do ponto de vista do município, como está sendo vista a distinção entre município e as unidades da regionalização? Como se dá a relação entre os dois?

2- De que forma a saúde se organiza no território de abrangência Microrregional e internamente no município (nível de complexidade)? O município participou dos critérios de definição das Microrregiões? Como se entende a transição para este sistema a partir do gerenciamento pelas DIRES?

3- Como é negociada, ou como é realizado o acordo entre os gestores municipais, regionais, estadual e federal, através do sistema de regulação da SESAB? Existe sintonia entre a política estadual de saúde e o plano de saúde local? Como vem sendo encarado o papel de coordenação da SESAB em relação ao Sistema Estadual de Saúde e ao Sistema Municipal de Saúde?

4- Existe controle social no processo? Como se dá a articulação do Conselho Municipal de Saúde com a estrutura regional? O Conselho Municipal de Saúde atua

na definição de políticas, estratégias e de prioridades para a região em que se insere?

5- Quanto a experiência da regionalização, qual a sua avaliação quanto aos principais avanços e conquistas e quais seriam os desafios para os próximos anos?

ANEXO 3

TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS

As transcrições das entrevistas realizadas pelo projeto estão organizadas segundo a ordem cronológica em que foram concedidas. Todas as entrevistas foram realizadas “in loco” e as transcrições procuraram ser as mais fieis possíveis ao conteúdo gravado, evitando edição do material e mantendo as características de linguagem oral.

Entrevistados:

1 - Raimundo Perazzo Ferreira - Secretário da SESAB

Sônia Regina Aziz de Moura - Superintendente da Superintendência de Regulação, Atenção e Promoção da Saúde - SURAPS.

2 - João Falcão Fontes Torre - Assistente do Conselho Estadual de Saúde da Bahia.

3 - Eliana Machado Araújo Cardoso - Coordenadora da Coordenação de Regulação da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.

Paulo de Tarso Monteiro Abrão – Coordenação de Regulação da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.

4 - Edinice Gonçalves de Souza - Diretora da Diretoria de Regulação do Sistema de Saúde da SESAB.

5 - Miriam Cortes Bittencourt - Coordenadora de Controle e Avaliação, da Diretoria de Regulação do Sistema de Saúde da SESAB.

6 - Públio Ezequiel Cardoso - Presidente da Comissão de Fiscalização, Acompanhamento da Gestão dos Hospitais Públicos Terceirizados.

7 - Washington Couto – Secretário Adjunto de Saúde do Município de Vitória da Conquista – BA.

8 - Aluisio Meira de Araújo – Diretor da 20ª DIRE da Bahia.

9 - Polyana Gonçalves dos Santos Gusmão - Gerente da Unidade da Policlínica de Atenção Básica de São Vicente, CE 2, de Vitória da Conquista.

10 - Paulo de Tarso - Integrante do Conselho Municipal de Saúde de Vitória da Conquista.

11 - Joselita Nunes Macêdo - Superintendente da Superintendência de Planejamento e Monitoramento da Gestão Descentralizada de Saúde – SUDESC, da SESAB.

12 - Alfredo Boa Sorte Junior - Presidente do Sindicato dos Médicos do Estado da Bahia.

13 - Paulo Cezar Medauar Reis – Presidente do Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde da Bahia.

14 - Pedro Queiroz – Gestor do Hospital Eládio Lassérre.

15 - Wagner Coelho Porto – Chefe de Gabinete da SESAB e Coordenador da Comissão Intergestores Bipartite da Bahia.

1 - Entrevista com o Secretário da SESAB, Raimundo Perazzo Ferreira e com a Superintendente da Superintendência de Regulação, Atenção e Promoção da Saúde-SURAPS, Sônia Regina Aziz de Moura, concedida em 18/04/2002 em Salvador.

Otávio – Que pontos o Sr. destacaria da proposta do modelo de gestão da SESAB que caracteriza a descentralização com a participação ativa do nível estadual no papel de coordenação, dentro do conceito do SUS que foi implantado. Como funciona esse conceito de coordenação do nível estadual aqui?

Raimundo - Regulação do sistema de saúde.

Sônia - Descentralização da assistência da saúde. Desde 95, com o Dr. José Maria, 415 municípios do Estado, praticamente todos eles já estão na básica de atenção, 19 municípios na plena da assistência transferindo essa responsabilidade para os gestores municipais modelo de gestão é o que está na NOAS. Não são todos os municípios da Bahia que precisam ter todos os serviços, a gente tem a mesma lógica que a NOAS tem, os municípios menores, aqueles que tem menor suporte de tecnologia deve ter sistemas de saúde que dêem conta da atenção básica da sua população, que são aqueles que NOAS preconiza: atenção à saúde da criança, da mulher, do adolescente, combate a hanseníase, a tuberculose, está tudo lá na NOAS especificamente detalhado. Municípios maiores que são chamados de módulos assistenciais que vão estar dando suporte a esses municípios que só tem condição de estar atendendo a sua população na sua necessidade básica. 6 macrorregiões no Estado e 30 diretorias regionais pelo Estado inteiro.

Raimundo - No futuro possivelmente essa divisão geográfica das DARES deverá ser revista para ser adequada a este novo modelo que está sendo implantado.

Raimundo - Esse modelo é o novo porque estas 6 regiões que foram evidentemente caracterizadas através de alguns parâmetros e alguns índices ou indicadores considerando inclusive que já existia nessas regiões como, por exemplo, hospitais de alto e grande porte, hospitais de médio porte, sistema de comunicação e assim por diante, de modo que dessas 30 DIRES que atendiam a uma divisão geográfica administrativa anterior deverão ser revistas em breve para essa adequação a essa nova estrutura.

Sônia - As macrorregiões a gente identificou de acordo com a alta complexidade. Onde no estado que existe alta complexidade? O que eles consideram alta complexidade? Leitos de UTI, algum tipo de procedimento de alta complexidade, a exemplo de oncologia, radioterapia, que tem algum desses indícios e que tenha também um hospital que desse conta, que fosse referência de urgência e emergência, que fosse referência de gestação de risco, então esses foram os critérios e de preferência que fossem também sede de diretorias regionais, era também um dos critérios. Que tivesse acesso diário fácil.

Sônia - Na verdade nós temos 6 macros, 31 microrregiões dentro dessas macros e 128 pólos de módulos assistenciais.

Raimundo – o conceito das DIRES terá que ser revisto exatamente em função dessa nova filosofia.

Raimundo – Com relação a DIRES houve há 3 anos atrás uma reformulação administrativa da estrutura organizacional da Secretaria, quem supervisionou fui eu. As DIRES perderam aquele papel que tinham anteriormente de quando elas foram criadas, de assistencial, de política e assim por diante, passaram a ser organismos hoje que só tem a função de orientar, coordenar, fiscalizar e supervisionar. São essas as funções hoje das DIRES. Acabou aquela política assistencial, aquele negócio de política clientelista, de distribuição de remédios, que era exatamente usada indevidamente e em certas e determinadas circunstâncias. Hoje elas têm uma função

definida pela nova estrutura organizacional da Secretaria nesse sentido. Para atender inclusive na hora que for feita a justaposição, de acordo com a organização administrativa, elas possam estar exatamente integradas ao processo

Otávio – Muito interessante. Isso a gente não sabia. É uma novidade para o projeto. Em outro sentido então como fica o papel da regulação dentro da Secretaria, da SESAB?

Sônia – Eu trouxe até um roteirinho aqui que a gente pode seguir assim: vamos começar desde o início. Eu acho que a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia saiu na vanguarda na questão assim: que a gente pegou a regulação e não simplesmente trabalhou ela de uma maneira até que informal, falando no sentido de regimento, regimentalmente falando não está, a questão da regulação na Secretária da Saúde do Estado ela não está informal. Desde a reforma que o Estado sofreu e não só a Secretaria de Saúde do Estado como todas as outras Secretarias sofreram também esta reforma em 1999, a gente conseguiu já trazer a questão da regulação para o regimento da Secretaria de Saúde, para o organograma da Secretaria de Saúde. Acho que esse foi o primeiro grande passo, primeiro grande avanço que a Secretaria de Saúde teve, então passou a existir no organograma da Secretaria de Saúde uma Superintendência de Regulação Promoção e Atenção a Saúde que é a Superintendência que eu estou hoje assumindo. Essa Superintendência era chamada de Diretoria de Assistência a Saúde, era o DEPAS, que inclusive o Dr. Raimundo já foi diretor antes de ser secretário, então esse é o grande primeiro marco da regulação do Estado da Bahia que a gente conseguiu

Otávio – foi incluir dentro do organograma a questão da regulação.

Sônia – Como a gente consegue trabalhar essa questão da regulação? Apoiando os municípios com a organização da assistência ambulatorial básica, que a gente não entende a regulação só da média e alta complexidade, acho que a regulação tem que começar desde lá, da atenção básica. E de que maneira a gente vai estar regulando

esse sistema? É através do eixo estruturante PSF (programa de saúde à família) e PAC (programa de agentes comunitários) que a gente vai estar regulando? Deveria ser mas a gente entende que isso não é uma realidade do Brasil como um todo e também do estado, aqui da Bahia. Então a gente sabe que junto com ele também tem unidade de saúde básica que precisam estar participando desse processo de regulação, então a gente sabe que em determinados municípios vai ter necessidade de eles estarem fazendo uma regulação, nem que seja através de uma central de marcação de exames e consultas, mas ele tem que ter lá alguma coisa que esteja regulando esta atenção básica.

Raimundo – E este é o primeiro estágio: organizar nos âmbitos regionais tanto micro como macro e estadual a assistência ambulatorial.

Raimundo - Você está partindo da periferia para o centro, então esta estrutura, unidade básica que ela está falando é através do PSF – Programa de Saúde da Família e dos Agentes Comunitários da Saúde, mas a estrutura de saúde que os municípios deverão ter, e no mínimo deverá ter uma central de marcação de consulta e controle de exames dentro de uma área do município, por menor que ele seja.

Sônia – Porque é assim: é a informação que passa a caminhar e não o paciente.

Otávio – É um sistema informatizado?

Raimundo – Tudo, tudo.

Sônia – A gente imagina que vai ter município que não vai ter condição de ter um computador lá. A gente não imagina que todos, infelizmente, vão poder ter, mas pelo menos telefone.

Raimundo – Mas todas as DIRES já tem.

Sônia – Exatamente.

Otávio – Todas as DARES estão integradas nesse sistema?

Sônia – Não é que estejam hoje, estão caminhando para isso. Por exemplo, com uma mesa, uma carteira, um telefone, um fax você consegue fazer uma central de marcação de consulta funcionar, se tiver um computador melhor ainda, mas não é “aquele” sistema. A central de regulação do Estado de São Paulo, a central estadual, não funciona com informática. Funciona com telefone, com fax, e funciona muito bem. Então a gente tem essa idéia. Já em nível de micro e macro regional a gente entende que vai ter que ter umas estruturas mais organizativas, que já passam de ser uma central de marcação de consulta para uma central de regulação realmente, que aí entra o que? A inteligência médica, onde o profissional médico vai estar atuando, e a gente dentro disso vai conformar uma rede regionalizada e integrada de unidades com a descrição da população usuária e dedicação de porta de entrada no sistema SUS. Quais são as parcerias que a gente está tendo para esta proposta de regulação de estado? A gente trabalha internamente com todas as outras superintendências que são: SURAPS, SUVISA, SUPECS e SUDESC, que de alguma maneira também internamente trabalham com esta questão de regulação, por exemplo, a SUVISA.

Sônia - Quando a gente fala de regulação, estou falando da regulação da assistência, mas a gente sabe que o conceito de regulação é um conceito também bem mais amplo, tem aquela regulação do sistema, mas eu estou falando da regulação da assistência, mas no momento que na minha pauta da minha unidade está batendo muitos casos de dengue, como aconteceu no Brasil como um todo, a gente sai da regulação da assistência e vai para a regulação do sistema. O que está ocasionando isto? É o mosquito. De que maneira a gente vai combater isso? Então a SUVISA, que é uma outra superintendência, também entra nessa regulação porque é ela que trata da vigilância e proteção da saúde. Então todas as outras, a de Joselita, que é uma outra superintendente aqui, que é superintendente de planejamento e monitoramento da gestão. Então como é que ela ajuda a gente nesta regulação?

Porque é ela, com a equipe dela que formam as macros e micros regiões, que habilitam os municípios na gestão plena, na gestão básica, então ela junto com a gente é que vai formando as microrregiões e as macrorregiões, então internamente a gente tem uma grande parceria.

Sônia - A gente está trabalhando já com os municípios que já estão em operação plena no sistema e muitos deles já estão com a sua central de regulação começando a funcionar. Estamos fazendo pesquisas para saber qual é o quantitativo de paciente hoje que está nas nossas emergências e que não deveriam estar, esta é uma realidade do Brasil como um todo, então a gente tem essa pesquisa pronta, já

Sônia – Os princípios da regulação, quais são? Qual é a articulação com esse plano diretor de regionalização. PABA, que são aqueles, piso ambulatorial básico ampliado, módulo assistencial, que sempre eles fizeram, município sede, nós vamos ter 128, certo?

Otávio – Que são os pólos?

Sônia – Exatamente. Vamos ter 31 pólos de micro, vamos ter 6 macrorregiões, então em cima disso é que vai ser montado todo o nosso plano de regulação. Então aqui estão as 6 macrorregiões do estado.

Raimundo – Isso é coisa de dois anos para cá.

Sônia – 6 macros com 31 micros e 128 pólos.

Raimundo – Você vai direcionar a migração do doente de acordo com as regras pré-estabelecidas. O doente não vai mais migrar aleatoriamente.

Otávio – Inclusive isso facilita o repasse.

Raimundo – Exatamente.

Otávio – Porque você tem o controle de quem está indo, do público. O que é essa central que vocês disseram?

Sônia – Uma central de marcação, porque aqui na verdade é um fluxo de sistema municipal. Então ele pode ter uma central de marcação, que vai depender do porte do município e ele pode também ter um setor de regulação. Por exemplo, se for o município de Jequié, o município de Itabuna, ele deverá ter uma central de regulação. Então essa demanda entra, procedimento PABA, procedimento de média complexidade, cuja oferta seja igual a necessidade do município, então aí é marcado o procedimento que é necessário aqui nessa central. Quando ela não consegue identificar, aqui ela já parte para uma, disponibiliza para um município agregado ou para uma central de regulação micro regional. Preciso disso aqui e no meu território não estou conseguindo, como é que a gente vai fazer? Essa é municipal. A micro regional por sua vez, a entrada dela sempre será através de uma central de marcação e de regulação do município, então ela vem para a central micro regional, que vai também controlar e regular procedimentos aqui, já não vai mais ser PABA, aqui já vai ser média complexidade, alta complexidade, cuja oferta de serviços e de leitos seja igual a necessidade dessa microrregião, mas pode ser que nessa microrregião ela tenha uma suficiência maior do que a necessidade dessa microrregião, então ela também pode estar disponibilizando para outras microrregiões e até para macrorregião e aí vai se desenhando o fluxo, do mesmo jeito a macrorregião. Sempre ela vai ser contatada com as centrais micro-regionais, já que na macrorregião ela vai estar regulando e controlando procedimentos de média e alta complexidade, mas muito mais de alta complexidade. A gente está tentando amarrar o máximo possível que na macro fique só aqueles procedimentos de alta complexidade. Serviços de internações e urgências e também do mesmo jeito. Quando essa macrorregião, que pode ser aquela rosinha ali (mostra um mapa do Estado da Bahia) tiver suficiência maior do que a população dela, ela vai estar oferecendo para as outras. Por exemplo, se um municípiozinho daquele amarelo ali

precisar de um procedimento que não existe naquele território mas que existe no território do rosinha, a gente já sabe que determinado percentual daquele procedimento, cuja suficiência está maior naquela população, vai estar disponibilizado para aquele município X, aquela pessoa daquele município X não vai precisar vir para Salvador para fazer o procedimento dele, vai para lá que é mais perto.

Raimundo – Sistemas de vasos comunicantes, só isso.

Otávio – No macro regional, o nível de regulação já é do Estado?

Sônia – Já é do estado.

Otávio – Já chega no Estado.

Raimundo – Cujá central o secretário anterior decidiu que, ao invés de fazer sistemas nas microrregiões, ele decidiu por tudo no controle central aqui, que está sendo estabelecido aqui numa unidade que a gente está inaugurando no próximo mês.

Otávio – Vai ter inauguração?

Sônia – Vai ter inauguração no próximo mês da nossa central.

Raimundo – Central de regulação do Estado, aonde estão agregadas todas essas macrorregiões.

Sônia – A gente imaginou assim, pelo menos a gente vai tentar trabalhar assim: vão existir 6 máquinas, cada uma dessas máquinas vai ser a responsável por uma macrorregião, que vai estar controlando e regulando essas macrorregiões.

Otávio – E a central de todas é aqui?

Sônia – Junto também com eles, lá no mesmo espaço, num lugar só.

Otávio – Aqui mesmo na Secretaria?

Sônia – Mesmo espaço, lá nesse lugar que vai estar sendo inaugurado. A gente coloca aqui que seja uma central de regulação estadual. E o que vem a ser um complexo de regulação estadual? Na verdade o complexo olha. É um olho mais estratégico de todo o sistema de regulação. A regulação vai estar o tempo inteiro, ele funciona como um verdadeiro termômetro da assistência, e aí o complexo de regulação, sempre que precisa vai contatar a SUVISA, porque a dengue está aumentando, porque está tendo muita chuva e eles sabem que a leptospirose também vai começar a interferir no atendimento, então vai estar sempre buscando estas interferências e a central de regulação, nossa proposta imediata aqui no estado da Bahia que é a central estadual, ela vai começar regulando hemodiálise, pacientes de AIDS, obstetrícia, neonatal, que é uma demanda reprimida no estado, oncologia e reabilitação, leito só de reabilitação inicialmente, esses são os temas que a gente pretende começar trabalhando a nossa central de regulação estadual. E aqui o mapeamento das centrais de regulação que hoje já existe no Estado.

Otávio – Então dentro deste contexto nós podemos dizer que aqui na Bahia o Estado retomou essa função de coordenador do sistema de saúde, que ele teria perdido com a implantação do SUS, por exemplo, na municipalização?

Raimundo – Não, não, isso é o que ela disse aí no princípio, que o secretário perdeu poder, mas transferiu responsabilidades e o que ele está fazendo é exatamente em função da perda do poder, está exercendo o direito de fiscalizar, de acompanhar.

Otávio – E como é que os municípios têm reagido a isso?

Raimundo – Excelente, sem problemas, a maioria dos municípios. Aqui tem um problema: politicamente a Bahia tem uma situação diferente de todos os lugares, aqui praticamente não existe oposição. A única diferença que pode existir e quando existe alguma diferença, é de ideologia política, mas mesmo naqueles em que existem diferença de ideologia política no Estado, inclusive algum município grande como é o caso de Juazeiro, como é o caso de Vitória da Conquista, como é o caso de Itabuna, não tem tido dificuldade. Conquista, por exemplo, é quem mais tem avançado nesse sentido, com a sua central de marcação de consulta, sua central de regulação, de modo que não tem tido absolutamente nenhum mal estar.

Sônia – Já tem inclusive pré-hospitalar lá.

Raimundo – Nenhuma dificuldade, nenhum atrito, nenhuma aresta.

Sônia – E a gente assim, através de convênios, inclusive do Ministério da Saúde, do Projeto Urgência/Emergência, a gente está tendo inclusive recursos financeiros para estar repassando para alguns municípios para ajudar a montar suas centrais de regulação.

Otávio – Na implantação do Sistema?

Sônia – A gente teve agora a experiência de Camaçari, dessa primeira equipe que trabalhou com a gente sobre regulação e trabalha com a equipe técnica do município, fazendo toda a grade de todos os temas que vão ser regulados. Só para você ter um exemplo, nós estivemos em Camaçari. A gente detectou que a suficiência de ultra-sonografia do município, ela é perfeita, só que ela não estava dando demanda por conta da questão da necessidade, porque a maioria dos exames de ultra-sonografia de Camaçari eram para descobrir sexo da criança, da gestação. Não existe suficiência que vá dar conta disso, entendeu? então o problema sério que realmente estaria precisando da ultra-sonografia está lá na fila de espera sem poder fazer. Então a regulação entra justamente para priorizar a necessidade ou não.

Raimundo – Aqui na Secretaria nós fizemos uma avaliação de tomografias que eram concedidas pela Secretaria e escolhemos um tomógrafo numa certa unidade que nós contratamos. Contratamos o serviço e passamos a estudar, no que tivemos uma avaliação que 72% dos resultados eram normais e desses 72, em 56 as pessoas, segundo ele, não iam buscar o resultado.

Otávio – Então era um desperdício.

Sônia – A regulação é justamente isso, você tem a maior eficácia para gastar o recurso que você tem disponível, reduzindo custos.

Otávio – Isso como uma função do Estado, promover a eficácia do sistema.

Raimundo – A gerência para coordenar o serviço, gestão para ser responsável por aquilo que está sendo feito.

Sônia – Toda vez que a gente passa no mínimo uma semana num município desses e sempre no final eu vou, a diretora que trabalha comigo na superintendência vai, quando o secretário pode ele também vai, que aí é justamente o seminário que a gente está fazendo, justamente a sensibilização de tudo, que trabalha, é uma coisa assim bonita de se ver o que está acontecendo realmente.

Raimundo – Mudança.

Otávio – Os municípios aceitam perfeitamente?

Sônia – Eles estão adorando essa nova maneira.

Otávio – Então é por isso que dá certo realmente?

Sônia – Está todo mundo entendendo que alguma coisa tinha que ser feita para mudar essa lógica de assistência, que tem que ser uma coisa muito bem conformada e de acordo com a disponibilidade que você tem e a real necessidade.

Raimundo – Falamos sobre regulação, agora vamos ao outro.

Otávio – Agora o outro tema que nos interessa muito é o sistema de delegação de serviços de saúde.

Raimundo – Olha, o que houve na Bahia foi o seguinte: o sistema de serviço público, como o funcionário público, na nossa opinião está falido. Não há mais razão para isso, por uma série de coisas que todo mundo sabe: a estabilidade, a má remuneração, falta de incentivo, falta de conforto no trabalho e assim por diante. Então a Bahia começou a inovar com a contratação parcial, essa é a chamada primeira parte: terceirização parcial de serviço. Nós contratamos limpeza, nós contratamos vigilância e nós contratamos outros serviços menores dentro do hospital, manutenção de equipamento, essa coisa toda. Quando foi em 1995, com o secretário anterior, houve um episódio que foi um marco da coisa. Existia um hospital concluído no centro oeste, à 600km daqui, na cidade de Guapirama, nas margens do rio São Francisco, que tinha três anos que tinha sido construído, um hospital de 50 leitos que não se tinha conseguido fazer funcionar, porque não existia como fazê-lo porque não tinha pessoal. A primeira tentativa foi de fazer convênio com instituições filantrópicas de reconhecido saber profissional, pelo menos conceito social para fazer operar, mas houve uma série de dificuldades e então o que o secretário determinou? Que se fizesse um edital de concorrência pública para terceirização do hospital, de uma unidade nova.

Otávio – Terceirização?

Raimundo – A terceirização aí foi total, então o que houve? Nós tínhamos que fazer este hospital funcionar, porque inclusive o governo já tinha perdido duas eleições

nesse município em função do prefeito ter uma clínica e não queria que o hospital fosse aberto e por isso inclusive criava os óbices, as dificuldades para contratação de pessoal e etc. Então nós fizemos a base de um estudo, feito de como seria o comportamento de um hospital de 50 leitos com complexidade baixa, cirurgia obstetrícia, pediatria e clínica médica, a base disto dos procedimentos que poderiam ser gerados por mês com a capacidade instalada deste hospital, nós fizemos o perfil de quanto significaria para a manutenção deste hospital, para a operacionalização deste hospital. Esse edital de concorrência pública foi lançado na praça e somente uma empresa concorreu, que foi exatamente uma empresa oriunda de uma instituição que existe aqui, filantrópica, que já trabalhava nesse sentido, que são as organizações de Irmã Dulce. Eles ganharam a concorrência, evidentemente, foi o único que concorreu, e nós começamos a operar esse hospital. Todos os hospitais que foram construídos, e o governo com filosofia admitiu que deveria ser o procedimento básico, ser ajudado é base e se você não tem nenhum pessoal nessa unidade que possa gerar problema, você começa a funcionar do zero com uma estrutura nova e inteiramente diferente do que estava, do que existia anteriormente. Nós temos hoje treze unidades funcionando com excelentes resultados, 20% mais barato em termos de custo e com uma eficiência que não chega nem a comparar.

Sônia – Não diga isso também!

Raimundo – Está aqui na coisa (mostra um estudo). É muito simples, é um hospital que você chega aqui, o índice de satisfação do usuário é praticamente 100%, o índice de espera é desse tamanho, quem não está satisfeito com a terapêutica que recebe com a atenção que o médico lhe dá e a enfermagem lhe dá? Então só pode ser bom.

Otávio – E ele funciona, toda administração...

Raimundo – É toda privada, este hospital continua de propriedade do Estado, supervisionado constantemente, existe uma comissão de supervisão, todos os índices

de trabalho produzidos por eles são avaliados aqui por ela, pela diretoria de regulação e sobretudo uma coisa, é que também ele é responsável por toda a conservação de todo o equipamento que tem lá dentro do hospital e pelo contrato ele é obrigado a nos devolver amanhã ou depois, se for rescindido, nas mesmas condições que nós entregamos a eles, então a tutela do Estado, o poder do Estado, a propriedade do Estado é conservada de fio a fio, de cabo a pavio, como se diz na gíria.

Otávio – E a experiência tem mostrado que este tipo de gerenciamento é muito mais produtivo do que o anterior?

Sônia – Muito mais produtivo. Tem aí alguns índices, pega aí (mostra um relatório interno da SESAB).

Sônia – Eu acho assim, não quer dizer com isso que as nossas unidades hospitalares...

Raimundo – Não. Não são...

Sônia – A cada vez mais melhorar sua questão administrativa, trabalhando com a eficácia, com a eficiência.

Raimundo – A instalação desse serviu de parâmetro, de regulação e vamos dizer de atrativo para os nossos hospitais. Por exemplo, dois hospitais de 50 leitos. Você tem um que é terceirizado ele opera com cento e poucas pessoas, já no nosso é com trezentas e poucas pessoas. O que acontece? Hoje em dia está todo mundo enxugando os seus quadros e fazendo a coisa funcionar a base de custo / benefício. Aqui tem um hospital que instalou recentemente um programa que nós bolamos de controle de custos em que caiu 70% o consumo de medicamento desse hospital, só com uma única medida.

Sônia – Nós fizemos um trabalho muito importante com todas as unidades hospitalares, um encontro bem grande em que a gente colocava assim: que saúde não tem preço, mas ele tem um custo, então a partir deste momento as unidades hospitalares começaram a pintar o que aparece de uma maneira melhor. De que maneira a gente pode ser mais eficiente gastando menos? Isso é uma preocupação não só da rede terceirizada, como também da nossa.

Raimundo – Como também nossa, propriamente dito. Por exemplo, o outro lema é o seguinte: o usuário tem problema, nós temos que ter solução. E segundo: custo / benefício. Ele só recebe se ele faturar, se ele não faturar, se ele não produzir serviço, ele não vai ter absolutamente nenhum incentivo. Outra coisa que existiu aqui, é que o secretário, aqui já existia uma gratificação de produtividade, estava regulada entre 40 e 80%. O secretário anterior aperfeiçoou isso e transformou em 40% básica e no máximo o salário do secretário, porque é limitado por lei. Hoje existem unidades que tem uma produtividade, com um quadro enxuto, que chega a dar a um médico 2.000 reais por mês só de produtividade, quando o salário básico dele vai a 300 e poucos reais e com algumas vantagens chega a 500 e tantos reais, isso fez com que os diretores das unidades primeiro se preocupassem com o número de funcionários, em segundo com a eficiência do serviço prestado. Eles querem serviço cada vez de melhor qualidade com o menor custo. Não é o ideal ainda, mas nós avançamos, eu acho que a Bahia, em todo lugar que eu chego eu digo, avançou muito mais do que qualquer outro Estado nesse sentido.

Otávio – Esses hospitais em geral são os que têm o maior atendimento?

Raimundo – Aqui nós temos três tipos de hospitais: tipo 1, tipo 2, tipo 3. Tipo 3 de cinquenta leitos para baixo, tipo 2 entre 50 e 100 e tipo 1 com mais de 200 leitos.

Sônia – (Mostrando um estudo que compara os desempenhos das unidades terceirizadas em relação às do Estado) Essa tese ele fez, sabe como ele trabalhou esta tese? É assim: ele pegou seis unidades hospitalares, 3 terceirizadas e 3 de

gestão própria de estado. Uma terceirizada e uma própria com a mesma quantidade de leitos, com a mesma inserção, para saber qual o tipo de inserção daquela unidade, porque isso é um fator muito importante na regulação. A unidade X qual é a inserção dela no município? Ele é um hospital só de retaguarda, o PSF? ele é hospital que além de atender as 4 especialidades ele ainda atende mais especialidades? Então dentro disso ele pegou 6 unidades, por exemplo, unidade terceirizada de Porto Seguro e uma unidade nossa de Vitória da Conquista que tem o mesmo porte, pegou a unidade de Eulália La Serri e pegou Hernane de Farias que é nossa, e pegou Castro Alves, pegou o de Ibotirama com o de Ipiaú, que é nosso. No final ele diz o seguinte: após a apresentação, análise e discussão de dados, infere-se que o Governo do Estado da Bahia gastou menos com a gestão terceirizada dos hospitais públicos para produzir mais atendimento e mais internamento, ou seja, teve um gasto total com gestão terceirizada de 6.700.000 milhões para realizar 367.950 atendimentos e 7.059 internamentos com a rede terceirizada, enquanto gastou 6.900.000 para realizar 261.000 atendimentos e 7.200 internamentos na rede própria. Fora esse gasto que ele se refere aqui, ele não contou aqui, e isso foi o grande problema dessa tese, ele não contou que desse gasto que a gente teve, tudo isso que foi produzido, esses 367.000 atendimentos e 7.200 internamentos, entrou em dinheiro para a gente. Apesar do hospital ser terceirizado ela é unidade gestora nossa, então pelo SUS ele é credenciado como unidade gestora nossa, então tudo que ele produz lá é nosso.

Raimundo – O contrato que está fazendo operar custa 100.000 reais. O Estado paga a ele isto, mas tudo que ele produzir de serviços entra para a conta do estado, que faz apenas uma complementação para atingir esse 100.000, se ele produzir 60 eu entro só com 40, quer dizer, um hospital de 50 leitos que custa X, passa a custar para o Estado só 40 porque o que sai do cofre do Estado é isso, porque o que ele produz de serviço entra para a conta do Estado.

Sônia – E tem uma outra também: no contrato nosso ele tem que produzir por mês 100.000, o contrato dele com a gente

Otávio – Isso é um exemplo? cada um tem seu valor?

Raimundo – Tem cada um

Sônia – Cada um tem seu valor de acordo com a tipologia dele. Então, se o nosso contrato com ele é ser 100.000 por mês, estou dando um exemplo, mas se em contra partida ele tem que produzir para a gente 60.000 e se naquele mês ele não produzir 60.000 a gente desconta daqui.

Raimundo – Do contrato dele, sumariamente.

Sônia – Do contrato dele, ele recebe menos da gente naquele mês.

Raimundo – O Estado não tem prejuízo em hipótese alguma!

Sônia – Isso é acompanhado mensalmente, a gente só repassa para ele o valor integral desde que ele cumpra o que ele tinha que produzir para a gente. Se ele produziu menos, a gente multa ele aqui.

Raimundo – Para você ter uma idéia. Paulo Souto, que trabalhava para o Dr. Magalhães, ele está voltando agora e ele me disse outro dia que vai pisar fundo no acelerador para terceirizar mais serviços ainda. O grande problema que existe não é bem assim, eu já disse a ele que não é bem assim, o que complica a história é o passivo do pessoal que tem nos nossos hospitais, por exemplo, eu tenho um hospital como Roberto Campos, tem 2.000 pessoas lá dentro.

Sônia – A gente terceiriza uma unidade dessas e vai fazer o que com as pessoas, colocar aonde? Está todo mundo contratado, ninguém vai poder colocar para fora e vai fazer o que? Então tem todo esse lance, tem unidade que a gente pensa em terceirizar mas não tem como terceirizar porque tem um quantitativo enorme de recursos humanos lá dentro. Normalmente a gente terceirizou todas as unidades

novas que foram construídas recentemente e que não tinha ninguém trabalhando lá dentro ainda porque estavam sendo construídas. Todas essas unidades que estão sendo construídas estão sendo terceirizadas, mas nas que já existem é muito complicado terceirizar por conta dos recursos humanos que já estão trabalhando.

Otávio – Então o impeditivo não é nem isso. É problema operacional mesmo e não porque o sistema não tenha funcionado, pelo visto. Existe algum problema com os municípios com relação a isto?

Sônia – Não, nenhum, e a maioria desses municípios...

Otávio – Porque a gestão já era estadual não é, desses hospitais?

Sônia – A gestão é estadual.

Raimundo – Então o problema do passivo de pessoal é que complica, porque a gente não pode pegar, por exemplo, 2.000 funcionários do Roberto Campos de uma hora para outra, vai colocar aonde?

Otávio – E essas empresas, elas não absorvem esse contingente?

Raimundo – Não. Absorve como CLT porque o contrato delas são cooperativas, na CLT. Público não, muda o regime de trabalho.

Sônia – Ninguém quer ser demitido do Estado, que é uma coisa segura para ir trabalhar numa terceirizada.

Otávio – Com a questão da estabilidade também...

Raimundo – Eles também não podem tirar. Agora uma outra etapa é a terceirização de serviços de saúde, porque antes era um serviço auxiliar e administrativo como

higiênico, de construção, agora já vai partir para a terceirização de serviços. Por exemplo, nós temos terceirizados hoje, primeiro, a cirurgia porque sempre foi problema, porque são poucos os profissionais da área, são extremamente corporativistas e fechados em cotas, ninguém quer trabalhar a não ser nas condições que eles exigem. O que nós fizemos: Nós fizemos uma licitação através do que funciona aqui, um convênio com uma entidade que tenha certas e determinadas características. Como indicativo seria associação de ensino e essa coisa toda, hoje nós temos com anestesia e temos com a neurocirurgia e que vem atendendo muito bem as nossas necessidades, estamos também começando a trabalhar com cooperativas, fizemos licitação pública para cooperativa, então certas e determinadas coisas que a gente precisa, por exemplo, certas falhas em certos e determinados hospitais, a gente preenche com pessoal de cooperativa.

Otávio – com sistema de gestão bem parecido?

Raimundo – Exatamente. Bem parecida. É o que nós estamos tentando, vamos dizer, minimizar os efeitos deletérios do funcionário público. A gente injeta dentro do hospital uma espécie de sangue novo ou então pessoal com outra mentalidade, com outro comportamento, que sabe que se ele não trabalhar ele sai.

Otávio – Quer dizer que mesmo que o hospital inteiro não tenha uma gestão terceirizada, alguns setores tem?

Raimundo – Não os terceirizados, só são com os públicos, só com os nossos, terceirizados não, terceirizados eu não quero nem saber.

Sônia – Eles se responsabilizam por tudo.

Otávio – Agora, nos públicos?

Raimundo – É que a gente está tentando fazer

Sônia – Existe já na maioria dos hospitais públicos: funcionários públicos, médicos que na verdade são cooperativas, que por enquanto está sendo só médica, médicos contratados pelo Estado e médicos da cooperativa trabalhando juntos.

Raimundo – Então este, vamos dizer assim, este exemplo está se dando de trabalho, porque o cooperativado, ele tem que trabalhar bem porque senão ele perde o emprego dele, então isso está induzindo aqui o próprio funcionário público, que antes era ausente ou negligente, ele passe a ter um desafio ou pelo menos um parâmetro de comparação, para não ser marginalizado ou apontado como mau médico e assim por diante.

Otávio – E existe resistência dentro disso?

Raimundo – Não.

Sônia – Eu acho que eles chegam para somar.

Otávio – Resistência não dos que entram, mas dos que estão lá?

Sônia – Os que estão entrando estão para somar com um déficit que já existia.

Raimundo – Até agora nós não tivemos nenhum problema. Isso inclusive quem estava gerindo era eu, quando eu estava na diretoria geral, sem maiores problemas.

Otávio – Então isso também é uma outra inovação do sistema e a gerência desse sistema todo é com o Estado. Ao nível dos municípios isso também ocorre ou não?

Raimundo – Já tem município que está terceirizando o serviço. Por exemplo, Itabuna, o município construiu um hospital grande lá, um hospital muito bom, 150 leitos, automaticamente o município teria dificuldade de gerir esse hospital, inclusive por falta de recurso, e fez uma Fundação e essa Fundação terceirizou com

uma dessas firmas que trabalha para nós. Esse hospital que está funcionando muito bem, inclusive esse hospital está caminhando para a auto suficiência. Aqui em Salvador nós temos uma entidade filantrópica que também teve um problema no hospital com gerência e quase fechou então o Estado interviu, fez uma série de composições e induziu essa entidade filantrópica a contratar a gerência do hospital, também com a firma que trabalha para nós e está indo muito bem sem maiores problemas. Estão tendo certas dificuldades porque herdaram um acerto de débitos trabalhistas muito grande, então escalonaram isso para pagar e às vezes tem uma certa dificuldade, mas isso é coisa que vai passar, e o hospital, como hospital trabalhando dentro dos padrões que ele trabalha, dá perfeitamente para ser auto suficiente. Tem outro município aqui também perto que é Conceição de Jacuí, que tem um hospital de 30 leitos lá. Ele terceirizou e esse também foi uma inovação que nós fizemos aqui. Chamamos o município, a prefeita. Você tem esse hospital, se você tratar dele sozinha você vai ter problema, ingerência política essas coisas todas que a gente conhece de sobra, então o que ela fez? também terceirizou esse hospital e o hospitalzinho dela está uma boneca, já está pedindo até aumento do hospital porque a demanda está sendo muito grande pela qualidade de serviço que ela está oferecendo a redondeza.

Otávio – Começa a agregar.

Raimundo - Exatamente.

Otávio – Então ela entraria como um pólo?

Raimundo – Exatamente. É preciso fazer grupos de cristalização.

Otávio – E essa experiência é em geral no Estado inteiro? Foi pensado em ter um pouco em cada região? Eu digo no sentido se a idéia era ter um núcleo ou distribuir isso de forma...

Raimundo – Não. Não. O que existe aqui é o seguinte: o sistema de comunicação feito aqui, no caso que só interessa a saúde, é que o ex-secretário era um homem democrático, deixou tudo muito aberto e comunicativo. Então ele nunca fez caixinha de segredo de coisa nenhuma aqui dentro, tudo é transparente, aqui tudo é às claras, tudo é acessível a qualquer pessoa, não interessa se o indivíduo seja de cor partidária e ideológica diferente, o que interessa é a saúde. A gente está fazendo aqui política de saúde e não política com a saúde. A diferença é só essa, este homem. porque tinha um prestígio político muito grande e tinha um prestígio social e profissional maior ainda, se vestiu de todos os requisitos que poderia fazer um secretário fazer um bom trabalho dentro desta área, por isso as coisas foram fáceis, sem maiores dificuldades. A inovação que ele criou aqui, a renovação que ele fez. Só para você ter uma idéia, hoje a secretaria praticamente não tem ninguém de fora. Aqui todos os postos são ocupados por pessoal da casa, prata da casa. Ele valorizou o funcionário, ele deu oportunidade a funcionário. Um exemplo aí essa moça (Sônia), que a 6, 7 anos atrás era apenas diretora de um centro de saúde, de uma hora para outra foi diretora de hospital, daqui a pouco quer ser secretária...

Otávio - Gostaria que o Sr. fizesse algum comentário a respeito desse tema todo para fechar, a gente incluir como se fosse uma visão de como se deu esse processo todo e quais são as perspectivas para o futuro dentro do Estado.

Sônia – Em time que está ganhando não se mexe. Essas coisas todas têm dado certo aqui com excelentes resultados. A Bahia hoje não só administrativamente, de um modo geral na área da saúde está bem, não é que nós queremos que isso fique conquistado não, a tendência é sempre melhorar, mesmo porque nós estamos na luta a cada dia que passa, toda hora está surgindo um desafio novo, que evidentemente a secretaria está de braços abertos para receber. A avaliação deste resultado deverá ser tirada da experiência que determinará algumas correções de rumo e nós somos sensíveis a isso. Não é possível absolutamente ter a cabeça dura e dizer que tem que ser feito assim, não! A depender da circunstância, isso deverá ser ajustado às

necessidades e toda vez que elas se apresentarem a gente deverá ter o bom senso de aceitar e reformar.

Otávio – A perspectiva do futuro é continuar dentro deste modelo?

Raimundo – Exatamente!

Fim da entrevista

2 - Entrevista com João Falcão Fontes Torre, Assistente do Conselho Estadual de Saúde da Bahia, concedida em 18/04/2002 em Salvador.

Otávio - Eu gostaria de saber qual a função do Conselho Estadual da Bahia, as competências, e como ele está inserido nesse processo de modernização do Sistema de Saúde.

João – Tudo passa pelo Conselho. Eu posso ler, mas estou meio rouco. Só se ela ler (secretária).

Otávio - Não tem problema. Tem essas competências (mostra o regimento do Conselho, disponível na internet). Entre as competências, eu estava lendo anteriormente, tem: discutir e aprovar o plano estadual da saúde, provavelmente o plano estadual...

João – Nós temos as resoluções aqui, olha.

Otávio - Essas são todas as resoluções?

João – São resumos para quando a gente quiser saber o plano e onde está, isso tem servido de modelo para os outros conselhos, para não ficar procurando, lá está: Resolução numero tal, a data, o diário oficial e o assunto. Veja aqui o plano estadual de saúde, nessa última seção agora, nós recebemos.

Otávio - Esse plano estadual de saúde, ele foi elaborado pelo Conselho, por esse Conselho?

João - Porque aqui o conselho tem condições técnicas, toda a Secretaria faz parte integrante do Conselho então nós pedimos...

Otávio - Todas as secretarias?

João – De saúde...

Otávio - Como um todo?

João – Como um todo, quer dizer, como um todo, os técnicos. Eu não tenho um técnico só aqui.no Conselho.

Otávio - Sim, ele faz parte de uma comissão e chamam dentro dela. E como é composto esse Conselho Estadual de Saúde? na composição, existem membros da sociedade?

João – Tem....

Otávio - Mais ou menos em que proporção?

João – são 24...

Otávio - São 24 membros? Eles são eleitos?

João – São indicados pelas entidades.

Otávio - Eles são indicados por entidades. Assim, o Secretário, sempre presidido pelo Secretário, e a partir de toda essa representação, são 24 membros. Eles são eleitos por um período de quanto tempo?

João – Só por dois anos, podendo prorrogar mais dois, para renovar, senão fica velho.

Otávio - Dois anos?

João – A entidade aqui, indica ali, pode ficar por dois anos, deu dois anos, já vai fazendo os ofícios à entidade...

Otávio - Pedindo para indicar um outro nome...

João – É, se manter, pode manter por mais dois, depois de quatro, não pode, tem que indicar outro.

Otávio - Para haver um...

João – Para o conselho não ficar velho, o conselho vai renovar.

Otávio - Ah..sim, é, para mudar as pessoas, e existe participação de entidades privadas?

João - Tem usuários e tem as prestadoras de serviços proporcionalmente.

Otávio – Sim. E o Conselho, ele tem alguma influência nessa questão dessa modernização do Estado da saúde?

João – Faz parte, porque tudo atualmente tem que passar pelo Conselho.

Otávio - E ele realmente é consultivo ou deliberativo?

João – Geralmente ele é mais deliberativo, e consultivo também, o senhor vê aquela bipartite...

Otávio - Ele é tripartite?

João – Uma comissão bipartite.

Otávio - Ah...uma comissão bipartite?

João – Tem que passar tudo pelo Conselho Municipal. Nós mantemos correspondência sempre com o Conselho Nacional para Entrosamento.

Otávio - Ele faz parte então do conselho nacional, ele ta dentro do...

João – No contexto do Conselho nacional, Conselho estadual e Conselho municipal.

Otávio - existem os Conselhos municipais, e esses Conselhos...

João – Todo município é obrigado a ter...

Otávio - E eles fazem parte, os conselheiros municipais?

João – Não, lá no município é a mesma coisa, tem que votar, a entidade que existe, maçonaria, no interior, o Rotary, o que for dependendo, o prestador de serviços, se tiver uma clínica representando lá também, usuário e prestador de serviço, quem é beneficiário, quem presta o serviço, tem que ser igualitário.

Otávio - Ele faz parte desse sistema. Agora, dentro dessa questão dessas mudanças que tiveram no sistema de saúde da Bahia, principalmente na questão da terceirização e da regulação do sistema de saúde, o Conselho estadual tem tido um papel importante nesse sistema?

João - Faz parte.

Otávio - Ele participa dessa regulação?

João – Sim.

Otávio - Em que sentido?

João - No sentido às vezes, terceirização, por exemplo. O pessoal tem uma posição, vamos dizer. Porque aqui o Conselho é composto de vários elementos em âmbitos diferentes, então o que acontece é o seguinte: a terceirização e a privatização dos hospitais, mas eles se batem porque por isso eles perdem o poder, ou seja, o Sindicato perde o poder entendeu?

Otávio - E essa discussão se dá no âmbito do conselho?

João – No conselho, quer dizer, eles quando falam...

Otávio - Eles têm representação...

João – O hospital privado, que o Estado privatizou.

Otávio - Na verdade é uma terceirização?

João – É uma terceirização. Então você vê, esses valores todos da bipartite, a bipartite é um órgão do conselho, mas que se discute, o Conselho não discute com A, B ou C, ou não essa condição, agora tudo tem que passar por aqui.

Otávio - Então toda a discussão passa por essa comissão intergestora bipartite?

João – Tem a nacional, que é a tripartite...

Otávio - E ela é formada por quem?

João – A mesma coisa, elementos, composição.

Otávio - No caso, a bipartite seria ligado a que?

João – Ela é ligada ao Conselho Estadual de Saúde, então é um braço que discute, por exemplo, ela estuda depois manda para o Conselho.

João – O Conselho resolveu acrescentar mais alguma coisa, quando eles mandaram

Otávio - Então mandaram o plano para discutir...

João – O secretário nomeia o relator...

João – Já foi discutida e o conselho resolveu estudar e modificar, então foi nomeado um relator, está aqui o parecer dele.

Otávio - E isto necessariamente tem que ser aprovado?

João – aprovado pelo Conselho. Agora, o conselho aprovado é homologado pelo governador. Por delegação o Secretário assina como presidente do Conselho e homologa por delegação do governador como Secretário de saúde, as resoluções do Conselho.

Otávio - Inclusive esse processo de terceirização tem que ser aprovado pelo conselho? A terceirização? É um ato administrativo ou tudo passa pelo conselho?

João – Tudo é comunicado ao Conselho.

Otávio - Como ele tem essa função deliberativa...A próxima reunião que vai ser dia 24...

João – dia 25, olha aqui: Primeiro a posse dos conselheiros, depois tem fala da presidência, ai vem, os ofícios expedidos para o conselho tomar conhecimento. Uns eu mando para o conselheiro antes, depois vem a pauta do dia...

Otávio - A pauta.

João – (comentando a pauta para a reunião de 25/05/2002) Agentes comunitários de saúde, alguns são da família e os outros da saúde, como ela é coordenadora, eu tenho dois assuntos. Ela aqui vem, o que ocorrer, algum precedente, e na próxima reunião se marca o Conselho, o Conselho geralmente é sempre na última quinta feira, mas como existe às vezes feriado, na véspera já não marcamos, se o sujeito está no interior em seu sítio ele não vem.

Otávio - O conselheiro?

João – Aqui está a Ata do que vai ser discutido dia 24. Então ele recebe tudo isso.

Otávio - Ele tem que receber anteriormente para poder discutir.

João – Como nós ficamos sabendo, nós comunicamos aos procuradores...

Otávio - Expede a todos os procuradores, Coordenadores do Conselho, que são pessoas que participam?

João – Não, eles aqui não. Pelo conselho, os procuradores têm acesso a atividade essencial, então essa atividade essencial tem que ser fiscalizada.

Otávio - Ai são os Conselhos, a criação dos Conselhos...

João – Olha aqui: papel do ministério público (mostra atribuições do MP)

Otávio - Desses procuradores, então eles também têm que ser comunicados das decisões do Conselho

João – E quando o Secretário não homologa a resolução do Conselho ele tem explicar.

Otávio - Tem que explicar para o Ministério Público, aos procuradores, porque não homologou? Tem que explicar também porque homologou? Eles não, porque eles participam do conselho. Então toda essa questão ela passa necessariamente pelo Conselho Estadual.

João – Necessariamente. Alguns atos do executivo não precisam passar. Por exemplo, para atrasar o plano, não precisa mais aprovar.

Otávio - Sim, mas até o plano ser aprovado ele teve que passar aqui...

João – Agora, vem uma prestação de contas.

Otávio - Prestação de contas do Estado, desse sistema todo, é aprovada pelo Conselho? Tem que ser aprovada e isso é submetido depois ao Tribunal de Contas, alguma coisa assim?

João – Tribunal Federal. Esse aqui, esse que vai ser julgado agora, eu vou mandar tudo na segunda-feira para os conselheiros, são tudo prestações de contas.

Otávio - O Relatório de 2001 foi aprovado?

João – Vai ser aprovado agora na próxima reunião.

Otávio - Na próxima reunião vai ser a aprovação da gestão de 2001? Aprovar o Relatório?

João – de 2001, nós estamos em 2002.

Otávio - Que é feito um ano depois. Então toda essa discussão sempre passou pelo Conselho?

João – Você vê que a Ata é uma Ata até grande...

Otávio - É grande, extensa...

João – É de fato letra miúda, são discussões, às vezes paralelas...

Otávio - É porque é muita coisa. E os representantes da sociedade civil, eles tem participado do processo, os representantes participam do processo?

João – Participam porque tem direito a três faltas, porque se faltar ele perde uma vaga, três faltas seguidas ou cinco intercaladas, quando tem essa falta nós comunicamos ao representante. Olha onde está o Conselho, está vendo? (mostra o organograma da SESAB).

Otávio - Então ele fica acima do Secretário, mas porque isso?

João – Porque o Conselho é o órgão deliberativo da Secretaria, é o órgão máximo.

Otávio - Então as decisões do Secretário se submetem ao Conselho Estadual?

João - O Secretário é executivo.

Otávio - Ele é o executivo e o deliberativo de cima é o Conselho...

João – Ele também é deliberativo em certos pontos. Em algumas questões ele é deliberativo, não precisa passar para o Conselho. O Conselho aprovou o Plano de Saúde, não precisa mais passar por aqui.

Otávio - Mas ele necessariamente teve que aprovar no momento...

João – Você vê que ele está aqui, Conselho Estadual de Saúde?

Otávio – Sim, está acima do Secretário, então dentro dessa estrutura ele fica lá em cima...

João – Lá em cima...

Otávio - Isto aqui é o texto que tem na Internet?

João – Nós mudamos até aqui porque esse Decreto modificou a composição...

Otávio - Modificou a composição do Conselho, mas as atribuições continuam as mesmas?

João- Agora nós estamos aguardando da tripartite, uma Portaria para modificar essa Portaria 33.

Otávio - A respeito?

João – Dos Conselhos, da organização, tudo isso, estamos aguardando ser aprovada pela tripartite.

Otávio - Pela tripartite, que é a Federal?

João – Todo ano nós temos uma reunião com as secretarias executivas dos Conselhos e os Estados, agora mesmo nós temos uma na Paraíba, estão marcando agora...

Otávio - Ela chama bipartite porque?

João – Porque a Comissão é bipartite, tripartite é de lá (federal).

Otávio - Envolve Governo Federal e...

João – Só a do Governo Federal é tripartite, aqui é bipartite e a do município é também bipartite...

Otávio - Mas ela é bipartite porque?

João - Porque tem os dois: o usuário e o governo.

Otávio - Então ela é metade usuário e metade governo, então por isso ela é bipartite. Essa é a ata da próxima reunião?

João – Da Secretaria Executiva...

Otávio - Do Conselho Nacional de Saúde, Coordenador Geral...

João – A reforma sanitária lá na Itália levou 17 anos, que é um país desenvolvido, aqui nós estamos a 10 anos e ainda...

Otávio - Fazendo esta reforma...

João – Com o SUS...

Otávio - Esse Conselho faz parte do Federal?

João – Sim, mas são autônomos.

Otávio - São autônomas mas...

João – Se houver qualquer coisa, se o Conselho não mandar aqui, ele resolve todo o problema do Estado da Bahia, se alguém for perguntar pode recorrer que os Conselhos, são autônomos, eles não interferem um no outro.

Otávio - Um não entra no mérito de interferir com outro. Interessante. E dentro do SUS como que a gente pode...

João – Até a transferência agora da FUNASA tem que passar pelo Conselho.

Otávio - As transferências do Fundo Nacional de Saúde?

João – Aquele pessoal da antiga Fundação, quando eles passaram para cá, não pode haver transferência sem passar pelo Conselho.

Otávio - O Conselho tem que aprovar essas transferências?

João – Nós temos aqui um relator, que vc gasta um dinheiro tremendo com um pessoal desses e depois pede para transferir.

Otávio - Tem que ser aprovado pelo Conselho...

João – Tem que passar e vai ser ouvido por todo mundo.

Otávio – (comentando os pareceres das transferências) Algumas favoráveis outras não. Essas são as transferências de pessoal?

João – Da Fundação, as outras, do nosso pessoal, o Secretário assina.

Otávio - Agora, a transferência de Fundos, esses Fundos que vem do SUS, eles tem que passar por aqui ou não?

João – Fundo Especial.

Otávio - E passa pelo Secretário?

João – É separado, passa e ele toma conhecimento depois.

Otávio - Mas não o Conselho?

João – Sim, o Fundo também passa no Conselho. O Conselho toma parte, você não viu aqui que eu estava mostrando?

João – Os Fundos Federais, Estaduais...

Otávio - Então eles também têm que ser aprovados pelo Conselho, por este Conselho Estadual de Saúde. Ele acompanha a movimentação e destinação dos recursos do Fundo Estadual de Saúde, e os repasses do SUS que vem do Governo Federal, eles passam para este Fundo.

João – Quando já tem a aprovação do plano...

Otávio - Do Plano Estadual de Saúde?

João – O Plano vai dar... aprovou tanto.... então não precisa passar por aqui, ele já foi aprovado global todo o lote.

Otávio - Então a partir da aprovação, quando foi aprovado o Plano Estadual de Saúde, ai já vão estar direcionados, mas até ele ter sido aprovado está sendo passado por aqui pelo Conselho Estadual de Saúde. Esse Plano Estadual de Saúde, vai estar sendo aprovado na próxima reunião?

João – Já está aprovado. O plano é referente ao período 2000 – 2003.

Otávio - Ele é o Plano atual? Em 2003 será colocado um outro em pauta? Tem como conseguir esse Plano?

João – Não sei se tem porque esse Plano nós tínhamos, mas não temos mais cópias porque separamos para o Tribunal de Contas. O Tribunal de Contas da União pede, o Procurador pede, acho que só temos para o arquivo daqui...

Otávio - As Atas ficam registradas? Elas ficam aqui? Só uma cópia? Com dá para ter acesso a esse material?

João – Tudo fica registrado aqui. As Resoluções...

Otávio - Seria interessante a gente ter pelo menos o Plano Estadual, uma cópia...

João – Do ano passado?

Otávio - O vigente.

João – Só tem até 2003

Otávio – OK.

Fim da entrevista

3 - Entrevista com Eliana Machado Araújo Cardoso, Coordenadora da Coordenação de Regulação da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia e Paulo de Tarso Monteiro Abrão da mesma Coordenação, concedida em 18/04/2002 em Salvador.

Otávio – Gostaria de saber como esta coordenadoria se insere no processo de mudanças no Sistema de Saúde Estadual, principalmente após a implantação do SUS, NOAS, etc.?

Eliana – A Secretaria da Saúde e a mudança total do Estado. O Estado era prestador de serviço e hoje ele reconhece que a função dele é muito mais de organizar o Sistema de Saúde naquele território, coordenar o Sistema de Saúde naquele território e essa diretoria pretende oferecer mais um instrumento para isso que é a regulação. A regulação da assistência, porque a gente está trabalhando na diretoria de assistência a saúde. Com esse foco, por conta desse foco da regulação, foi criada uma Superintendência que é a Superintendência de Regulação, Promoção e Atenção a Saúde que é composta de três diretorias. Como eu já falei a Diretoria de Assistência a Saúde, a Diretoria de Promoção da Saúde que cuida muito mais daquela parte da atenção básica: PACS, PSF, tudo o que diz respeito à promoção de saúde, aqui está dito, e a diretoria de Regulação do Sistema de Saúde, que ainda vêm trabalhando muito mais com a operacionalização do SUS e que começa agora sendo nosso parceiro dentro da Superintendência de Regulação, na Regulação, através da Coordenação de Controle e Avaliação que vem desenvolvendo o Plano de Regulação junto conosco a Diretoria de Assistência a Saúde. Então foi, como eu já disse, criada uma Superintendência de Regulação e dentro da Diretoria, uma Coordenação de Regulação do Estado, que é onde nós estamos. Para esse trabalho nós contamos com diversas parcerias internas, externas, municípios, a Rede Brasileira de Cooperação nas emergências, tem um representante dela aqui, o Ministério, porque esse foco não é só um foco da Bahia, é um foco do SUS.

Otávio - Deixa-me pegar seu nome.

Paulo - Paulo de Tarso Monteiro Abrão

Otávio - Que está agora trabalhando aqui na Secretaria...

Paulo – junto com a Eliana na Regulação, na Coordenação da Regulação, ela é minha chefe...

Eliana – Então é o foco do Ministério. O SUS trabalhando assim, reconhecendo a importância da Regulação e as vantagens que ela traz para a organização desse sistema. O Ministério também é nosso parceiro, e aqui dentro do Estado nós tivemos parceiros externos como a Associação Baiana de Medicina, as Universidades através do Instituto de Saúde Coletiva e outros mais. Então vamos falar da regulação da assistência que é o que diz mais diretamente respeito a esta Diretoria. Foi desenvolvido aqui por essa diretoria, dentro dessa coordenação e com a participação das outras duas coordenações, da Hospitalar e da alta e média Complexidade, um Plano de Regulação para o Estado. Esse Plano de Regulação ele foi elaborado em articulação com o Plano Diretor de Regionalização, que é o Plano que cuida de estar dando conta da regionalização e da hierarquização da assistência, descobrir que você pode organizar melhor e promover mais saúde se você organizar essa assistência, delimitando territórios e hierarquizando serviços. Então esse Plano de Regulação foi elaborado em articulação com o Plano Diretor de Regionalização e por isso ele considerou, nessa perspectiva, como diz aqui, ele garantiu acesso aos cidadãos mais próximos as suas residências, por isso eu falei, trabalha um território e trabalha a hierarquização de serviço contando com a complexidade tecnológica que cada um desses serviços pode disponibilizar.

Otávio – Essa regionalização foi feita como? Através de que critérios?

Eliana – Alguns critérios, eu tenho esse material ai e posso pegar para você. Algumas coisas foram levadas em consideração, porque lá no documento que trata da regionalização, ele só diz que você tem que delimitar territórios, delimitar

regiões. Ele chama de região, município, módulo, micro e macrorregião. A depender de cada Estado, a depender do tamanho do Estado e como funciona a saúde naquele Estado, você determina os critérios para a regionalização a nível estadual. Com isso eu quero dizer que o Ministério não diz: você divide considerando isto, isto ou aquilo.

Otavio – O critério é estadual?

Eliana – O critério é estadual, mas o objetivo é o mesmo que é o de garantir o acesso, e a lógica é a mesma que eu falei que a de regionalizar e hierarquizar. Agora eu não vou pegar um estado como Sergipe, por exemplo, que tem uma extensão territorial bastante menor do que a que gente tem aqui na Bahia e dizer: você tem X macrorregiões, você tem que ter micro e macro. A Bahia escolheu trabalhar com macro e microrregiões, seis macrorregiões, isto está mais para frente, a gente pode mostrar para você. Aqui a Bahia acabou se dividindo em 6 macrorregiões. Nós trabalhávamos antes com regiões administrativas, eu não sei exatamente qual foi a lógica, eu sei que essa lógica foi uma lógica adaptada de uma outra secretaria, mas não era a lógica da saúde.

Otavio - Não são as DIRES?

Eliana – Exatamente, em cada região administrativa você tinha uma diretoria regional de saúde. Só que ela não refletia como reflete aqui, aquele fluxo natural da população e ela não reflete, isso aqui tem muito a ver com economia de escala. Por exemplo, eu vou garantir que eu tenho seis territórios que são seis macrorregiões que vão garantir o acesso da menor a maior complexidade tecnológica àqueles habitantes daquele território delimitado. Então eu não posso fazer essa divisão se eu não identifico, aqui, aqui, aqui, coisas como: unidades de saúde de complexidade maior que possam ser unidades de referência para urgência e emergência, para gestão de alto risco. Esses foram os critérios que foram eleitos, quer dizer, você olha quais os serviços que você tem, e é claro que a população em função da já

existência desse serviço também já tem um fluxo natural de encaminhamento aqui dentro dessas regiões, então os critérios foram esses. Foram os serviços disponibilizados de menor ao maior nível de complexidade tecnológico que possam delimitar uma região e garantir o acesso a todos os serviços. Dessas seis macrorregiões nós temos 31 microrregiões, esse aqui que você está vendo é específico de uma macrorregião, que para exemplificar ele foi direcionado a um trabalho que nós fizemos num município que pertence a essa macrorregião, que foi o município de Jequié. A Sonia deve ter te mostrado a de Camaçari, que é mais ou menos a mesma coisa, a gente só tenta situar na realidade do local onde a gente está trabalhando para que eles absorvam melhor o que a gente está falando. Algumas macros tem, algumas macrorregiões tem 10 microrregiões, outras tem 2 microrregiões, eu estou exagerando, mas são variáveis de acordo com o tamanho e também com essa distribuição dos serviços existentes. Aqui a gente está dando um exemplo de uma macrorregião e microrregião e de como o paciente caminha dentro dela. Ela te explicou essa coisa do módulo assistencial?

Otávio – Explicou que pode ter um...

Eliana – Um município, que é referência para ele próprio, nesse caso aqui seria, ele só tem serviço suficiente para atrair seus próprios munícipes, então ele é o módulo e ele é a sede do módulo. O módulo é uma unidade, é uma região menor do que a microrregião e dentro daquela microrregião você pode ter um módulo, dois módulos, três módulos assistenciais. É como se fosse, vou comparar assim a grosso modo, é como se fosse um consórcio de municípios. A idéia é mais ou menos essa. Então isso aqui é um módulo porque ele não precisou consorciar com mais ninguém porque ele é auto suficiente, ele dá conta de ofertar todos os serviços à população dele. Esse daqui já seria um outro módulo composto por F, G, E, você está vendo que F aqui ele tem mais recursos e E encaminha para F e G encaminha para F. Isso se dá através das pactuações, são feitas pactuações entre esses municípios, você tem cota financeira, você tem teto financeiro descontido, você tem limites de encaminhamento de um município para outro.

Otávio – Inclusive os repasses são por aí.

Eliana – Os repasses financeiros de município para município a depender do nível de gestão que esse município se encontra também.

Otávio – Porque o repasse do SUS, que vem através de Estado, que é passado para os municípios, leva em conta essas cotas

Eliana – Leva em conta essas cotas se o município não tiver em gestão plena. Se o município estiver em gestão plena, o Ministério vai repassar diretamente para ele e aquele outro município que está mandando diretamente para ele, se estiver em gestão plena, vai pagar diretamente para ele também. Se ele não estiver vai pagar através do Estado, porque é o Estado e quem recebe para repassar para ele. Ele fica com o papel, digamos, na mão e o recurso sai direto do Estado para ele. Isso aqui é uma outra macrorregião que tem somente um pólo que tem mais serviço para ofertar que é o pólo. Toda microrregião tem um pólo, as macrorregiões não tem pólo, não tem sede, não tem um município que seja mais importante.

Otávio – Ela é só uma divisão

Eliana – Ela é só uma divisão territorial que leva em consideração, como eu falei, a complexidade tecnológica e economia de escala, então ela não tem município que é pólo nem que é sede. As microrregiões tem municípios-pólo.

Otávio – Então têm 31 municípios-pólo nas 31 microrregiões.

Eliana – Exatamente. Dentro dessas microrregiões eu tenho módulos assistenciais, e esses módulos que eu comparei com consórcios, tem os municípios sede.

Otávio – Mas Módulo não é o mesmo território de um município necessariamente.

Eliana – O Módulo é um município, dois municípios, três municípios, ele não chega a ser uma microrregião, que tem critérios também para definir a microrregião, posso pegar para você depois o material porque de cabeça assim fica complicado porque foi um trabalho desenvolvido pela SUDESC, nós participamos dele mas eu não consigo gravar tudo assim. Então é assim: a sede é menor do que a micro é mais do que um município ou igual a um município, o módulo é igual ao município ou mais do que um município, nesse caso aqui ele é município, ele é sede de módulo e ele é um módulo porque ele é auto suficiente, ele só não é uma microrregião porque é um município só, nesse caso aqui você tem outro módulo assistencial e esse é um município sede, porque é quem oferta os serviços de maior complexidade para esses dois, assim como A.

Otávio – E o F oferta...

Eliana – O F aqui é um município-pólo da microrregião. Ele pode ser aqui a sede do módulo e o pólo da microrregião, ele já vai ter que ter um maior nível de complexidade do que a sede de módulo também, eu não me lembro se a média/média que é para módulo.

Paulo – Acho que a média/média e depois a alta é que pro pólo...

Eliana – ou aqui é a mínima da média complexidade e aqui é a média da média

Paulo – A de módulo é a mínima da média

Eliana – mínima da média

Paulo - é muita palavra...

Eliana - o mínimo da média complexidade

Paulo - aqui é o mínimo da média e aqui é a média da média, acho.

Eliana – A gente tem alta complexidade, média complexidade e baixa complexidade, dentro da média complexidade você tem a mínima da média complexidade, que são grupos de procedimentos e estão nas tabelas do SUS. Você tem a média/média complexidade e você têm aquilo que passa da média complexidade que é a alta complexidade. Então um módulo ele tem que ter um mínimo da média complexidade, o pólo tem que ter pelo menos a média da média complexidade, é num crescendo. É o que a gente está falando de hierarquização de serviço. Então aqui ele é sede de módulo e também é pólo porque ele tem média da média. Ele pode até ter alta também, se ele da conta de uma macrorregião, pode coincide também, só que ele não vai ser sede porque macro não tem, olha está escrito aqui, procedimentos mínimos. Mínimo da média complexidade, leitos básicos e procedimentos da média complexidade, leitos básicos e especializados.

Paulo – Então falamos certo...

Eliana – Então como a gente pensou em organizar o fluxo da assistência? Vamos organizar esse fluxo e vamos operacionalizar isso como? Está tudo descrito, está tudo levantado, eu sei quem tem como não tem, está funcionando, não está funcionando, o que a gente vai fazer para reordenar esse fluxo e garantir esse acesso? A organização do sistema local, no caso a gente está falando de município, ela deve se dar através de uma central de marcação, que após essa última câmara técnica que teve lá no CONASEMS, que é o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde, eles não estão mais querendo utilizar essa terminologia, então de repente você vai ouvir aqui, Central de Marcação e vai ouvir em outro lugar Central de Regulação nível I. Isto ainda não está institucionalizado, mas a tendência é de dizer que uma marcação ela já é um nível de organização superior àquele de atendimento por ordem de chegada. Antigamente a gente dizia marcação, é um agendamento, aquilo que faz até no salão de beleza. Você diz eu quero isso, você tem que ter horário para fazer isso? Eu tenho segunda-feira 4 horas da tarde. Ela não está

levando em consideração a urgência ou a sua necessidade de atendimento, então é uma fila de espera que foi transferida para o computador, para o papel. A Regulação, ela já vai obedecer critérios de urgência, de necessidade para dizer: não, esse tem mais necessidade, então ele vai ser atendido hoje, a tal hora, em tal lugar. Você que pediu antes, mas é uma cirurgia eletiva, por exemplo, que não está te trazendo grande risco à saúde, você já vai ser atendido mais para frente porque você tem outros critérios para estar colocando pacientes para serem atendidos antes daquele que precisa menos. Então é mais ou menos isso que a gente chama de inteligência regulatória e é o que diferencia uma central de marcação de uma central de regulação. Só que a questão hoje aqui, quando você fala numa central de marcação, invariavelmente você já começa a fazer algum tipo de triagem, porque você nunca tem serviço em excesso para ofertar, então qualquer coisa que saia daquela fila já é chamado de iniciativa de regulação, é uma regulação insipiente, até porque você tem um teto financeiro que você vai ter que escolher para quem você vai conceder aquele atendimento, e se na hora de conceder aquele atendimento você levar em consideração a gravidade do caso, isso vai ser uma forma de regulação, e isso na central de agendamento por vezes faz. Então hoje a discussão se dá a esse nível, mas o que está definido e que vem valendo até hoje é que, para a gente, é que na organização de sistema local bastaria o mínimo de organização que se dá através de uma central de marcação, isso é muito mais controle do que regulação, mais a parte de controle. A responsabilidade gestora é do município, independente dele estar na gestão plena, se ele está na básica e quiser fazer uma marcação de básico, de especialidade, ele vai lá, analisar qual a necessidade dele. A organização do sistema regional, aquilo que a gente falou, módulo não está aqui, mas entra também, módulo, micro e macro regional, através de centrais de regulação micro e macro regionais, quer dizer, a regulação, ela vai dar conta dependendo da abrangência da assistência de determinado território, seja municipal, seja regional, seja macro regional.

Otávio – A macro regional então...

Eliana – A responsabilidade gestora da microrregião, por muito tempo discutimos que deveria ser um colegiado dessa microrregião, mas temos encontrado alguma dificuldade e a gente não dá isso aqui como discussão encerrada ainda não, mas a tendência está se dirigindo mais para que a responsabilidade seja assumida pelo município-pólo de microrregião, e da macrorregião é a responsabilidade gestora da SESAB.

Otávio – E aí seria a Secretaria Municipal de Saúde do município-pólo que seria o gestor do sistema?

Eliana – Perfeito. E aqui a Secretaria de Saúde do Estado, até porque você se lembra, voltando para cá, que nós dividimos considerando muita coisa de alta complexidade e aqui a alta complexidade está com o Estado.

Otávio – Então a gestão é mesmo da SESAB?

Eliana – Exatamente, a gente previu centrais macro regionais sobre a gestão do Estado para dar conta deste fluxo aqui, e aí é mais ou menos assim que funciona: você organiza a nível municipal. Ela te falou aqui as portas de entrada?

Otávio – Falou.

Eliana – A Central Municipal de Regulação, de Regulação nível I ou de marcação, ela vai muito mais controlar do que regular, os procedimentos da atenção básica, média complexidade, quando essa oferta que ele tem aqui é igual à necessidade que ele tem dentro do município, mas ele pode ter um excedente em algum procedimento ou ele pode ter carência desse procedimento, nesse caso ele vai disponibilizar ou solicitar, é um ao contrário do outro, se ele tem carência ele vai solicitar, se ele tem excedente ele vai disponibilizar pro município agregado do módulo que ele tiver e para a central micro regional de regulação, então naquela lógica da regionalização eu tenho essa microrregião, esse município aqui, ele tem

um excedente de leito que ele vai disponibilizar ou para o município agregado que está encaminhando para ele, ainda assim ele tem excedente, ou ele é o único nessa região e ele vai disponibilizar para aquela microrregião, e aquele procedimento, não todos, vai ser controlado/regulado pela central micro regional.

Otávio – Eles trabalham como um consórcio?

Eliana – Aqui o módulo é mais ou menos como um consórcio.

Otávio – Como se fosse, porque eles têm uma interligação com o município ou então entre um e outro.

Eliana - Uma interligação, exatamente. Agora, tem uma centralização da gestão.

Otávio - Desse fluxo aí? Nesse município-pólo de microrregião?

Eliana – Você entendeu perfeitamente. Aí nesse caso que ele não deu conta aqui, ele vai perguntar: município-pólo da minha microrregião, quem tem esse procedimento para me ofertar? Aí a sede vai falar, essa central municipal ela vai falar com a central micro regional que vai localizar dentro daquele território micro regional, quem tem aquele procedimento, o excedente que ele está precisando. E a lógica é a mesma, é sempre a mesma num crescendo, assim se ele tem um excedente ele disponibiliza para as outras microrregiões que compõem a macrorregião dele e também vai disponibilizar alguns para a central estadual, que está na micro ainda, que ele vai disponibilizar para outras centrais de regulação micro regional e para a central macro regional da qual ele faz parte. Para a central macro regional os procedimentos estratégicos, mas para frente você vai compreender porque a gente está chamando, e os serviços de internação e urgência inter-hospitalar, e para a central micro regional é aquele excedente que a gente falou, de média complexidade, porque a microrregião tem que ter no mínimo a média da média e o serviço de internação e urgência micro hospitalar. Essa responsabilidade gestora é

do município-pólo da microrregião. Nessa mesma lógica e nesse crescendo a gente vai ver que essa central micro regional, quando ela não tem aquele procedimento, ela vai fazer a mesma coisa como ele fez com ela: para quem eu vou agora, eu vou para um território que tem um serviço de maior complexidade para me ofertar, que é a minha macrorregião, lembra que eu te falei de economia de escala e que a macro ela deveria e deverá dar conta de todos os procedimentos do menor a maior complexidade, por isso o Plano Diretor de Regulação, que a gente falou originalmente que serviu de base para a elaboração do nosso plano de regulação, ele também é composto com mais um item, que é da responsabilidade da Superintendência da Joselita, que é o Plano Diretor de Investimento, que você tem que casar as coisas. Se eu digo que a macrorregião tem tudo, vou lá mapeio e ela não tem, não tem o que? É esse Plano Diretor de Investimento já vai dirigir investimento que tem que ser feito para aquela, para a necessidade daquela macrorregião, essa precisa disso, aquela precisa daquilo.

Otávio – Ela teria que ser autônoma?

Eliana – Ser autônoma. Então ele vai, macrorregião e a central macro regional quem é que tem aqui já que não tem é micro, na minha micro, quais as outras micros que compõem essa macro, tem esse serviço que eu preciso para disponibilizar para mim. Ou vou ofertar para a minha macrorregião: olha macro, eu atendi a minha micro toda e ainda tenho. Como Salvador faz, por exemplo, Salvador é um município que está na atenção básica, mas ele concentra a maior parte dos serviços de maior complexidade tecnológica do Estado, então ele é um município de referência para outras macrorregiões, referência estadual, e aí nesse caso, isso vai ser regulado por uma central estadual. Nós temos aqui o cronograma de implantação, ela está prevista para junho, a implantação da nossa central estadual de regulação e das seis macrorregiões no mesmo espaço. Fica ali em frente ao Iguatemi. A gente compreendeu que o que precisa estar lá é informação.

Otávio – O problema é a gestão de informação?

Eliana – Exatamente. Então a gente vai a macrorregião, a microrregião não, ela vai estar lá, no território da micro. Mas a macrorregião, a central reguladora da macrorregião vai estar aqui junto com a central estadual e funcionando com aquela coisa tipo: a gente faz com o serviço, não gosto desta separação, de assistência técnica, que eu sou capaz de ligar hoje para a assistência técnica, deixa eu ver que marca aqui, da Sony, que está em São Paulo e a Sony me dizer que na minha rua eu tenho, uma casa tal, uma autorizada tal.

Otávio – No espaço físico, você tem que ter informação.

Eliana – A informação daquele espaço, isso seria também para utilizar custo e facilitar o gerenciamento, que está sob a responsabilidade do Estado. Então em junho nós deveremos estar implantando onde funcionava o IAPISEB (?), aqui a central estadual de regulação e as seis macro regionais funcionando. Por isso que eu digo que não tem funcionando essa central.

Otávio – Sim, mas o modelo já existe, que é um pouco do que a gente estuda, que é entender esse modelo que está sendo implantado.

Eliana – Se eu pego essa central, todas as outras centrais, reúno tudo isso, eu tenho o que eu chamo de complexo de regulação.

Otávio – Estadual.

Eliana – Esse complexo, ele já tem uma função diferente dessa central. Essa central ela é uma figura que operacionaliza e aqui é mais o nível estratégico. Eu vou fazer o que? Eu vou trabalhar com todas as informações que vem de todas as centrais aqui nesse complexo e aí eu saber, para o Estado, que a gente costuma dizer que a gente não tem parâmetros de necessidades muito confiáveis, necessidades de saúde da população, nós temos série histórica, temos outros parâmetros desatualizados, mas a série histórica, por exemplo, ela está sempre traduzindo aquilo que você já tem, e o

que você não tem está registrado aonde? E uma central de regulação, ela dá conta desse registro efetivo da necessidade, você vai estar sempre se reportando para conseguir aquele serviço que você tem ou que você não tem para que aquela municipal contate com a micro, para que a micro contate com a macro e para que a macro contate a estadual, então a necessidade dela vai ser sempre registrada, então isso aqui é o que a gente costuma dizer que é um observatório privilegiado do sistema de saúde como um todo. As necessidades, aqui é fato, desempenham uma função estratégica para o sistema de uma forma geral de regulação de Estado, aqui vai produzir informação apenas para a assistência, mas para a política de saúde, inclusive, gerencia o sistema de regulação como um todo e informações que definem estratégias e unidades de análises que o observatório privilegiado do sistema de saúde, e aqui essa responsabilidade é da SESAB. Não precisa ter uma estrutura física para isso, que são as cabeças pensantes da saúde no Estado, que isso aqui deve ser, apesar da responsabilidade da SESAB, tem que estar articulado com as outras instâncias, a Universidade, com a sociedade, quem participa das decisões, todo mundo que participa das decisões de saúde do Estado da Bahia, sob a responsabilidade gestora da SESAB. Nossa proposta para implantação, agora nós vamos começar com tudo?

Otávio – Tem que ter um foco que é esse aqui...

Eliana – É, nós vamos começar com algumas coisas. A princípio nós estamos trabalhando no sentido de começar com essas caixinhas que a gente chama aqui de unidades de trabalho. Pode ser por tema, pode ser por espaço, uma central municipal é uma unidade de trabalho, no fim das contas, do complexo de regulação, mas eu dentro da central estadual eu tenho por tema, unidades de trabalho. Então nós vamos começar aqui, já que a alta complexidade está sob a nossa responsabilidade, com a alta complexidade e com alguns procedimentos que nós chamamos de estratégicos. Por que eles são estratégicos, eles não são de alta complexidade, mas eu tenho pouca oferta e essa oferta está toda concentrada na capital, se a central não regula, só vai ter acesso a aquele serviço o município de Salvador

Otávio – quem está aqui.

Eliana – Então por conta disso, um exemplo disso é a anatomia patológica, então isso também deverá vir para ser regulado pela central estadual. A princípio nós começaríamos com. Está uma discussão aqui não é Paulinho, se é químico ou rádio agora, se é rádio mesmo ou se é químico, é o que ontem que você estava discutindo com o pessoal da ONCO...

Paulo – a ONCO parece que está tomando um caminho, parece que a químico e a rádio, como são procedimentos conjuntos se manter, vai justamente estar dentro da regulação, mas inserir na oncologia a questão da internação.

Eliana – Então nós estamos discutindo, construindo junto com os experts, que são os técnicos em cada um desses sistemas, porque nenhum sabe tudo mesmo, não pode, não deve e nem quer. Então o pessoal que trabalha com obstetrícia oncologia está construindo protocolos clínicos, as centrais têm seus protocolos normativos também e seus protocolos de encaminhamento. O Superintendente precisa saber o que fazer em caso de: o paciente daqui, o paciente não sei de onde, então a gente tem protocolo de encaminhamento interno, que são os normativos, tem protocolos técnicos, que são utilizados pelo médico regulador, esse aqui se dá basicamente em cima da figura de um médico regulador, isso é uma atividade, tem a regulação médica, ato médico e tem os protocolos de intervenção. É assim, nós pactuamos, nós contratamos e aí eu digo: estou mandando um paciente para tal unidade para ser atendido, estou mandando para aí, ele ficou de receber, me informou que tinha essa disponibilidade, o paciente foi e ele não recebeu. Então o protocolo de intervenção vai me dizer que atitude eu tomo, aqui em nível de secretaria ou ministério, seja lá o que for para dar conta desse pacto que não foi cumprido. Aqui apenas um levantamento de onde a gente já tem central de regulação, iniciativa de regulação, mas a maioria funciona com marcação e agendamento. Muito interessante você conhecer a experiência aqui na Bahia, de Vitória da Conquista.

Otávio – Eu ia até te perguntar mais para frente assim: onde seria interessante eu fazer um estudo mais a nível regional.

Eliana – Eu diria que basta você visitar Vitória da Conquista, é a que está mais desenvolvida, a gente tem aqui outros municípios: Ilhéus está implantando agora, Jequié já tem uma parte dela implantada, está implementando.

Otávio – Uma outra questão, já que a gente falou disto, vai me ajudar. Estes hospitais que foram terceirizados, onde seria interessante estar vendo?

Eliana – Onde você encontra informações a respeito disso?

Otávio – É. Onde seria interessante a gente estar vendo, que experiência?

Eliana – Vamos ver isso com a Caim, que é quem cuida da rede própria. Eles são terceirizados, mas é rede própria, ela está só sob a gerência de terceiros.

Otávio – Eu conversei com o Secretário, mas eu não perguntei, ele falou que são 13 hospitais que estão terceirizados.

Eliana – Eu estou entendendo que ele é de propriedade do Estado, mas ele está sob a gerência de uma empresa, por isso ele é terceirizado, é o gerenciamento dele que é passado para a mão de terceiros.

Otávio – E onde é que eu teria como saber?

Eliana – Na rede própria, eles te dizem melhor qual seria o hospital, aqui a gente tem o Eládio que é interessante, mas talvez eu não seja a pessoa indicada para, mas deixa eu te apresentar. Eu só quero chamar a atenção que a estratégia nossa é incentivar, apoiar com recursos, com assessoria técnica, no que for possível a implantação inicial das centrais de regulação dos municípios-pólos da microrregião.

Nos municípios-pólo, de centrais municipais e municípios-pólo de microrregiões, porque estas centrais se tornarão, elas são embriões das micro regionais, é o que você vai ver em Vitória da Conquista, você vai ver uma central municipal que vai se transformar em central micro regional porque Vitória da Conquista já pactuou com mais de 50 outros municípios, ele oferta serviços para esses outros município e ele controla e regula tudo isto através de uma central, se ele controlasse os municípios.

Fim da entrevista

4 - Entrevista com Edinice Gonçalves de Souza, diretora da Diretoria de Regulação do Sistema de Saúde da SESAB, concedida em 19/04/2002 em Salvador.

Otávio – Eu gostaria de saber exatamente o que faz essa diretoria.

Edinice – Essa diretoria é composta por duas grandes coordenações, que são a Coordenação de Cadastro e a Coordenação de Faturamento de Serviços de Saúde. A Coordenação de Cadastro é responsável por toda parte de credenciamento de unidade de saúde, atualização dos cadastros, o cadastro das unidades novas que fazem parte do sistema SIA ou SHSUS, seja mediante contrato ou convênio. No caso da unidade nova, o prestador faz um ofício ao senhor secretário solicitando credenciamento daquela unidade, tem uma relação de documentos básicos necessários ao credenciamento, esses documentos são analisados pela equipe técnica, feita uma visita “in loco”, vistoria, para saber se corresponde o que está no papel com o que está sendo apresentado, estando tudo compatível o processo é concluído e encaminhado à superintendente, a dona Sônia, para a apreciação dela e ela leva ao gabinete para autorização do secretário.

Otávio – Isso em relação ao SUS?

Edinice – Ao SUS, à unidade do SUS, tudo para fazer parte do sistema SIA que é o ambulatório e SH que é a parte hospitalar do SUS.

Otávio – E essa regulação é feita a partir...

Edinice – Não, a regulação não é minha, o controle e a avaliação!

Otávio – Esse controle e avaliação ele é feito a partir daqui, da secretaria estadual?

Edinice – Daqui, nos três níveis, porque ela tem o controle federal, tem o estadual e tem o municipal, principalmente os municípios de gestão plena que já estão se organizando nos seus serviços de controle e avaliação, só que aqui para a gente é uma coisa muito incipiente, o controle e a avaliação, nós temos um Estado com 415 municípios e temos duas pessoas que trabalham no cadastro, três, a coordenadora e mais duas, como as duas, meio turno cada um, correspondem a uma pessoa, até a questão da informática é bem incipiente aí. É uma técnica muito boa, tem uma visão muito ampla, mas os recursos ainda não são compatíveis ao desenvolvimento das ações, recentemente ela esteve, inclusive, em São Paulo, que lá já está mais avançado, controle e avaliação de lá e Fortaleza, como subsídio que possa crescer aqui, então o controle e avaliação aqui, mas ele trabalha muito ligado com a regulação, mais até com a regulação do que mesmo diretamente aqui na diretoria, mas todas as unidades, por exemplo, o prestador quer instalar um laboratório em Salvador, então esse processo é encaminhado a coordenadora do controle, ela faz a avaliação para saber a necessidade daquela unidade, o já existente se há necessidade, baseado nos parâmetros de programação, então ela dá o parecer dizendo se necessita ou não daquele serviço.

Otávio – E isso está enquadrado como dentro desse...

Edinice – Dentro do controle.

Otávio – Dentro dessa nova divisão de macrorregiões, porque antigamente trabalhava pelas DIRES? Tinham as diretorias regionais.

Edinice – Sim. Hoje nós ainda trabalhamos com as DIRES, porque as macros ainda não estão implantadas, elas estão todas mapeadas no papel, mas elas ainda não estão implantadas efetivamente a nível de Estado.

Otávio – E a idéia é que essas macro estejam passando essas informações para vocês aqui?

Edinice – Que as macros sim.

Otávio – Atualmente são feitas pelas DIRES? As DIRES é que fazem esse contato ou vocês mesmos?

Edinice – Não, as DIRES quase que não fazem. Elas disponibilizam as informações e essa avaliação é feita aqui, as DIRES não fazem esse...

Otávio – Ela não funciona como se fosse um núcleo?

Edinice – Um apendicezinho daqui para fazer? Não, não, ela faz o trabalho geral dela, mas como controle e avaliação não.

Otávio – O controle e avaliação, então ele é feito pelo Estado?

Edinice – Central.

Otávio – Pelo nível central e de todos os municípios, tirando aqueles que estão em gestão plena. E atualmente são quantos municípios?

Edinice – Como em gestão plena são 19, são 415 menos 19.

Otávio – E quanto ao resto então? vocês têm esse controle e avaliação do que está sendo feito?

Edinice – Não vou te dizer que efetivo, eu estou te dizendo que estamos iniciando, nós não temos ainda controle e avaliação, controle e avaliação implantado na secretaria.

Otávio – É, na verdade o nosso projeto, ele está trabalhando com a implantação desse sistema.

Edinice – É, inclusive nós temos, nós estamos com a assessoria da FGV, que o pessoal tem vindo trabalhar aqui com a gente.

Fim da entrevista

5 - Entrevista com Miriam Cortes Bittencourt, Coordenadora de Controle e Avaliação, da Diretoria de Regulação do Sistema de Saúde da SESAB, concedida em 19/04/2002 em Salvador.

Otávio – Então, eu gostaria que você me falasse como que funciona o controle e avaliação pelo Estado dentro desse contexto depois do SUS, da descentralização do sistema de saúde, como que está sendo feito isso?

Miriam – Bom, o controle e a avaliação no novo organograma, ele foi contemplado há um ano e meio atrás e até então nós estamos conhecendo quem somos, porque nós pegamos uma fase em que nós não conhecemos todos os nossos estabelecimentos de saúde, o cadastro estava desatualizado e a base de controle e avaliação e regulação é cadastro. Sem o cadastro a gente não pode, a gente tem uma situação, tem um diagnóstico, mas é um diagnóstico que nós não podemos avaliar. Então nós iniciamos, pegamos um recadastramento que veio ajudar, porque foi uma solicitação da gente junto ao Ministério da Saúde, tendo em vista que essas dificuldades não são só do Estado da Bahia, e sim de todos os Estados brasileiros, porque os cadastros de uma forma geral estavam todos atualizados, então o Estado da Bahia foi a unidade piloto para poder iniciar esse recadastramento. Inicialmente nós tínhamos no cadastro do DataSUS, cinco mil e poucas unidades e o que a gente esta percebendo é que realmente, a gente tinha cinco mil e algumas, que eu não tenho de cabeça o numero exato, só de unidades vinculadas ao SUS, as não vinculadas nós não conhecemos aqui no nosso Estado, nós não conhecemos a oferta de nenhuma unidade privada não vinculada, e para quem é gestor é necessário também conhecer essa demanda, até porque se houvesse uma necessidade nós poderíamos intervir para uma nova contratação, no caso de uma epidemia, ou no caso de uma necessidade de serviço, e tem mostrado para a gente isso, porque ainda não acabou, nenhum Estado conseguiu concluir, nem Estado da Bahia que foi piloto, porque é um trabalho realmente grande, porque conseguiu unir as duas coisas que nós não tínhamos juntos: o hospital e o ambulatório. Antigamente tinha cadastro de ambulatório e cadastro de hospital, e isso aumentava o número de unidades para a

gente, que contava-se duas vezes quando se tratava de um hospital, um ambulatório de hospital, então nós iniciamos com esse recadastramento e a gente já chegou ao diagnóstico que o número de unidades credenciadas ao SUS é menor do que hoje existe no cadastro, ta certo? Então é o primeiro diagnóstico. A outra coisa importante que a gente viu, é a questão, sem contar esse trabalho direto com a regulação, porque primeiro a gente tem que cumprir com essas etapas, para poder a gente responder a regulação, porque se nós não conhecermos quem somos, quantos somos, nós não vamos poder subsidiar regulação, no processo de regulação, então a gente esta na coisa do recadastramento e uma coisa básica que é o que eu estou fazendo aqui agora, questão de parâmetros, nós temos que saber qual a necessidade do Estado, não é isso? utilizando critério populacional e também a questão do perfil epidemiológico que nós não podemos esquecer também a questão do perfil epidemiológico porque nem sempre a necessidade de um determinado número de consultas de especialidades para uma área é tão importante como para outra, no caso da consulta de Hansen, p. ex. Então a gente tem que estudar também a questão do perfil epidemiológico e isso a gente vem fazendo justamente isso, já fizemos o recadastramento, já esta em fase de conclusão, tem a questão dos parâmetros que nós estamos fazendo por grupo de procedimento, e a gente está fazendo um detalhamento por grupo de procedimentos, necessidade populacional e por município. E aí a gente vendo que, a necessidade, quanto a gente tem hoje, se o que tem lá, o que existe é realmente necessário ou se a gente vai ter que fazer uma redistribuição do recurso, porque a gente sabe, vamos dizer, em Salvador existe uma concentração de serviços e aí o município às vezes credencia e a gente acaba não descredenciando alguém aqui para poder dar lá, então vai se juntando e ficando os excessos, então a gente vem fazendo esse trabalho e analisando isso. Paralelamente a isso é lógico que a gente tem que cumprir todos os passos da NOAS, da nova operacional básica, e nós estamos trabalhando em conjunto com o pessoal da regulação para subsidiar, assessorar os municípios na implantação da regulação e do controle e a avaliação também do município que é importante, então a gente está indo aos municípios e fazendo apresentações, a regulação, e mostrando que não existe regulação se não tiver um controle e avaliação fazendo, o controle das

autorizações de RH, aliás, inicialmente a gente falaria até vendo, um maior controle seria ver o plano de metas do município e ver os indicadores que foram colocados e as metas se estão sendo cumpridas ou não, isso já daria uma avaliação assim para a gente, brilhante né? mas que não é a realidade ainda. Então a gente vem trabalhando para poder mostrar isso para os municípios. Além desse plano de metas dos municípios, a questão das autorizações de PACS de IRH, a importância dos contratos de estabelecimentos, porque isso tudo subsidia a regulação, porque se eu disser, tem um serviço lá, ele vai, ele solicita, ele diz que esta encaminhando o paciente lá para a cardiologia, quando chega e não tem a vaga para cardiologia porque nem existe o serviço, o meu não está funcionando bem, ela vai me sinalizar e eu vou lá para ver o que está funcionando...

Otávio – Integrado?

Miriam – Então, totalmente integrado.

Otávio – E esse sistema já está informatizado? A tendência é informatizar?

Miriam – Não. A tendência é informatizar. Nós estamos estudando, vendo com a PRODEB, a possibilidade de um software, que já está um pouco adiantado, que vai beneficiar não só a regulação, como o controle e avaliação.

Otávio – Um software que daria conta do sistema inteiro?

Miriam – Vai dar uma visão a nível ambulatório hospitalar, e aí na parte de ambulatório, consultas, a PACS, tudo que a gente quiser, mas a gente está trabalhando nisso ainda, nós não conseguimos ainda finalizar.

Otávio – Qual que é a importância desse trabalho para a definição daquelas macrorregiões? Porque um dos critérios de definição é a disponibilidade de alguns serviços. Esse trabalho de vocês entra dentro dessa definição?

Miriam – Repare, nós trabalhamos, nós estamos trabalhando agora, porque antes não tinha ainda o PDR, que é o plano diretor de regionalização, nós trabalhávamos por DIRES, agora nós estamos dando um enfoque justamente por microrregião, então esse trabalho que a gente faz hoje, a gente trabalha visando, vamos dizer, a questão da necessidade de uma microrregião, mesmo quem á sede, se ele vai precisar de um laboratório ou se lá interessa para ele, devido, ele não vai receber ninguém, a população dele não tem 25.000 habitantes, pode ser um posto de coleta, então é integrado também com o PDR e é lógico, que a gente tem que estar junto da PPI que é a programação pactuada integrada e esse processo é desencadeante, é planejamento, controle, avaliação e regulação, esses quatro tem que caminhar juntos, o planejamento fazendo essa parte toda que ele vem fazendo, a questão do PDR que é a SUDESC...

Otávio – Aquela que é da descentralização...

Miriam – Aí a gente sempre está em articulação, inclusive na hora do desenho dessas macrorregiões nós trabalhamos juntos, em conjuntos, nós aqui da DRS e o pessoal da DAES junto com a SUDESC, então, um trabalho totalmente articulado.

Otávio – Ótimo, então esse sistema ele realmente é feito a partir do Estado?

Miriam – Do Estado. A gente enxerga o Estado.

Otávio – Então o Estado, ele tem um controle de toda essa rede. A idéia que ele tenha o gerenciamento...

Miriam – Isso. Porque na realidade o Estado que vai coordenar todas essas ações, então ele tem a visão toda da rede, agora, a tendência realmente é de descentralização, então a gente vai fazer o que? A gente vai continuar monitorando os municípios, avaliando e sinalizando aos municípios se a gente encontrar alguma distorção. Primeiro, porque vai haver uma PPI, uma questão da

microrregionalização, um termo de garantia de acesso, onde o gestor estadual é responsável pela garantia daquele atendimento, a micro regional e o gestor estadual, então a gente não pode simplesmente descentralizar e deixar, a gente tem que continuar acompanhando e vendo realmente o que esta acontecendo no município, sinalizando e se for o caso, até intervindo.

Otávio – Então tem esse papel realmente, forte do Estado, na regulação, no controle?

Miriam – Está previsto isso. Isso é o que a gente começa, vamos dizer, o controle e avaliação, acho que o pessoal já está até em um outro estágio, mas o controle e avaliação por você ter uma equipe pequena, eu e mais duas técnicas só, e cada uma com um turno só, então é só eu que trabalho em dois turnos para não sei quantas unidades e geralmente só quem da essa assessoria, assim quando há essa necessidade maior sou eu, então não é uma coisa grandiosa, a gente vem fazendo isso gradativamente, a gente esta buscando, eu estou, eu conversei com a nossa diretora hoje para ver inclusive a possibilidade nessas próximas viagens, começar a levar um técnico meu para poder aos poucos a gente ir descentralizando também, para poder ampliar, mas a gente vem fazendo isso com a regulação tranquilamente.

Otávio – E esse controle não tem intenção de ter, vamos supor, uma unidade regionalizada dentro das macros regiões?

Miriam – Pretende sim.

Otávio – Que se tenha um núcleo?

Miriam – Isso. Na realidade o que se pensa é justamente isso, vamos dizer, o formato que existe hoje no nível central ter lá, certo? Então vamos dizer, cada um com suas funções, porque na realidade, o controle e avaliação, ele tem que ser visto pela três esferas de governo. Tem coisas que tem que ser normatizadas para controle

e avaliação a nível federal, do nível federal, do estadual ele faz suas normas, ele pode criar suas normas, e o município, ele tem que estar dentro dessas normas do estadual e também em consonância pode rever junto ao Estado as normas, entendeu? Então a gente tem traçado, inclusive nós estamos criando, fazendo agora o manual de regulação, a parte toda de regulação está pronta, a de controle e avaliação não ficou pronta, a gente pretende, vamos dizer até a primeira quinzena de maio, esse manual de controle e avaliação também, que ele esteja pronto para poder a gente imprimir, e começar também...

Otávio – Passar para os municípios?

Miriam – Passar para os municípios, porque na realidade hoje, eles não têm esse material.

Fim da entrevista

6 - Entrevista com Públio Ezequiel Cardoso, Presidente da Comissão de Fiscalização, Acompanhamento da Gestão dos Hospitais Públicos Terceirizados, concedida em 19/04/2002 em Salvador.

Otavio – Eu gostaria de saber como é que está sendo feita essa terceirização, como está sendo feito o acompanhamento de vocês?

Públio – O processo de terceirização é anterior a comissão, existem leis específicas e através de critérios técnicos que eu não conheço, que são inclusive através aqui da SURAPS - Superintendência de regulação.

Otavio – Ela que estabelece os critérios?

Públio – Exato, e após isso, os critérios de quais unidades serão terceirizadas nesse processo é enviado à diretoria administrativa que procura, verifica a dotação orçamentária, ou seja, se há disponibilidade orçamentária. Havendo, esse processo licitatório é encaminhado a Coordenação de Licitação para a programação e os passos seguintes nas licitações.

Otavio – Aí existe esta comissão, a idéia da comissão é estar acompanhando...

Públio – Acompanhando a gestão, a gestão dos hospitais, é uma fiscalização e acompanhamento também, nessa fiscalização nós verificamos a ação administrativa, se ela está compatível com o que foi pactuado no contrato, e caso haja algum desvio, a tarefa de acompanhamento, de orientação, para que na próxima visita, nós já tenhamos se eles entraram em acordo.

Otavio – E vocês tem reuniões mensais? Como que é feito?

Públio – Eles mensalmente nos remetem a fatura e o relatório gerencial e nós examinamos todos os aspectos desse relatório gerencial e também tomando como parâmetro os relatórios de nossas visitas, são os relatórios de inspeção.

Otavio – E essa terceirização, ela começou com hospitais novos?

Públio – É, pela planilha dá para ver, primeiro me parece 1996, hospital Prof. Eládio Lassére, que é aqui em Salvador.

Otávio – O primeiro então é de 1996.

Públio – É, 1996, foi o primeiro contrato, depois se seguiram o hospital regional de Ibotirama e o hospital Carvalho Luiz que é aqui em Salvador, pelo ano aí da para você ver, pelo número do contrato (mostra uma tabela com a relação dos hospitais e respectivos contratos).

Otávio – Está em ordem cronológica inclusive. Então a idéia é de estar fazendo essa terceirização só em lugares novos ou em todas unidades mais para frente?

Públio – É, eu acho que é interessante e viável também se fazer unidades novas, porque senão haveria um problema com o quadro de pessoal do Estado, quadro estatutário, geraria problemas com a gestão terceirizada que entra com quadro próprio e os contratos que também permitem a sub-contratação.

Otavio – De serviços?

Públio – De serviços. Eles subcontratam cooperativas, por exemplo, cooperativas de médicos, enfermeiros.

Otavio – Então toda gestão é deles?

Públio – Toda gestão terceirizada.

Otavio – O prédio?

Públio – Não, o patrimônio é do Estado, o Estado cede o imóvel e os equipamentos, toda estrutura física e também a parte de equipamentos e eles entram com todos os recursos organizacionais, recursos humanos necessários para movimentar o hospital.

Otavio – E esses hospitais, eles eram da rede estadual?

Públio – Todos eles são.

Otavio – A rede municipal não tem idéia de participar do projeto?

Públio – Ocorre o seguinte, é uma outra atividade que é a municipalização, alguns hospitais da rede estadual já foram municipalizados mas é um outro processo, não tem nada a ver com a terceirização.

Otavio – Então quer dizer que dentro do SUS se optou por dois caminhos: Com a terceirização nos hospitais estaduais e algumas municipalizações? E tem algum critério para terem sido escolhidos esses além do fato de serem unidades novas?

Públio – Esses critérios eu não conheço porque eles são critérios técnicos aqui da SURAPS. A SURAPS, com a sua Diretoria de Regulação, tem a Coordenação Hospitalar, são os órgãos que integram a SURAPS, esses critérios técnicos não conheço.

Otavio – Esta comissão da qual você é Presidente está inserida dentro de onde no organograma da SESAB, da secretaria?

Públio – Ela não faz parte da estrutura organizacional ainda, ela foi criada há um ano, vamos colocar um ano e meio, então ela foi designada através de Portaria do Secretário da Saúde e é subordinada ao Diretor Geral, a Diretoria Geral.

Otavio – Diretoria Geral da SESAB, e ela é composta hoje de quem?

Públio – Somos eu, eu sou administrador, minha lotação original era da Licitação, Coordenação de Licitação.

Otavio – É só para ter uma idéia de como funciona, então ela tem uma pessoa da licitação...

Públio – Tem um médico, por causa da auditoria médica. Só um médico pode ter acesso aos prontuários. Temos um contador e o quarto é administrador hospitalar, ele é professor e tem uma especialização de administrador hospitalar.

Otavio – Todos quatro são daqui da SESAB ou não?

Públio – Sim. Agora esse administrador hospitalar, ele é originário da Secretaria da Educação, ele é professor, mas como ele tem a especialização de administração hospitalar, já tem experiência hospitalar ele foi agregado aqui.

Otavio – E a Comissão entende que vão ser só estas quatro pessoas? Então essa Comissão é constituída por quatro pessoas. Você é da SESAB, o médico é da SESAB, o contador também é daqui e só o administrador hospitalar que a princípio não?

Públio – Aqui veja bem, existe um dispositivo administrativo que ele coloca à disposição, todos são do quadro, são da rede estadual, então quando há a necessidade por uma especialização, a Secretaria mediante despacho do Governador, cede a outra Secretaria.

Otávio – É um comissionamento, alguma coisa assim? Então essa comissão na verdade é composta por quadros da SESAB?

Públio – Podemos considerar assim.

Otávio – Porque realmente a regulação desse sistema é daqui, dessa Secretaria, e você como Presidente se reporta a Diretoria Geral?

Públio – Nós somos subordinados a Diretoria Geral que é do Dr. Raimundo Perazzo Ferreira.

Otávio – Agora uma última informação que me interessa: dentro de uma análise sua, especificamente qual dessas unidades seria interessante estar indo ver, qual a experiência está mais interessante?

Públio – Você queria saber a que melhor funciona?

Otávio – Qual melhor funciona, a mais representativa do processo.

Públio – Em Salvador é o Eládio Lassére.

Otávio – Esse mesmo, o primeiro?

Públio – Ele é bem organizado.

Otávio – E tem algum outro ponto, por exemplo, que fosse representativo para a gente tentar entender o processo, a partir do ponto de vista deles também, que para vocês está funcionando da maneira que vocês acham que é mais adequada, que seria modelo?

Públio – Tem uns que tem problemas até de ordem estrutural, por exemplo, a Secretaria não entregou a unidade, digamos assim, com a reforma concluída, então você também tem que reconhecer isso e não exigir tanto. Se você não tem espaço, não tem equipamento, como você vai cobrar o que está em contrato? você tem que dar um certo desconto. Mas aqui no interior vários hospitais funcionam bem. Posso citar, por exemplo o Guanambi, Paulo Afonso e Paramirim. Esses três têm um bom referencial. Itaparica que eu citei, tem uma parte não concluída da reforma, ele é parcialmente concluído e os serviços são prestados com alguma dificuldade.

Otavio –Então talvez fosse interessante ter um contato com o pessoal do Eládio, que é em Salvador?

Públio – Tem o Ibotirama. Também tem um bom funcionamento.

Otavio – Deixa-me anotar aqui: Ibotirama, esse é regional?

Públio – Esse nome regional é um nome antigo da SESAB, é hospital de Ibotirama.

Otavio – Tem mais alguma outra coisa que você acha que seja interessante dentro desse processo?

Públio – Eu também queria chamar a atenção, que eu tinha esquecido, dentro desse processo de terceirização, essa modalidade de se passar à unidade para a administração privada, nós temos também a organização social. O Hospital Mario Dourado Sobrinho em Irecê, ele é gerido por uma organização social, também regida por lei, a sigla dela é PROMIR. Isso é o modelo de organização social, e a unidade estadual também, sistema semelhante, ele cede a estrutura física, o imóvel, os equipamentos mas o módulo de gerir diverge do sistema de terceirização. É o sistema de organização social que é previsto em lei também.

Otavio – A diferença que aqui é uma empresa?

Públio – Aqui é uma empresa privada e a organização social é diferente, é só a gente ver os detalhes na Lei. Existe a Lei que rege as organizações sociais.

Otavio – Por esse caminho só tem esse?

Públio – Por esse caminho só tem esse inclusive no Estado. É a primeira experiência em organização social.

Otavio – E é novo? Começou há pouco tempo?

Públio – Não. 1999

Otavio – E essa experiência é interessante do ponto de vista...

Públio – É interessante sim, inclusive eu faço parte do conselho fiscal, sou representante da SESAB

Otavio – Desse aqui?

Públio – Também. Eles têm dificuldades mais ou menos como eu citei de Itaparica, embora eles tenham recebido a unidade já construída, era uma construção relativamente antiga, da década de 50, era uma construção defasada e desequipada, só agora em 2001, final de 2001 que eles receberam alguns equipamentos mas não todos. Receberam 70% dos equipamentos previstos, então tiveram dificuldades.

Otavio - Mas o gerenciamento a princípio...

Públio – Gerenciamento bom. Eu participo, verifico o andamento, faço análise das contas, inclusive eles usam o sistema de contabilidade pública para organização social, que aqui é o sistema de contabilidade privada de contabilidade comercial que nós não temos acesso.

Otavio – Vocês só examinam o relatório, agora no caso de organização social a contabilidade...

Públio – Eu tenho acesso à contabilidade.

Otavio - É feita pela SESAB?

Públio – Não. Pelo pessoal da organização social. No caso foi feita a licitação mas houve problemas, o Governador resolveu dispensar a licitação justamente para essa organização social PROMIR, então foi pelo sistema de dispensa de licitação.

Otavio – E o controle dessas organizações sociais também é feito por aqui, pela SESAB ou não?

Públio – Ele é feito, no caso da SESAB, por mim, na área fiscal, sou representante da área fiscal, sou representante do Conselho Fiscal. No Conselho de Administração tem outros colegas da SURAPS, também da SESAB, então o Conselho de Administração Fiscal tem representante da SESAB. Tem representantes de várias outras Secretarias. Da SEPROTEC que é Secretaria de Planejamento, Ciência e Tecnologia, da Secretaria da Fazenda, da Procuradoria Geral do Estado, da Sociedade Civil de Irecê. Todos eles fazem parte dos Conselhos, são os Conselhos de Administração e Fiscal.

Otavio - O Conselho da própria organização social, que faz parte do esquema dela é diferente do terceirizado, que o gerenciamento é daqui...

Públio – O gerenciamento é deles, o controle é que muda.

Otavio – No caso da organização social são dois tipos de conselhos, agora das terceirizadas não, o controle é feito aqui?

Públio – O controle e acompanhamento, mas todo gerenciamento é deles, inclusive nós não temos acesso à parte contábil financeira, o contrato não prevê isso, só na área administrativa e na área de auditoria médica. Eles só entregam o relatório gerencial.

Otavio – Eles tem uma obrigação, eles tem que cumprir a obrigação e o que está ali dentro não faz parte do contrato?

Públio – Já aqui nós, o Conselho Fiscal, ele foge. Ele acompanha, além dos demonstrativos contábeis, a contabilidade pública e se eu notar alguma irregularidade eu tenho acesso à contabilidade, está previsto no regulamento, na Lei.

Otavio – E não existe idéia de ter outras experiências dessas?

Públio – Tem em outras Secretarias.

Otavio – Mas não na Saúde, só esse aqui. Esse de Irecê. Bom, mais alguma coisa?

Públio – Assim, em linhas gerais é mais ou menos isso.

Fim da entrevista.

7 - Entrevista com Washington Couto – Secretário Adjunto de Saúde do município de Vitória da Conquista – BA, concedida em 30 de abril de 2002 em Vitória da Conquista.

Malu - Eu queria primeiro que você me explicasse como funciona a saúde não só no Estado da Bahia, mais especificamente aqui no município.

Washington – Aqui no município nós já estamos em gestão plena da saúde. A gestão plena é um estágio que a gente considera mais adequado porque é na gestão plena onde o município ele detêm este poder de gerir os recursos, ver qual a melhor estratégia de saúde dentro dos seus municípios, enfim, adequar a realidade de saúde de seu município, realidade local, a gestão local, tudo aquilo que o próprio Ministério da Saúde preconiza que é a saúde a todos, que é desenvolver todos os programas de saúde. Para a gente chegar nessa condição de gestão plena nós passamos antes é claro por um outro tipo de processo que foi a gestão básica de saúde que aconteceu em março de 98, nós entramos em gestão básica mas todo esse caminhar de saúde realmente para nós aqui começa em janeiro de 97 quando a gestão do prefeito Guilherme Menezes naquela época ele tem esse caráter de reverter prioridades, então nós tivemos um investimento maciço em saúde, naquela época nós tínhamos apenas 8 médicos, 5 unidades de saúde e nós revertemos, só para você ter uma idéia, hoje nós temos mais de 160 médicos. De janeiro de 97 até agora 2002 nós tivemos um percentual crescente em todos os ramos da saúde aqui no município. Tudo que é vigilância sanitária, não existia vigilância sanitária, nós implantamos a equipe, nós temos uma equipe multidisciplinar dentro da própria vigilância sanitária que atua em todos os setores que cabe a vigilância sanitária, a epidemiológica estava praticamente paralisada naquela época, hoje nossos índices de cobertura vacinal, por exemplo, são um dos melhores, nós estamos dentro do quadro de metas que é estabelecido pelo próprio Ministério.

Malu - Quais as vantagens que a descentralização trouxe ao município?

Washington – São muitas porque antes você tinha um recurso do SUS que chegava no município, primeiro o munícipe não sabia dos recursos, nós tínhamos dificuldade

Malu - Como assim os munícipes não sabiam?

Washington – Os munícipes, quem mora, muitas vezes não sabiam quando chegavam. Hoje, por exemplo, nós temos o controle social muito grande, nós temos o Conselho Municipal de Saúde, nós temos os Conselhos Locais de Saúde, nós divulgamos tudo o que o município recebe, nós prestamos contas desses valores ao Conselho. Então a descentralização propiciou isso, além do mais nós temos hoje um setor de controle, avaliação e auditoria que audita todos os recursos que saem hoje do Fundo Municipal de Saúde, então nós vamos lá no bressador checamos no caso de internação, nós checamos o prontuário, verificamos se o procedimento que foi feito é o que condiz realmente com a patologia do paciente, nós checamos qual é o tipo de medicamento que foi utilizado, por exemplo, se o que se fez foi realmente feito, então a gente faz uma visita ao paciente depois que ele sai do processo de internação com um questionário perguntando aquilo que foi feito realmente, então a descentralização ela deu ao SUS essa, vamos dizer assim, esse investimento, eu diria assim, mais racional, porque o que existia antes vocês tinham dupla cobrança, cobrava da pessoa e cobrava do SUS, é tanto que um hospital daqui de Vitória da Conquista ele foi considerado o segundo em fraude em todo o país, hoje esse hospital praticamente, eu posso dizer, pelo menos não tem nada que confirme ao contrário, mas não existe mais fraude, então não existe mais a questão da cobrança dupla, não existe mais aquela questão da pessoa não saber quais são os direitos, hoje quem mora em Vitória da Conquista sabe que a atenção básica que tem lá no bairro dele através das unidades básicas de saúde que ele pode ter atendimento no SUS em tais hospitais, se ele for para o Pronto Socorro ele vai ser atendido e antes você não tinha essa garantia porque muitas vezes os profissionais eles não estavam dispostos a trabalhar pelo SUS e hoje se ele firmou um contrato com a gente aqui da prefeitura eles são obrigados a prestar o serviço e caso esse profissional não esteja cumprindo suas obrigações o município regula o mercado colocando outro

profissional, fazendo com que o próprio prestador, se for da área privada, filantrópica que substitua esse profissional, então a descentralização trouxe “N” vantagens. Agora a vantagem maior é essa de reduzir os custos para o SUS que isso é muito bom para a gente, vai sobrar para investir em outras áreas e ter essa garantia do acesso e do atendimento inclusive que é uma coisa constitucional, está na lei, na própria lei de criação do SUS.

Malu - Você está falando que vocês contratam profissionais para estarem prestando serviços para a população. Você quer dizer mais ou menos uma terceirização do serviço, vocês não cuidam diretamente

Washington – Não. Olha bem, nós contratamos profissionais aqui de varias formas, por exemplo, nós temos profissionais que trabalham na nossa rede, o que é a nossa rede? Nós temos as unidades básicas que são dois tipos: PSF – Programa de Saúde da Família – onde nós temos um médico generalista que cuida de toda uma gama da uma população, nós temos hoje 31 equipes, só em Vitória da Conquista, nós temos 100% de cobertura da Zona Rural, nós temos na Zona Rural 10 Distritos, nosso município é um município muito grande, muito extenso, são 3743 Km quadrados, então nós temos 100% de cobertura PSF Zona Rural, nós temos ainda as equipes na zona urbana e mais as unidades básicas tradicionais que contam com o ginecologista, o pediatra e o clínico, nós temos 6 unidades básicas

Malu - Aliás elas estão sob a administração direta de vocês.

Washington – Nós, então a nossa rede básica é essa e nós temos ainda o CEMAI – que é o Centro de Atenção Especializada onde nós temos uma gama de especialidades, cardiologista, otorrino, endócrino, dermatologista, tudo lá dentro desse Centro. Então qual foi a nossa estratégia

Malu - Esse Centro é tipo um Hospital Regional?

Washington – Não um hospital, vamos dizer assim: uma Policlínica onde você tem as especialidades que são o que? A unidade básica ela referencia para essa Policlínica, entendeu? Você vai estar lá na unidade básica, tem um atendimento, se precisa de um otorrino ou de um cardiologista, a unidade marca para você, você não precisa ir até a clínica, ela marca através de um sistema de malote que nós temos, todos os dias o automóvel passa pegando as pastas e devolvendo o que foi marcado no dia anterior, então ela marca para você e você tem dia e hora e o profissional que vai te atender nesse centro de atenção especializada, então nós temos este centro de atenção especializada e nós temos outras ações básicas e especializadas também. Nós temos um laboratório que o melhor do interior da Bahia, é o nosso, nós temos o serviço de dermatologia sanitária, dermatologia e pneumologia sanitária.

Malu - E em todos esses casos vocês administram diretamente?

Washington – É. Nós temos o Centro de Referência que é de AIDS que é administrado pela gente.

Malu - Vocês fazem a licitação, a contratação, todo esse processo

Washington – A contratação do profissional, o CEAD que é a parte da dependência química, nós temos o Centro de Reabilitação que é nosso também e nós temos um Hospital que é um Hospital Materno Infantil que é gerido pela gente. A vigilância sanitária daquilo que a gente ainda não está habilitado para fiscalizar, as campanhas, as DIRES aqui tem esse papel de fiscalizar, ser parceiro também das campanhas. Então as ações que são regionais cabem à DIRES, a DIRES ela não tem mais o papel da saúde em alguns setores, não são em todos, daqui do município, mas a função da DIRES é bem maior do que a função regional, ela coordena toda uma região de saúde e ela é fundamental tanto como parceira como também nas ações

que cabem ao estado e que não cabem ao município, por exemplo, serviço de alta complexidade ainda não foram descentralizados, está na mão do Estado.

Malu - Por isso é que você ainda tem Hospitais estaduais.

Washington – Estaduais. Por exemplo, você tem aqui dois hospitais estaduais, um psiquiátrico que é o Afrânio Peixoto e você tem o Hospital de Base, então a DIRES também entra aí na gerência dessas unidades do estado que não está sobre a nossa responsabilidade porque ela está na gestão municipal mas não está sobre gerência do municipal, é diferente.

Malu - Nesse caso de hospitais sobre administração do governo estadual, existem casos de terceirização aqui?

Washington – Não. Aqui no nosso município não.

Malu - Como você vê isso?

Washington – De terceirização? Eu acho que o caminho correto é a municipalização pois se você coloca a gestão sob o poder municipal, um hospital é um grande regulador de mercado e se você terceiriza e a gente entende que terceirizar é passar para o ente privado, você está perdendo a oportunidade de regular o mercado, então é por isso que a gente defende a municipalização dos hospitais.

Malu - Regular o mercado com o intuito de que?

Washington – Com o intuito de você, por exemplo, manter

Malu - Exigir qualidade

Washington – Exigir qualidade, manter a tabela do SUS, se você tem, por exemplo, se você tem uma região grande como é Vitória da Conquista, município-pólo, de acordo com a e você não tem nem sequer um hospital municipal, fica muito difícil para você regular o mercado. Você pode ter, por exemplo, como nós tivemos em outubro/99, você teve um nocaute, os doze prestadores entraram simplesmente em greve e falaram que não iam atender pelo SUS. E aí como é que você faz? A sorte nossa é que tinha o hospital filantrópico e não acatou essa decisão dos hospitais e nós criamos uma estrutura paralela e investimos nesse hospital filantrópico e foi o que segurou os 12 dias.

Malu - E esse hospital filantrópico hoje?

Washington – É a Santa Casa, é prestadora do SUS, continua como prestadora do SUS realizando um bom trabalho.

Malu - Então você acredita que a partir do momento que essa prestadora de serviço for organização social pode haver uma interação maior.

Washington – Sim porque o SUS, o próprio SUS coloca lá que em primeiro lugar as escalas de prioridade, primeiro o que é público e depois o que é filantrópico e por último o que é privado, então obedecendo isso aí a gente sabe que o hospital filantrópico ele tem sim um papel importante e ele sabe da importância do SUS. Por não ter a questão do lucro é bem mais fácil você colocar a tabela do SUS que em muitos setores, em muitas áreas é totalmente defasada. Por exemplo, consulta, não existe pagar consulta de 2, 0, 5 reais, a gente sabe que o valor de consulta é bem maior, mas isso no hospital privado é bem mais fácil de você negociar do que no hospital ou no hospital filantrópico, quer dizer, do que no hospital privado. Então é por isso que eu acho que a terceirização não é o caminho, o caminho é municipalizar.

Malu - Porque existem 12 hospitais

Washington – Eu vou mostrar para você a rede, nossa rede, já que você tocou no assunto dos 12 hospitais, a nossa rede hospitalar

Malu - Aqui de Vitória da Conquista?

Washington – É de Vitória da Conquista que é conveniada no SUS, nós temos hoje em Vitória da Conquista 9 hospitais conveniados, hospital psiquiátrico Afrânio Peixoto que é do Estado, Hospec que é o hospital pediátrico, hospital municipal, hospital de base que também é do estado, hospital São Vicente que é Santa Casa de Misericórdia que é filantrópico, o Unimec, que é outro hospital pediátrico, Hospital São Geraldo e Hortoclínica.

Malu - Não houve nenhuma cessão para o município de Vitória?

Washington – Como?

Malu - Cessão de hospital?

Washington – Não. Só esse aqui que é municipal, foi construído com os nossos recursos, estava em poder da Santa Casa, o hospital Santa Casa de Misericórdia e nós fizemos um acordo e foi devolvido ao município na nova gestão de 97 para cá, como eu te falei aquela hora. Então hospital municipal, nós temos 1 hospital municipal e o restante todos são conveniados, são prestadores do SUS, além desses aqui

Malu - Dentre os prestadores do SUS, quais estão sob a administração estadual ?

Washington – Estadual, o Afrânio Peixoto e o hospital de base que é um hospital regional, um hospital de grande porte.

Malu -Esses outros são hospitais particulares?

Washington – São hospitais particulares, fora o hospital São Vicente que é Santa Casa de Misericórdia, filantrópico, o restante são todos conveniados conosco, são privados, certo?, então essa aqui é a rede. Dentre as principais medidas que nós tomamos com a entrada do SUS, de início era um sistema muito precário, 5 unidades básicas, 8 médicos apenas e uma gama de outras coisas tipo ausência de medicamentos, a vigilância epidemiológica estava parada, sanitária não existia, programa de agentes rurais, tudo isso nós conseguimos em pouco tempo reverter esse quadro e a gente chegou numa situação que a gente teria que ter algumas medidas, nós tivemos uma idéia de uma estratégia. Qual foi a estratégia nossa: foi dotar onde precisava mais de atenção básica, então foi um investimento maciço de atenção básica, então nós ampliamos a rede de atenção básica, foi o que agente comentou através do sistema do PSF.

Malu - Isso tudo vocês fizeram sem interferência do Ministério da Saúde?

Washington – Não. Tudo com a ajuda do Ministério da Saúde.

Malu - E a esfera estadual?

Washington – Não. A esfera estadual infelizmente nesse início nós não tivemos ajuda. Eu não sei se são questões políticas, ou porque mesmo o estado, eu não tenho conhecimento de como foi com os outros municípios ou se o próprio estado não tem essa questão de investimento ou se não tinha verba mas, neste início nós não tivemos o apoio financeiro do estado. É claro, por exemplo, que no que diz respeito da pactuação você necessita do estado porque a pactuação ela é feita nessa esfera estadual, se tem outros municípios que utilizam da sua rede você recebe uma verba, a gente teve a idéia de seguir o caminho do PACS que é o programa de agentes comunitários do PSE, a vigilância epidemiológica que nós reativamos, a sanitária, através do nosso sistema de cobertura excelente, nosso sistema de informação nós também conseguimos reativar, serviços como laboratório, centro de referência de AIDS, centro de referência de pneumologia e dermatologia sanitária, tudo isso a

gente implantou, o controle social nós reativamos o conselho que estava parado, conselho municipal de saúde e fizemos o processo de implantar os conselhos locais, dando treinamento para esse pessoal, dando capacitação, tudo isso foi realizado, então hoje nós temos 31 equipes depois que entramos em plena, nossa data de entrada na plena foi outubro de 99 então hoje nós temos 31 equipes de saúde da família, 16 unidades na sede, dessas 16 unidades que nós temos, 10 são saúde família e 6 unidades básicas tradicionais, 12 na zona rural, nós temos 100% de cobertura na zona rural, nosso município é enorme 3.743 quilômetros quadrados, são 11 distritos, nós estamos aqui no distrito sede e todos esses distritos aqui são zona rural de Conquista.

Malu - Como você distingue município e microrregião?

Washington – Microrregião dentro do nosso próprio município ou você fala microrregião de um setor, não entendi direito. Quem falou em microrregião?

Malu - Sistema micro regional de serviços de saúde, a SESAB fala de microrregião. Macro e microrregião.

Washington – De acordo com a NOAS foi dividido no caso da Bahia, aqui nessas macrorregiões, então a Bahia nós temos 6 macrorregiões, dentro das macrorregiões nós temos as microrregiões. Conquista é uma microrregião da macro sudoeste

Malu - Brumado é uma microrregião?

Washington – É uma microrregião e Guanambi é outra microrregião da macro sudoeste. Vitória da Conquista está aqui dentro, ela e mais uma cacetada de municípios, dentro dessa micro. Qual é a cidade pólo? Cidade pólo é Conquista, todos esses municípios convergem para Conquista, para ter o atendimento principalmente de média complexidade porque o atendimento de básica o próprio ministério já fala que cabe a todo município, além disso

Malu - Todo município tem que ter porque já repassa a verba para essa finalidade e quando tem de alta complexidade?

Washington – Quando tem de alta complexidade referencia para outros centros, então Conquista de alta complexidade referencia para Salvador ou referencia para Itabuna

Malu - Todos?

Washington – Não. Todos não, por exemplo, Conquista tem Quimioterapia, Conquista tem Hemodiálise

Malu - Depende da especialidade?

Washington – Depende da especialidade que nós não temos ainda, então nós temos aqui: quimioterapia, hemodiálise, hemodinâmica, banco de sangue

Malu - As especialidades desse pólo são diferentes dá desse? Você pode marcar para mim quais são os pólos?

Washington – Cidades Pólos?

Malu - Cidades pólos: Vitória

Washington – Você quer saber dentro do Estado da Bahia quais são as cidades onde o nível de complexidade é bem maior?

Malu - Não. Eu quero saber de cada macrorregião quais são as cidades pólos, não, de cada microrregião

Washington – Já tem, são essas

Malu - Essas são as cidades pólo?

Washington – Brumado, dessa aqui, agora dentro de cada macro você tem uma cidade que ela é a referência da macro, então Conquista é referência da macro sudoeste, não é porque é Vitória da Conquista, é porque ela é a que tem as melhores condições de ser referenciada

Malu - Como chama? Referencial dessa macro?

Washington – É. Um referencial dessa macro é Vitória da Conquista assim como Itabuna é referencial daqui, inclusive Itabuna tem muita coisa de Conquista que é feito em Itabuna.

Malu - E dá macro extremo sul você não sabe?

Washington – Macro extremo sul acho que as pessoas encaminham para Itabuna também que não deve ter nenhum aqui. Salvador é Salvador mesmo, essa região aqui é Feira de Santana que é uma cidade que tem melhor estrutura que é Barreiras mas não deve ter tanta estrutura assim, não são tão equipados assim Barreiras e essa macro nordeste a gente pode citar que é Salvador, como eu estava te falando, Conquista é desta microrregião e a diferença está nisso que dentro da microrregião sudoeste esses municípios, a maioria é pactuada aqui com Conquista, então Conquista é cidade pólo dessa microrregião e é também cidade pólo da macro.

Malu - E os municípios dessa microrregião são pactuados aqui?

Washington – Nem todos. Por exemplo, Brumado, a própria Brumado é pactuado com a gente, porque Brumado mesmo ela sendo cidade pólo da micro

Malu - A gente pode dizer assim que a macrorregião em geral tem pacto.

Washington – Tem pacto com a gente

Malu - Entre os municípios.

Washington – Entre os municípios, porque Brumado ele não tem ainda todo o suporte de média complexidade então muita coisa é pactuado aqui com a gente, municípios daqui também pactuados.

Malu - Dificilmente, por exemplo, existe pacto entre essa e essa macro?

Washington – É. Dificilmente sim. Não, pode existir a depender do serviço, por exemplo, radioterapia, radioterapia na Bahia só tem em 2 lugares: Salvador e Itabuna, eu não sei se Feira tem, mas Feira a gente nem manda, porque se está indo para Salvador, se está indo próximo, ou a gente manda para Itabuna ou a gente manda para Salvador.

Malu - O pacto depende mais da especialidade do que qualquer outra coisa.

Washington – O pacto depende da necessidade que o município tem de suprir as deficiências que ele tem em saúde, a maioria desses municípios daqui é média, é atenção especializada, que eles não tem atenção especializada.

Malu - E nesse caso, por exemplo, o município de Vitória da Conquista pode atender uma especialidade que Valência não pode, e recebe esse paciente, quem paga

Washington – Ai tem que estar pactuado, por exemplo, vamos colocar Brumado, se Brumado manda um paciente para mim de atenção básica, eu não vou receber nada, aqui nós atendemos, mas é claro que muita gente vem e é atendida e a gente nem sabe, ele inventa um endereço daqui, então é prejuízo para o município porque o município não vai receber. Agora se Brumado manda para mim um parto que ele

não teve condição de fazer lá, complicou e mandou aqui para Vitória da Conquista, esse a gente recebe porque esse está pactuado AIH a gente recebe, foi pactuado anteriormente

Malu - Tem a ver com as especialidades pactuadas.

Washington – Tem. Esse pacto é feito na esfera estadual, o estado convida todo mundo e determina um valor, uma cota de AIH que vai para o município que está sendo o município-pólo. Vitória da Conquista vai receber “N” AIHs de Brumado, Anagé, e essas AIHs, já é colocado no nosso teto, já é pactuado, o fundo estadual de saúde faz a pactuação, essa pactuação é encaminhada para o ministério e quando a gente recebe a verba da gestão plena, a gente já recebe o valor certo. E se houver uma defasagem ou para menos ou para mais? Ou a gente fica no prejuízo ou a gente em determinado mês sai no ganho, porque é pactuado naquele valor, e de tempos em tempos tem uma repactuação, você faz uma revisão de quanto teve, quanto foi a mais, quanto foi a menos, você faz um ajuste na verdade.

Malu - Qual é a relação de vocês com as DIRES?

Washington – A nossa relação com a DIRES? Em tudo que a gente faz em parceria com a DIRES não tem problema nenhum. Por exemplo, as campanhas, as campanhas de vacinação, isso aí a gente faz com a DIRES com um bom relacionamento dentro daquilo que cabe a cada setor, a gente não tem problema com a DIRES. Estou te mostrando um mapa da nossa a micro e Vitória da Conquista dentro, cidade pólo, todo mundo manda para cá.

Malu - Todo mundo manda para Vitória da Conquista

Washington – Olha aqui Brumado, Brumado não é de outra micro? A micro de Brumado vem aqui mais ou menos, mas ele está pactuado com a gente

Malu - Aí são todos os municípios pactuados. No caso quem definiu microrregião, todos esses termos, vocês participaram disso?

Washington – A gente participou na Secretaria de Saúde de Estado, foi feito esse plano, chamado de descentralização e regionalização, se não me engano, PDR, a gente participou é claro, então o estado pegou toda uma série histórica, ele avaliou como era, quem referenciava para quem e dividiu o Estado da Bahia de acordo com aquilo que já era de praxe, aquilo que já estava acontecendo na prática, então ele fez a divisão. Para a gente aqui, a gente só teve alguns municípios, inclusive nem foi basicamente a gente, mas alguns municípios que queriam ter Vitória da Conquista como cidade pólo mas teve Itabuna, municípios que ficam na fronteira entre as microrregiões, no mais não teve problema nenhum.

Malu - Então microrregião para você é o que?

Washington – As microrregiões são uma sub-divisão da macro que foi determinada pelo próprio plano de regionalização que prevê a NOAS e ela é composta pela cidade pólo que abarca toda a parte de média complexidade

Malu - Então esse mapa deveria ser a microrregião?

Washington – Essa aqui é a micro 2, essa aqui é a micro da macro sudoeste que é 1,2 e 3. A macro sudoeste é composta de três micro 1, 2 e 3. Olha outra que tem micro, essa tem 10 micro.

Malu - Pelo que eu entendi as DORES, o Governo Estadual no final ele participa do planejamento da gestão da saúde?

Washington – Não. Aqui dentro não. Do município não. Ele tem um planejamento do estado. O planejamento do estado é um e o planejamento do município é outro. Porque isso, olha bem, a 20ª DORES, por exemplo, que a gente está subordinada

aqui no caso, ela tem o seu plano de trabalho para todos os municípios da 20ª DIRES, Vitória da Conquista e todos os outros, o plano municipal, o plano de Conquista não cabe a DIRES, o que cabe a DIRES é esse plano regional

Malu - Então todas as ações de vocês tem que estar subordinadas as ações da DIRES?

Washington – Não. Algumas.

Malu - Não subordinada, tem que estar dentro do que a DIRES definir?

Washington – Não. Nós temos autonomia para definir o que a gente acha. Por exemplo, se a gente quer implantar um centro de reabilitação a gente não precisa do aval da DIRES para implantar um centro de reabilitação.

Malu - Se vocês tiverem verba de vocês.

Washington – Se a gente tiver a nossa verba. Porque primeiro: a verba não vem do estado, a verba é federal; segundo: a gestão é plena, então quem é o gestor é o secretário de saúde, então é o município. Se o município definiu e se o município tem os recursos ele pode implantar os serviços com ou não o aval do estado. Agora, quando são ações que cabem também anuência do Estado ou até mesmo a parceria do estado, aí sim entra a DIRES, porque a DIRES aqui é o representante do estado.

Malu - E quais são essas

Washington – Eu vou te dar um exemplo: nós estamos agora querendo implantar o CAPES, o CAPES é o Centro de Atenção Psicossocial, numa reformulação de toda a questão da saúde mental, só que o CAPES para a gente implantar os recursos viriam via Estado. Esses recursos do Ministério foi cortado e o próprio estado ele definiu através da reunião da bipartite que ele ia para 16 municípios, ele iria investir um

dinheiro para implantar o CAPES, aí cabe a nossa parceria com o estado porque o estado vai entrar com um incentivo, um recurso para implantar esse serviço dentro dos municípios, então a gente em parceria com o estado monta o serviço

Malu - Nesse caso as DIRES fiscalizam

Washington – Aí a DIRES é o representante do estado aqui na região, regula, fiscaliza, audita, tudo isso aí cabe a DIRES, por exemplo, uma outra parceria que nós temos com a DIRES, esses municípios todos aqui, nós temos a exigência de ter um médico autorizador de AIH, só que nem todos os municípios tem condição de botar um médico autorizador, quem autoriza é a DIRES, vou te dar um exemplo, vamos pegar um município aqui no nosso mapa: Anagé é um município que é pactuado com Vitória da Conquista às AIHs, para uma pessoa de Anagé ser internada em Vitória da Conquista para um procedimento eletivo, que você marca a sua consulta, ela precisa de uma autorização na AIH do procedimento, quem dá é um médico autorizador, aí você vai, Anagé tem médico autorizador? Sim, tem, quem autoriza é o médico autorizador. Anagé não tem médico autorizador, quem autoriza? O médico autorizador da DIRES, porque Anagé está subordinada a DIRES. Foi um acordo que nós fizemos, os municípios pactuados com Conquista que não tem médico autorizador quem vai autorizar é a DIRES. Então é o médico de lá que checa: porque, porque isso, porque a AIH é um cheque em branco que você tem que ter uma maneira de fiscalizar, porque o Ministério da Saúde ele não ia simplesmente como era feito até antes infelizmente sem fiscalização nenhuma autorizar qualquer procedimento, então a responsabilidade nesse caso dessa autorização cabe a DIRES. São formas de parceria que a gente tem com a DIRES porque a gente sabe que mesmo sendo gestão plena mais a gente tem que ter esse contato maior com essas regionais de saúde.

Malu - O que vocês fazem para essa interação ser assim tão, a gente pelas informações que a gente teve, a gente acredita que até mesmo o governo estadual reconhece essa interação, esse bom funcionamento.

Washington – Ele reconhece. Olha bem, porque seria também até da parte deles muito estreitíssima, ser muito estreito não reconhecer. Vitória da Conquista hoje ela é referência para o país, porque aqui se implantou um SUS que dá certo, e isso é interessante para o estado também .

Malu - E qual foi a chave para esse SUS que dá certo?

Washington – A chave do SUS que dá certo é você investir realmente em saúde, investir com qualidade, investir com competência. Onde tem mais equipes de saúde da família é aqui, são 31 equipes funcionando, são equipes que tem odontólogo desde o início da sua formação, desde março de 98 a gente já implantou as equipes de odontólogos, hoje o próprio ministério tem um incentivo para saúde bucal para colocar o odontólogo nas equipes, nós temos o melhor laboratório do interior da Bahia, nós vamos inaugurar a 1ª UTI neonatal municipal do Estado da Bahia, nós temos a 1ª Central de marcação de consultas, foi feito em Conquista, nossa central de marcação inclusive é modelo, foi modelo para o Mato Grosso, já tem uma central lá utilizando nosso programa, nós ganhamos o CONIP 2000, maior prêmio de informática pública do país, nós ganhamos com o nosso software da central de marcação, nós temos o serviço de dermatologia sanitária, nós temos serviço de pneumologia, nós temos serviço de dependência química, nós temos o melhor centro em DST AIDS está em Conquista, então o que a gente atribui a isso tudo? Investir o dinheiro da maneira correta, fiscalizar o investimento e ter a vontade de mudar. Um gráfico que é até bastante interessante, é o gráfico do percentual antes e depois da gestão plena. Nós tínhamos antes de serviço público, eu vou ver se eu pego isso aqui para você, os percentuais, olha aqui, olha bem, aplicação da oferta pública de serviços especializados: de janeiro a setembro de 1999 antes da gestão, nós tínhamos 81% era privado, olha hoje: de janeiro a julho de 2001 a gente reverteu o quadro, hoje a gente está com 67%, a menor vergonha, porque aqui realmente foi feita as ações, as nossas unidades, não sei se você teve oportunidade de visitar, você visitou uma não foi? O CAE 2, mas se você tiver a oportunidade de visitar uma unidade do PSF você vai ver que são unidades projetadas visando um bom

atendimento, os profissionais cumprem a carga horária, a gente faz cumprir a carga horária, então tem um comprometimento dos profissionais, uma coisa um pouco difícil de você conseguir o comprometimento de quase todos os profissionais, você tem treinamento, a gente está investindo. O dinheiro que chega para a saúde e mais o dinheiro que cabe ao município de acordo com a Emenda Constitucional 29, nós investimos todo em saúde. Então o ganho maior é esse. O Secretário aqui falou em montar serviço, é com ele mesmo, mesmo com as dificuldades financeiras, cada município tem. A gente senta com o Prefeito e realmente a gente faz acontecer.

Malu - E quais as contribuições da sociedade?

Washington – As contribuições da sociedade eu vou te falar assim: são contribuições que vem dos dois lados: tanto da crítica que é feito, como também da parte de mostrar o que ela está precisando. Então a gente tem a contribuição do controle social, por exemplo, e a parte do serviço que já foram implantados com a fiscalização do próprio conselho local e municipal, e nós temos aqui em Conquista uma coisa que é bastante interessante que já tem em outros municípios que é o orçamento participativo. Então, por exemplo, nós temos aqui agora mesmo, vou fazer até um convite para você, sábado nós temos uma inauguração de uma unidade na zona rural, posto da Caiçara, foi um pedido da comunidade através do orçamento participativo, então sábado a gente tem um, foi pedido da comunidade, nós tivemos aqui mais ou menos umas três unidades que foi tudo através do orçamento participativo. O Hospital Municipal foi uma solicitação da comunidade ter o hospital de volta e implantar, então tudo isso é um retorno que a comunidade nos dá e a gente tem essa visão de estar planejando sempre aquilo das necessidades maiores do município, e quem sabe se uma das maiores necessidades é quem utiliza do sistema.

Malu - A participação social, vocês induzem a participação social através da criação dos conselhos locais ?

Washington – Dos Conselhos Locais, do treinamento dos conselheiros, eu mesmo tenho uma matéria: o financiamento no SUS, eu vou lá falar como é feito o financiamento, como é o caminho de ir, o que é o fundo municipal, quais são as contas, a gente mostra todas as contas, o que tem de dinheiro, o quanto foi investido, a gente presta conta de tudo o que a gente investe ao conselho, o conselho tem que aprovar as contas e tudo é feito através do conselho municipal e a gente encaminha representantes dos conselhos para as conferências nacionais, conferência estadual, nós realizamos aqui também as conferências de saúde que é bastante importante, então tudo isso aí é feito.

Malu - Como você acha que a SESAB está encarando esse novo papel dela? Qual seria o novo papel da SESAB?

Washington – O papel da SESAB no caso é o papel de gerir a saúde no estado através do que diz a NOAS que é a norma operacional maior da assistência a saúde e a gente vê no estado o esforço realmente de tentar fazer isso, esse papel, agora, eu não tenho aqui condições de avaliar o estado de forma ampla, eu tenho como avaliar a atuação do estado aqui dentro do município, eu acho que aqui dentro do município o estado poderia investir mais. Investir no Hospital de Base através de uma UTI de adulto, por exemplo, a gente está coisa menor, por exemplo, esse investimento aqui dentro do hospital de base seria primordial, investir aonde o município ainda não conseguiu recursos

Malu - E essas reivindicações vocês fazem através de

Washington – Essas reivindicações a gente faz através da Comissão Bipartite, através dos Secretários Municipais de Saúde, Conselho Estadual, através do Conselho Nacional também, através do próprio Ministério também, então vai lá para depois voltar e através de outros órgãos, órgãos políticos como a MIRIS?, ANGRAF? Que são associações de municípios da região, através da própria conferência, então em todas essas instâncias a gente está sempre solicitando ajuda

do estado para que a gente tenha aqui dentro da nossa região, a região sudoeste, uma atenção melhor. A gente não pede só para Conquista, a gente pede para Conquista e todos os municípios da região.

Malu - Quais que você acha que vão ser os seus principais desafios para os próximos anos?

Washington – O maior desafio nosso é manter toda a estrutura que a gente tem, manter os serviços, manter o grau de qualidade e ampliar, porque quando a gente fala em saúde, a gente tem que lembrar que saúde, a gente tem que lembrar que saúde não é estática, por exemplo, se você, hoje a gente faz, se eu não me engano são 700 atendimentos no nosso laboratório, por dia.

Malu - Você falou assim que o governo tem que administrar os hospitais com maior grau de complexidade porque muitos municípios não tem essa capacidade ou não cabe a eles.

Washington – Por exemplo, o Hospital Regional, ele é regional ele pega toda uma região que vem de vários municípios. Tem município aqui da região que não tem hospital, então quando precisa de um internamento vai para onde? Vai para um hospital de base ou vem para Vitória da Conquista para cair na rede SUS, então cabe ao governo do estado, no caso, capacitar pessoal, equipar esse hospital para que ele de realmente esse suporte a toda região e muitas vezes a gente não tem essa resposta do estado na região.

Malu - Ele não funcionaria com a pactuação, por exemplo?

Washington – A pactuação ela funciona mas ela não vai suprir 100%. A gente não vai ter condição, por exemplo, de suprir 100% dos municípios que referenciam para Vitória da Conquista, não tem condição. Primeiro porque o número de vagas quando você coloca, por exemplo, vagas para internamento são poucas, você não consegue,

então caberia ao estado entrar aí, interferir aí para ampliar as áreas já que ele tem esses dois hospitais sob a gerência dele.

Malu - E para um futuro esses hospitais sob gerência estadual é inviável eles serem municipalizados?

Washington – É viável. Se municipalizar um hospital do porte do hospital de base ou hospital regional aí a verba vem para a gente e a gente vai administrar e a gente por estar aqui na região e por saber mais do que quem está em Salvador, as necessidades, com certeza seria bem melhor. Inclusive esse pedido nós já fizemos várias vezes oficialmente, o pedido de municipalizar, de dividir a gestão, ter uma gestão conjunta

Malu - Porque nesses hospitais sob administração estadual vocês não tem nenhuma

Washington – Não. A gente não tem acesso. O que a gente tem é a gestão do sistema, por exemplo, a gente que paga o estado, o que é atendido pelo SUS, mas a gente não pode determinar o que o hospital tem que fazer, o hospital diz: eu tenho isso, isso e isso, coloca à disposição do SUS mas quem fala o que tem é eles, por exemplo, lá no Hospital de Base tem equipamentos para montar uma UTI e até hoje não foi implantado, eu ouvi dizer que agora com certeza vai sair a UTI, mas se tivesse sob a nossa gestão essa UTI já tinha saído a muito tempo porque a gente sabe que a UTI é fundamental. Hoje Vitória da Conquista só tem uma UTI particular, então se alguém necessita de UTI ou ele vai ter que pagar muito dinheiro para estar entrando em uma UTI particular ou a gente tem que remover através de um sistema de resgate nosso, remover para Itabuna ou Salvador que são as únicas que tem UTI/SUS no estado da Bahia. O Estado da Bahia só tem duas UTI/SUS, uma em Salvador e uma em Itabuna. O papel maior do estado é este de dar o suporte principalmente na alta complexidade que a maior dificuldade dos municípios.

Malu - Está bom Washington já deu para pegar bastante coisa

Washington – Deu para pegar? Vai ficar melhor ainda. Ontem eu passei para você o relatório de gestão, esse aqui foi o de 2000, de 2001 não foi aprovado ainda pelo Conselho, foi apresentado, os Conselheiros estão avaliando, que tudo isso que está aqui tem que ser aprovado pelo Conselho. Então nós temos aqui, eu queria mostrar para você: situação inicial como foi, o que faz um agente, qual é o papel, as diretrizes do nosso plano e as ações que nós fizemos, é uma tabelinha comparando, aquilo que foi proposto e o que foi cumprido, muito interessante isso aqui. Nós temos aqui a saúde da família como foi implantado, onde tem, distrito Iobinha, distrito Cercadinho, São Sebastião, quantas equipes tem cada um. Atenção a saúde bucal, como é desenvolvida, vigilância epidemiológica, os dados, todos os dados de cobertura, de vacina, de imunização, vigilância nutricional, controle das doenças como está sendo realizado, controle da Dengue, controle de esquistossomose, meningite, sífilis, controle de endemias.

Malu - Esses arquivos você também pode estar passando para mim?

Washington – Posso passar uma parte desses arquivos de apresentação, nós temos ainda: vigilância sanitária que foi feita, fala um pouco da gestão plena municipal que você me perguntou, da atenção especializada como é feita, Centro Municipal que é o CEMAI que eu te falei das especialidades, quais são as especialidades: buco-maxilar, cardiologia, cirurgia, dermato, endócrino, fono, gastro em todas as suas especialidades.

Malu - Os municípios que não tem administração plena

Washington – Gestão plena

Malu - Gestão plena tem ...

Washington – Básica

Malu - Que tem interferência do governo estadual

Washington – Olha bem, ele tem a gestão básica e ele administra a gestão básica dele mas sempre em parceria com o governo do estado, marcação de consulta, laboratório, centro de referência de DST AIDS, enfim, tudo o que eu falei e o que eu não falei principalmente, está aqui. Controle social como é feito, controle e avaliação é fundamental, a gente tinha e já não tem mais ressarcimento ao SUS, que foi descentralizado depois o Ministério centralizou de novo o ressarcimento, não existe mais, sistema de informação da saúde.

Malu - Então os conselhos locais e municipais também estão aqui.

Washington – A nossa página da prefeitura onde você pode conseguir mais dados também.

Malu - Os conselhos municipais e locais participam então também quando vocês decidem as diretrizes, plano de gestão.

Washington – O Plano de Metas tem que ser decidido

Malu - É tudo participativo

Washington – Tem que ser e aprovado pelo conselho, o quadro de metas tem que ser aprovado pelo conselho, a agenda do ano tem que ser aprovada pelo conselho, as contas tem que ser aprovadas pelo conselho, a gente passa tudo para o conselho, o relatório de gestão é um por ano tem que ser aprovado pelo conselho, tudo aqui o conselho fica ciente, tudo que cabe ao conselho deliberar, aprovar, fiscalizar

Malu - E a criação de conselhos locais, de onde partiu?

Washington – da gente, da Secretaria de Saúde, a gente está implantando, se eu não me engano nós já estamos em 14 e tem mais 2 para a gente implantar, vão para 16, até o final do ano a gente deve estar chegando próximo a 20 mais ou menos.

Malu - Washington, dando continuidade a entrevista eu queria saber assim algumas pendências que ficaram. O que eu não entendi direito foi Central de Regulação Municipal que é diferente de pólo, de micro, com central de regulação municipal.

Washington – A Central de Regulação Municipal ela tem o papel bem redundante de regular todas as demandas que tem das cidades que são pactuadas e também das demandas daqui do município. Vou te dar um exemplo para ficar mais prático: a nossa central de regulação ela controla todas as demandas, então exemplo: uma pessoa que está num bairro distante como Miro Cairo aqui na nossa cidade, ela vai ter atendimento básico, do atendimento básico, o médico do PSE indica que ela tenha que ter também um tratamento com o otorrino, por exemplo, o que acontece? Qual é o fluxo? O médico preenche a solicitação do procedimento especializado, que é a consulta com o otorrino, essa solicitação de procedimento a pessoa deixa lá no posto, uma pessoa do posto é responsável para fazer a marcação. No nosso caso aqui em Vitória da Conquista a gente resolveu utilizar o serviço de malote. O posto manda através de um motoboy no final do dia, todas as demandas vai para a nossa central e a nossa central faz a marcação com o profissional. Então cada central regula a quantidade de procedimento. O posto de saúde vai à central fala: você tem quantidade, você tem X consultas com otorrino, X raio X, X isso, X aquilo de procedimento e ela manda para a central e a central faz a marcação e devolve. A central também ela vai regular a marcação dos outros municípios, com os outros municípios nós trabalhamos através de vídeo fone. O médico ou a pessoa responsável pela marcação de lá liga para a nossa central e a nossa central faz essa marcação, isso tudo nós vamos ter uma regulação de toda oferta interna nossa do nosso município e a oferta de outros municípios feitas todas pela central de marcação. Essa Central além de marcar ela regula também porque a partir do

momento que você faz a marcação de forma criteriosa, você está regulando o sistema

Malu - Como assim regulando o sistema? Não deixando pessoas que não precisem

Washington – Exatamente, ou procedimento, por exemplo, um procedimento que muitas vezes precise que você passe para um médico para avaliar. Mamografia, um médico tal solicita mamografia, essa mamografia antes de cair no sistema e encarecer no sistema, ela passa por uma avaliação, pelo médico nosso especializado nessa questão de mamografia o médico faz uma pré avaliação e fala: paciente tal não precisa de mamografia, foi um pedido que o médico fez mas não tem necessidade pode detectado

Malu - Uma triagem?

Washington – uma triagem, paciente tal precisa de mamografia mais a caráter de urgência, esse aqui é emergência, então essa regulação é feita através da nossa central que além de ter esse contato via telefone, via malote ele também faz essa regulação utilizando de profissionais capacitados para mamografias, para algum tipo de raio X

Malu - Capacitado pela Secretaria Municipal

Washington – Pela Secretaria Municipal, por exemplo, nós temos um neuro que cuida da parte de tomografia

Malu - Vocês tem uma central de regulação?

Washington – Nós temos uma central de regulação.

Malu - Mas ao mesmo tempo vocês são pólo?

Washington – Nós somos pólo, a gente regula para o nosso internamente e a gente regula para os outros.

Malu - E o município que não é pólo?

Washington – O município que não é pólo ele teria que ter no caso a sua central.

Malu - Para depois estar passando para a central de regulação de vocês.

Washington – Porque no caso do município que não é pólo e que não é pactuado com a gente ele tem outros mecanismos para regular, mas o nosso mecanismo é através da central, é informatizado, é bem mais ágil, e a central de regulação ela sai uma agenda duas vezes por semana, então ela agenda 10 dias à frente e você tem o que o profissional produz. Então você está sempre sabendo o que você tem a oferecer, isso é uma vantagem, e você é criterioso nas pessoas que estão demandando pelo serviço, então o mais importante é isso, você tem esse controle realmente.

Malu - Só prestar serviço para quem realmente necessita.

Washington – E você diminui o custo do SUS o que não tinha antes.

Malu - Uma outra coisa que eu não entendi direito. Vocês recebem verba diretamente da União? A verba que vocês recebem diretamente da união vocês fecham com a união um pacto de um cumprimento de metas. Como a união vai fiscalizar se vocês estão realmente utilizando essa verba que vocês receberam, para os fins para os quais vocês se comprometeram?

Washington – A União nos fiscaliza de várias formas: fiscaliza através de toda parte que diz respeito de financiamento através do Tribunal de Contas, Tribunal de Contas da União, o próprio Tribunal de Contas do Estado também nos fiscaliza, as

Auditorias do Ministério, a Auditoria Geral da Gestão e as Auditorias Específicas . Exemplo: Auditoria DST AIDS, Auditoria do Convênio X que a gente tem, Auditoria do Sistema de Vigilância Epidemiológica. Então nós temos as Auditorias que nos fiscalizam, periodicamente a gente está recebendo uma determinada auditoria fazendo esse levantamento, além disso esse comprometimento que nós fizemos, esse pacto com as metas a serem cumpridas isso aí é feito através do Estado, então nós temos de tempos em tempos que mandar nossos relatórios

Malu - Como assim através do Estado? A União financia mas a supervisão continua sendo do Estado?

Washington – Não. A União financia e o estado, porque a União também ela tem descentralizada essa fiscalização por Estado, você tem um órgão do Ministério na esfera estadual, agora a pactuação das metas é uma pactuação que é feita entre a gente e o Estado, e entre o Estado e a União, então, por exemplo, o Estado da Bahia pactuou com a União dizendo: nós vamos ter que cumprir isso, isso, e isso e eles repassam para a gente. Então é o estado que senta com a gente e fala: as metas de vacinação do idoso tem que ser X por cento, é o estado que faz a pactuação e ele nós cobra a pactuação, então é diferente. O dinheiro a gente recebe da União e é fiscalizado pela união e pelo estado.

Malu - As diretrizes vem do estado?

Washington – As diretrizes vem do estado, porque? Porque o estado tem essas diretrizes também amarradas com a União, então a gente não poderia nunca fazer um pacto direto com a União e o Estado também, porque a gente é parte integrante do Estado. O Estado é feito do que? Dá composição de “N” municípios, o Estado não é só, é pactuado com o Estado.

Malu - Então essa pactuação com o Estado é supervisionada pelas DIRES?

Washington – É também pela DIRES, só que a DIRES não é o órgão que vai, por exemplo, nós cobrar diretamente isso aí, nós temos dentro do Estado, dentro da própria Secretaria de Saúde do Estado os órgãos competentes, as superintendências, então eles cobram todo esse processo de pactuação que pode ser pela DIRES ou não, pode ser diretamente ou não, porque a DIRES é um órgão local, como eu te falei, ela gerencia “N” municípios que fazem parte dessa divisão de saúde que o Estado tem. Agora, nós podemos ser cobrados ou pela DIRES, ou não, ou ser cobrado por outro órgão da própria Secretaria, mas nós somos cobrados pelo Estado pelo cumprimento de metas.

Malu - E a DIRES além desse papel de às vezes fiscalizar, quais as outras funções dela?

Washington – Como eu te falei, sobre as funções que competem a DIRES eu não estou muito por dentro porque eu acho que quem deve responder mesmo é a própria diretoria da DIRES, agora com a nossa relação com o município é a DIRES que libera, que autoriza procedimentos dos municípios que não tem médico autorizador, é a DIRES que faz isso, é a DIRES que juntamente conosco é que gera em si as campanhas. Campanha de vacinação do idoso, campanha de vacinação canina ou anti-poli a gente faz em parceria com a DIRES, é a DIRES que tem essa preocupação também de algumas ações de vigilância sanitária, então tudo que diz respeito a saúde dentro da região da DIRES também cabe a ela, mas o que ela faz assim especificamente para responder ao estado eu não tenho condições de falar para você, eu acho que é mais conversando com eles.

Mas, por exemplo, a DIRES é responsável por todos os funcionários do estado que vai entrar com um pedido de licença, que necessita de avaliação médica, que precisa de laudo de perito no que diz respeito a saúde cabe a DIRES.

Malu - Vocês tem hospitais conveniados assim como a Santa Casa de Misericórdia que são conveniados ao SUS e atendendo pelo SUS. Quais as vantagens que vocês

vêm de ter esse tipo de convênio ao invés de montar seu próprio hospital e administrar diretamente?

Washington – A vantagem para a gente 1º que ele já tem uma estrutura, por exemplo, a Santa Casa de Misericórdia é uma entidade que já tem mais de 50 anos então você já tem toda uma estrutura, você tem a credibilidade que a própria Santa Casa já adquiriu junto a comunidade e você já tem os profissionais, enfim, você tem “N” vantagens . A partir do momento que você, e outra coisa também, o gestor de saúde, no caso a gente aqui que cuida do município, ele tem que ter aquela visão de que a saúde não pode ser feita somente pelo eixo municipal. Primeiro porque a gente não teria condições de bancar toda uma estrutura, construir toda uma estrutura para oferecer tudo, Imagine se você tem toda uma estrutura no município, você monta tudo, não divide, não tem parceiros em termos de saúde e você tem uma mudança política de uma hora para outra, uma pessoa numa canetada pode acabar com tudo. Pode falar: não hoje a gente não vai mais atender pelo SUS porque minha visão política não é essa, acho que a minha prioridade não é saúde, minha prioridade é meio ambiente, por exemplo, então você ia ter uma rede muito frágil. Nós entendemos com a rede forte SUS é uma rede que tem parcerias com o que é público, o privado e também o filantrópico, porque dessa forma você dando atendimento nessas três esferas, nessas três formas de vínculo privado, público e filantrópico, você cria esse compromisso maior com o SUS, com o Sistema SUS, e se você traz o SUS apenas para o ente municipal você cria tipo assim pelo ente privado um descaso e a gente sabe também que a gente nunca vai conseguir oferecer tudo, por exemplo, será que para ter uma tomografia é necessário a gente comprar um tomógrafo? Tomógrafo é uma nota. E uma Mamografia um Mamógrafo? Então a gente não ia ter condição de oferecer tudo, cirurgias cardíacas será que a gente ia ter que colocar aqui um Centro de Excelência de Cirurgia Cardíaca, então a gente defende que a parceria com essas outras instituições é fundamental para você ter um SUS que de essa resolução maior a cada paciente, se você não tem uma parceria e se você não tem uma boa comunicação com o parceiro você nunca vai conseguir, porque o município nunca vai conseguir implantar uma rede 100%, a gente hoje já

tem dificuldade de ter 100% com as parcerias que nós temos, com os hospitais que são conveniados coma gente, as clínicas, os laboratórios, imagina se a gente ficasse aqui sozinho querendo comandar tudo, não, os recursos desse setor toda para a gente, então a dificuldade é essa e as vantagens são essas também.

Malu - E porque que você acredita que tem hospitais que fazem convênios com vocês, porque o que vocês pagam por atendimento é muito baixo. Qual a vantagem que os hospitais conveniados vêm em estar atendendo pelo SUS?

Washington – Muitas vantagens. Primeiro porque o SUS mesmo tendo algumas distorções na tabela a menor mas também tem distorções na tabela a maior, ou seja, você tem procedimentos que pelo SUS é muito barato e é deficitário mas você tem procedimentos pelo SUS que é bem remunerado, então quando você soma tudo o SUS é rentável, então para o hospital para ele ter mais uma forma de conseguir recursos é bárbaro, então por isso é vantagem atender pelo SUS. O que precisa para o SUS é uma correção na tabela, uma correção geral na tabela. A consulta é barata? É, mas tem alguns procedimentos que não são, então tendo esse ajuste na tabela para que tire um pouquinho do que está pagando a mais e de àquele que está pagando menos todo mundo vai querer trabalhar com o SUS, então é vantagem sim trabalhar com o SUS, vantagens financeiras mesmo, posso dizer isso, e outra coisa, a população com o passar do tempo está vendo que ser atendido pelo SUS também é bom, o SUS atende rápido, ele tem a garantia que vai fazer os procedimentos. Um exemplo disso são os procedimentos de alta complexidade no Brasil você pode ver que a maioria são feitos pelo SUS e tem muitas pessoas, tem plano de saúde, seguro saúde, faz as consultas, faz atendimento de média especialidade mas na hora de fazer a alta complexidade recorre ao SUS, essa história de dizer: ah! vai ser atendido pelo SUS não presta, isso está sendo colocado por terra. O passar dos anos está mostrando que o SUS dá um bom atendimento, o atendimento é de qualidade, é um atendimento rápido e a pessoa pode confiar, por isso muita gente está aí cancelando plano de saúde, fazendo um bocado de coisa e sendo atendido pelo SUS.

Malu - Como garantir que esses hospitais conveniados vão manter a qualidade do atendimento?

Washington – Através de um bom sistema de avaliação, controle e auditoria e que nós temos aqui. Nós temos um disque denúncia que é o 425-9528, a pessoa liga para falar se ele foi prejudicado, se alguém cobrou algo a mais pelo SUS, nós temos médicos e supervisores em todos os hospitais, o médico vai, checa prontuário por prontuário vê se a medicação que foi administrada é a correta, vê se o procedimento foi executado, se a pessoa está esperando por uma cirurgia e porque está esperando, então nós temos um sistema de supervisão hospitalar muito bom, nós temos um sistema de fiscalização principalmente das cirurgias eletivas, antes de fazer uma cirurgia eletiva a gente vai na casa da pessoa, procura saber se ele é do município, procura saber qual é o tipo de cirurgia que ela vai fazer e depois a gente checa com aquilo que foi feito realmente, a gente tem também um programa do Ministério da Saúde que ele manda umas cartas para uma amostragem de pessoas que foram atendidas dentro dos hospitais e a gente recebe o retorno dessas cartas, então eu acho que o que mais contribuiu para o bom andamento do SUS hoje em todo o país é o sistema de auditoria que tem que ser bem feito, com critério e com pessoas competentes.

Malu - E como você vê assim, eu já perguntei ontem mas eu queria repetir essa pergunta: esse fato de terceirização, não uma terceirização como, vou colocar ela no meu ponto de vista: o estado passa a administração para um gestor privado.

Washington – Mais uma vez eu coloco: a gente defende que nos hospitais que já são do estado e que o estado tem que passar para o município, a gente defende a municipalização. A gente defende que o município deveria ficar com esses hospitais como uma forma também de regular o mercado

Malu - Mas então a gente entra naquele aspecto de um hospital, por exemplo, regional como o estado vai municipalizar esse hospital regional que interessa diversos municípios.

Washington – Ele pode fazer uma gestão, uma co-gestão entre os vários municípios, fazer um acordo, por exemplo, esses municípios, eles poderiam fazer um consórcio e esse consórcio, essa associação dos municípios determinar, fariam um estatuto determinando como seria, de quem seria a administração, enfim, tentar gerenciar o hospital conjuntamente entre os vários municípios, isso pode ser feito, tem formas jurídicas, se você coloca isso na mão da administração privada, a administração privada vai fazer aquilo que ele acha que é conveniente e o que é rentável para o hospital e esse hospital foi construído com recursos públicos, esse hospital foi construído com uma promessa de atender a toda região e muitas vezes se você for passar para um ente privado ele vai querer primeiro fazer um plano de acordo com aquilo que é rentável e o objetivo deste hospital vai ser rentável, o objetivo desse hospital é atender a população de toda uma região.

Malu - Mas nesses casos que eu estou falando de terceirização, esses hospitais, essas gestões privadas elas fazem assim um acordo com o governo estadual que eles vão atender X procedimentos de uma especialidade

Washington – Mas quem me garante, você pode até me falar: o serviço de auditoria dos municípios, mas é privado e não é público, como é que você vai fazer uma reclamação e eles foram construídos para serem públicos. Acho que não é justo você pegar o dinheiro dos nossos impostos

Malu - Eu queria falar sobre a ASAS.

Washington – Associação de Apoio a SaúdeNosso vínculo com a ASAS é um vínculo através de um convênio já que a ASAS é uma ONG de um convênio onde a ASAS fornece a força de trabalho médicos, enfermeiros, odontólogos,

auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde para os programas (FACS e TSF?), a associação é uma ONG, foi feito todo o processo de licitação, no caso desse processo foi uma dispensa de licitação, onde nós temos esse convênio com a ASAS, é um convênio já antigo, de um tempo, inclusive esse convênio nosso foi, é referência para algumas outras cidades que nos visitam e tomam isso como um exemplo a ser feito, é um convênio que prevê todos os direitos trabalhistas e isso é muito difícil de você garantir, a gente garante porque o contrato com os prestadores da ASAS com esses profissionais é celetista então todos os profissionais tem todos os direitos inclusive o agente comunitário de saúde e como nós temos essa dificuldade, o Ministério tem ainda a questão das OCIPs mas ainda está amadurecendo essa idéia, foi a maneira que foi encontrada para a contratação principalmente dos agentes comunitários, então a nossa relação com a ASAS é essa e a ASAS também além de prestar serviços para a gente se eu não me engano presta serviços também para outras empresas e prefeituras.

Malu - Qual a vantagem que vocês vêm de manter um convênio desses?

Washington – Para a gente não tem muita vantagem porque o custo é muito alto, por exemplo, se você fosse ter um contrato via prefeitura, um contrato temporário, você iria bater e muito o valor que a gente paga hoje com FGTS, por exemplo, mas a gente entende também que a maior vantagem é que você não prejudica o trabalho porque você não sofre quebra de continuidade, a ASAS, o profissional caso ele não queira se desligar ou aconteça alguma coisa de justa causa, você tem esse profissional por um longo período, já se fosse via prefeitura, sem concurso público, você teria por tempo determinado, é o que a lei prevê.

Malu - As vantagens não são muitas

Washington – Se você pensar que sem os profissionais você não consegue executar o projeto, essa única vantagem ela é muito porque a continuidade é necessária, e veja bem, se você for pegar o agente comunitário, por exemplo, que eu não posso

fazer o concurso e que eu tenho essa questão de morar dentro da micro área, você dentro dessa associação a vantagem aí é também do funcionário, você garante todos os direitos dele, se ele for contratado por tempo determinado ele não tem o depósito de FGTS e em muitos locais, em Conquista não porque o contrato por tempo determinado a gente garante, mas em muitos locais que a gente conhece aqui na Bahia, ele não tem direito a férias, não tem direito a 13º salário, então a vantagem nossa é você ter um profissional que vai ficar com você por um longo tempo e um profissional motivado porque recebe todos os seus direitos, então pode ser uma ou duas vantagens, mas são vantagens que lhe dá essa tranquilidade de ter um profissional que vai fazer bem o trabalho porque ele está sendo valorizado.

Malu - E você vê isso como uma terceirização de mão de obra?

Washington – A gente pode ver como uma terceirização de mão de obra sim, inclusive a lei de responsabilidade fiscal ela considera como terceirização de mão de obra, a gente considera que é necessário fazer porque a gente precisa desse profissional e a gente não tem como realizar uma forma de contratação sem prejudicar os princípios básicos do programa principalmente o princípio de morar na micro área, no caso do agente, por exemplo, a gente tem uma dificuldade muito grande de contratação de médicos do PSL, se você abre o concurso para o PSL em dois, três meses o médico vai sair e você vai ter que ficar sempre abrindo concurso para médico, então é uma dificuldade. Pode até ser considerado uma terceirização mas é a saída que os municípios, isso não é só o caso de Conquista está tendo para fazer essas contratações, no nosso caso eu até repito está sendo mais oneroso a gente está gastando mais, investindo mais, mas para a gente o resultado está sendo muito bom porque o médico e os outros profissionais ele tem a segurança que ele está recebendo em dia através dessa ONG e está recebendo todos os seus direitos porque o contrato é celetista.

Malu - No caso da Santa Casa que atende, é conveniada com o SUS você acredita que o que vocês pagam pelo atendimento ele arca com as despesas?

Washington – A gente acredita que o bolo todo sim, e com a Santa Casa daqui a gente tem até um adicional que a lei inclusive o SUS permite que você faça com hospitais filantrópicos um acordo a mais para repassar um volume maior de dinheiro então nós temos com a Santa Casa um contrato de urgência e emergência onde a gente investe um pouco mais no caso de urgência e emergência do pronto socorro, a gente acredita que do montante total sim dá para custear todas as despesas, pagar o profissional e ainda custear, porque a Santa Casa não quer obter lucro o objetivo maior deles é atender o paciente, então a compra de medicamento essa parte toda de lavanderia que são os custos maiores do hospital e a alimentação dá tranquilamente.

Malu - E vocês assim no papel de município vocês acham que vocês deveriam estar cumprindo esse papel de fornecer esse serviço?

Washington – Quais serviços? Esse serviço que a Santa Casa faz? A gente sim, mas não na sua totalidade, a gente acredita que a nossa parte é fundamental mas que também é fundamental a parte do setor filantrópico e do setor privado, a gente não quer fazer o SUS em Conquista apenas com o SUS do setor público, a gente quer fazer o SUS contratando serviços privados e serviços filantrópicos principalmente porque é através dessa diversificação e dessa parceria é que a gente consegue fortalecer a questão do SUS porque o SUS não é só um sistema, o SUS é toda uma filosofia de ter um atendimento gratuito de acesso livre a todas as pessoas que moram na região e por isso a gente precisa da ajuda de todo mundo.

Fim da entrevista

8 - Entrevista com Sr. Aluisio Meira de Araújo – Diretor da 20ª DIRES, concedida em 30 de abril de 2002, em Vitória da Conquista.

Malu - A gente quer saber como o Sr. vê esse processo de descentralização e a função das DIRES como realmente funciona isso.

Aluisio - Eu vejo com bastante otimismo, eu acho que melhorou bastante para toda a comunidade porque o recurso hoje ele é repassado fundo a fundo então o prefeito e o secretário municipal de saúde tem como utilizar o recurso de uma forma mais eficiente, como falávamos anteriormente esse recurso é repassado hoje fundo a fundo direto do Ministério da Saúde para o município sem atravessadores, o município tem uma conta específica para receber o recurso do Ministério da Saúde e é feito um plano para aplicação desse recurso, esse plano é feito um pacto entre o ministério e os municípios um plano de cumprimento de metas, então todo município tem que ter esse plano, chama plano municipal de saúde que vai, um plano também anual de gestão, que vão confirmar a aplicação devida dos recursos no cumprimento daquelas ações de vacinação, controle de hipertensão, controle de diabetes, controle da hanseníase, controle da tuberculose, planejamento familiar, prevenção do câncer, todos esses programas, programa de saúde da família, programa de agente comunitária de saúde, todos esses programas estão englobados nesses planos.

Malu - No caso qual seria o papel da DIRES?

Aluisio - A DIRES tem hoje mais um papel de supervisão, de monitoramento, de acompanhamento dessas ações para ver se realmente esses recursos estão sendo bem aplicados e se o município vem cumprindo aquelas metas pactuadas com o Ministério da Saúde.

Malu - No caso então a DIRES, existem alguns hospitais ainda estão sob a administração do governo estadual, essas DIRES também tomam conta desses hospitais.

Aluisio - Esses hospitais eles possuem a gestão própria quer dizer, eles estão sob o comando do estado porque são hospitais de referência para a região, são hospital geral que atende não só o município sede mas também toda a região envolvida, a macrorregião envolvida em atendimentos, então esses hospitais como são de importância para vários municípios não podem ficar ao acaso subordinados a um determinado município, apenas um município, ele fica sob a gestão do estado porque é um hospital de interesse para vários municípios.

Malu - Então as DIRES tem a função de fiscalizar

Aluisio - Supervisionar, monitorar e acompanhar esse cumprimento dessas metas pelos municípios.

Malu - As DIRES fazem isso através de grupos que

Aluisio - Tem pessoal treinado, pessoal capacitado, enfermeiros, técnicos que são capacitados e estão aptos a orientar, supervisionar, olhar os municípios.

Malu - E eles trabalham com pessoal da área da saúde dos diversos municípios aos quais a DIRES excede.

Aluisio - Certo.

Malu - Em que medida as DIRES se constituem instrumentos estratégicos para conseguir os objetivos da SESAB?

Aluisio - As DIRES são uma extensão da SESAB, elas ficam praticamente a nível dos municípios, elas ficam mais perto da ponte, ficam mais perto da microrregião

Malu - O que o Sr. define como micro e macrorregião?

Aluisio - As macrorregiões é quando você tem, nós temos na Bahia: região nordeste, região sudoeste, macrorregião sudoeste então envolve não só Vitória da Conquista como mais 60 municípios em volta dessa região sudoeste, é formada, é composta em torno de 60 municípios a região sudoeste, quando nós falamos em microrregião, as vezes quando você envolve dois ou três municípios seria uma cidade tipo Poções associada com Bom Jesus da Serra, Planalto que são cidades próximas a Andau, então quando você fala microrregião seria uma região mais próxima uma da outra.

Malu - Quantas microrregiões são existentes na Bahia hoje?

Aluisio - São em torno de 8 macrorregiões, agora as microrregiões são bem mais pois envolvem 415 municípios na Bahia.

Malu - Dá para dizer que macrorregiões, porque hoje existem 31 DIRES

Aluisio - 30 DIRES

Malu - 30 DIRES então 30 microrregiões ou você não pode associar microrregião a DIRES?

Aluisio - Não.

Malu - Não. É diferente do aspecto de divisão de direção. Como o Sr. vê assim essa delegação do serviço da saúde do estado para o município?

Aluisio - Olha, no Brasil as coisas acontecem, como a gente sempre vê na mídia a todo momento, denúncias de fraudes, de não cumprimento desses programas, dessas ações, cabe ao estado no caso a Dires respaldar esse cumprimento dessas ações através de auditorias, de controle e avaliação junto aos municípios porque anualmente é feita auditoria em todos os municípios da Bahia para certificar-se se esses municípios estão de acordo com o que é determinado pela nove, hoje chama NOAS 2002 . É uma maneira que o ministério encontrou de normatizar essas leis, então cabe hoje às Dires através dos técnicos com o apoio dos conselhos municipais de saúde, que é feito reuniões mensais em cada município, mensalmente é feito reuniões nos conselhos municipais de saúde e é onde são discutidas todas as questões de saúde daquele município.

Malu - E quem coordena essas reuniões?

Aluisio - Essas reuniões são feitas com o pessoal do próprio município e com o apoio das Dires, normalmente tem um representante do estado em todos esses conselhos representando o estado para que haja pessoas interessadas, são 50% de pessoas do município e 50% de usuários daquele serviço, seria 50% de prestadores de serviço, clínicas, hospitais conveniados ao SUS e 50% de usuários que é as pessoas que se beneficiam daqueles serviços.

Malu - A reação do estado frente, por exemplo, ao repasse de verbas direto da União para o município, como isso foi encarado?

Aluisio - Foi de uma maneira muito boa porque nós sabemos que até o dinheiro sair do Ministério e chegar aos municípios havia muito lobby, muito desvio de recursos porque tudo no Brasil envolve empreiteiras que são pessoas interessadas em desviar esse recurso. Com a municipalização acabou todo esse problema de desvio de recurso porque o recurso é repassado da conta do Ministério da Saúde para a conta do município.

Malu - Então o Estado tem assim bastante consciente essa idéia que o novo papel dele é fiscalizar, direcionar e não fornecer diretamente o serviço.

Aluisio - Certo.

Malu - Então na realidade vocês trabalham em conjunto com as secretarias municipais de saúde.

Aluisio - É. Trabalhamos com parcerias, com todos os municípios promovendo e assessorando eles, todas aquelas dúvidas que eles por ventura tenham com relação a municipalização.

Malu - E vocês também promovem também integração entre os municípios.

Aluisio - Foi feito um pacto que é chamado de PPI que significa Programação Pactuada Integrada que é uma forma que se encontrou para que todos os municípios se integrem e possam participar e trocar mutuamente serviços.

Malu - E como os municípios tem reagido ao processo de descentralização, deles assumirem realmente

Aluisio - A grande maioria encarou de uma maneira muito boa, eles tem assimilado assim de uma assim bastante vantajosa mas alguns deles ainda não acordaram para o fato da municipalização e estão ainda atrelados ao fato do prefeito ser o gestor e querer comandar todo o sistema de saúde do seu município, infelizmente acontece isso ainda aqui na nossa região. Tem prefeitos que se acham donos do município, eles não procuram dividir o poder com outras pessoas, eles se acham

Malu - São muito centrados apenas em um município que as vezes talvez não tenham recursos ou infra estrutura para estar atendendo toda a demanda do próprio município.

Aluisio - Então infelizmente tem alguns municípios que passam por este problema que a gente lamentava que viesse acontecer ao invés da municipalização acontecesse a prefeiturização, onde o prefeito passaria a ser o gestor de todas as ações de saúde.

Malu - E nesse caso quais são as ações da DIRES ?

Aluisio - A DIRES tem um papel como foi dito anteriormente de acompanhar esses municípios fazendo controle, fazendo avaliação, fazendo auditoria, verificar se foi feito aquelas ações, se foi realizada aquelas metas e enfim a DIRES fica exposta a compartilhar com todos os secretários, prefeitos de uma forma assim de capacitá-los, orienta-los e ajuda-los para que esse processo de municipalização se evolua de uma forma mais rápida possível, porque o SUS é uma coisa muito complexa, envolve muitas leis e se não houver por parte dos secretários e dos prefeitos o maior interesse em capacitar, em aprender em ver o processo de municipalização de uma forma diferente, que não seja uma coisa que é só ficar no papel, como sempre se pensou no Brasil, na lei tudo é possível e bonitinho, mas na prática é bem diferente, então a gente espera que os prefeitos e secretários municipais de saúde sejam pessoas conscientes e responsáveis e que possam fazer essa municipalização avançar e venha trazer grandes benefícios para seus municípios.

Malu - No caso da sua DIRES, o senhor sente assim os prefeitos assim, como se da essa relação?

Aluisio - A relação nossa é muito boa, eles têm atendido de uma forma muito cordial e tem colaborado até bastante conosco, mas infelizmente toda regra tem sua exceção, são 17 municípios e eu acredito que tem uns 30% que ainda não acordaram para aceitar a municipalização de uma forma efetiva.

Malu - E quais os mecanismos de implantação do SUS, antes e depois da implantação do SUS, mecanismos de controle, por exemplo, o papel da DIRES é

estar fiscalizando, estar supervisionando se os municípios estão realmente realizando o planejamento e fizeram com uma união com o governo federal.

Aluisio - Um pacto feito com união...

Malu – Então eu queria saber quais os mecanismos, quais os instrumentos o senhor utiliza, o senhor envia agentes, técnicos?

Aluisio - Mensalmente são encaminhado a todos os municípios, técnicos da DIRES que vão verificar se esta sendo realizado ou não esses procedimentos, então é feito mensalmente encontros aqui na DIRES com secretários, é feito encontros a nível de municípios com prefeitos e técnicos do municípios, então é feito um controle assim quase que mensalmente para que essas ações sejam realmente atendidas.

Malu – Nesse planejamento que o senhor falou que o município faz com a federação, com a união, à interferência do governo estadual, o governo estadual também participa desse planejamento ou...

Aluisio - Sim, o governo do estado tem equipe de auditores do estado que freqüentemente participam e colaboram com a DIRES com o comprimento dessas metas e desses papéis, dessas ações que são pactuadas com os municípios.

Malu – E a nível estadual de que forma a saúde se organiza no território de abrangência do nível estadual internamente nas microrregiões?

Aluisio - Não estou entendendo.

Malu – É assim, vocês coordenam todos os municípios aos quais, as DIRES são responsáveis por uma gama de municípios, e vocês coordenam a inter-relação entre eles, assim, quais os instrumentos vocês tem para realizar.

Aluisio - Essa coordenação é feita entre técnicos das próprias DIRES que vão mensalmente visitar todos os municípios e vão checar para ver se todas essas ações estão sendo cumpridas, existem programas de vacinações feitas pelo ministério da saúde que tem uma meta para ser cumprida, então cabe a DIRES apoiar e ajudar que essas metas sejam realmente cumpridas pelos municípios.

Malu - E vocês das DIRES reportam informações para o governo estadual?

Aluisio - São repassadas informações diariamente com o governo do estado, há um intercâmbio diário entre DIRES e estado.....eles reportam diretamente ao estado.

Malu – Os que estão ainda na básica.

Aluisio - Os que estão na básica é que normalmente reportam as DIRES e as DIRES reportam ao estado.

Malu – Isso é uma regra geral?

Aluisio - Normalmente vem acontecendo assim e o município que esta em uma fase avançada em seu sistema de organização ele consegue reportar diretamente ao estado.

Fim da entrevista

9 - Entrevista com Polyana Gonçalves dos Santos Gusmão - Gerente da Unidade da Policlínica de Atenção Básica de São Vicente – CE – 2, concedida em 02 de maio de 2002 em Vitória da Conquista.

Malu – Primeiro, gostaria de saber o seu nome.

Polyana - Meu nome é Polyana Gonçalves dos Santos Gusmão, sou enfermeira, gerente da unidade da Policlínica de Atenção Básica de São Vicente popularmente conhecida como KE-2, sou presidente do conselho local de saúde, isto significa que cada centro de saúde de Vitória da Conquista ou cada unidade do PSF foram montados conselhos locais de saúde, então a gente tem reuniões mensais, temos Livro Ata, nós temos Regimento e esse conselho é montado com conselheiros da unidade e conselheiros escolhidos pela comunidade, então nós temos as duas representações aqui: os usuários e nós os funcionários. As reuniões são realizadas aqui sempre na segunda sexta-feira do mês às 15 horas e onde são discutidos os problemas das unidades, e onde se abre a caixa. A gente tem uma caixa aqui que chama caixa de sugestão que fica no SAME, então a população ela coloca sugestões ou críticas lá e essa caixa só pode ser aberta com a presença dos conselheiros. A caixa é aberta em todas as reuniões e são lidas as críticas, as sugestões, os elogios e em cima disso a gente vai tentando corrigir os erros e se for elogios a gente vai ficando contente.

Malu - Vocês sentem bastante a participação dos usuários?

Polyana - A gente sente mas aqui ainda falta mais a comunidade presente nas reuniões, mais gente, porque a gente tem um bairro aqui que é muito, acho que por ser da classe média, então a população dele não participam inteira como tem outros conselhos em Conquista que tem reuniões com 100, 150 pessoas, aqui não.

Malu - Seria classe o que?

Polyana - Eu acho que lá é mais por interesse, agora que a gente está conseguindo movimentar o conselho com a ajuda, ação da igreja, as igrejas daqui do bairro e trazendo também porque eu atendo uma área de abrangência que é a zona rural e isso dificulta, são 22 micro áreas, nem sempre eles podem estar nas reuniões.

Malu - Você poderia me explicar como é dividido, pelo que eu entendi, existem as Centro de Atendimento Especial, Centro de Atendimento Especial 1, Centro de Atendimento Especial 2?

Polyana - Não. Só tem agora são 6 Centros de Saúde, 6 Policlínicas, e 31 PSFs.

Malu - O que seria um PSF?

Polyana - Programa de Saúde da Família que acho que já fechou 100% da zona rural e aqui ainda faltam algumas localidades que não tem.

Malu - Isso só em Vitória da Conquista?

Polyana - Só Vitória da Conquista, e as 6 Policlínicas que atende em geral é totalmente diferente do PSF. Porque no PSF tem triagem, é um médico exclusivo, tem uma enfermeira que é responsável, é uma equipe. Aqui não. Aqui a gente tem Clínico, Pediatra, Ginecologista.

Malu - Esse Programa de Saúde da Família então eles vão de casa em casa?

Polyana - Também, quando tem o dia de visita domiciliar porque eles são todos agendados, tem dia de atendimento da mulher, tem dia de atendimento da criança, dia que eles estão fazendo visita domiciliar mas mesmo que eles fazem visita domiciliar o posto de saúde deles fica funcionando. Eles também tem a mesma coisa que a gente, os conselhos locais, poucos são os locais aqui de Conquista que ainda não tem conselho local de saúde.

Malu - Essas 6 Policlínicas são referentes a quais serviços?

Polyana - São as unidades básicas.

Malu - Qual é a diferença que você sente hoje que o sistema está municipalizado e antes quando era o SUS?

Polyana - Eu vou dizer por Conquista. Antes da municipalização a gente via que não se conseguia, principalmente consultas especializadas, não se conseguia fazer aqui, não tinha uma organização de esporte e saúde, não existia o programa de saúde da família, não tinha o programa de agentes comunitários e com a municipalização e quando veio a plena melhorou mais ainda tanto atendimento hospitalar como da parte toda especializada que é oftalmologista, neurologista, exames transvaginais, mamografia, tomografia, coisa que na época do INPS a gente não via aqui, esses exames de alta complexidade a gente não tinha, em 97 era quase que praticamente zero a esquerda, não existia esses procedimentos, a gente não tinha central de ambulância que a gente tem hoje, a gente tem central de leitos, hoje a gente tem um resgate

Malu - Mas isso tudo porque houve uma movimentação popular?

Polyana - Aqui se busca muito o controle social, a gente busca muito o apoio da comunidade tanto que existe aqui, tudo que é construído pela prefeitura daqui sempre tem a participação popular. São eles que escolhem, quando tem reunião de bairros, eles participam, eles que escolhem o que querem, a prefeitura coloca a pauta e eles vão escolher o que eles querem que construa ali naquela localidade, trabalhando junto com a comunidade, a liderança da comunidade trabalha junto com o prefeito, trabalhando em união em conjunto.

Malu - Então vocês só vêm vantagem no processo de descentralização?

Polyana - E muita. Principalmente depois que veio com a plena, a gente viu que quando a gente só tinha a parte básica a gente caminhou muito e depois da plena a gente está caminhando muito mais porque a rede hospitalar hoje o atendimento é outro, tem as suas falhas? Tem, mas melhorou muito, muito, muito. Hoje a gente tem o que: tem o resgate que atende em Conquista todos os casos de acidente, é uma UTI montada e daqui a algum tempo a gente vai ter uma que possa transportar o paciente daqui para Salvador, daqui para Itabuna, coisas que não são feitas ainda em Conquista.

Malu - E existe assim algum tipo de regulamentação por parte do Governo Estadual?

Polyana - De tudo o que acontece, tudo tem que ter regulamento, tudo você tem que seguir as normas, o PSF tem todas as suas diretrizes, como tem que ser os contratos, tudo certinho. O PACS a mesma coisa, o conselho, tudo tem coisas que a gente tem que fazer aqui na unidade que tem que ser oficializado pelo conselho, por exemplo, o conselho quando ele, a gente teve um problema aqui com um funcionário, o conselho foi e a comunidade que pediu através do conselho que fosse tomada uma posição e também quando vai aprovar orçamento na secretaria de saúde ele já vai para o conselho municipal, a gente geralmente é convidado, participa das reuniões e o conselho municipal tem que, tem toda uma pauta que eles tem, todo final de mês ou de três em três meses eles passam tudo o que se gastou tem que ser apresentado nesse conselho.

Malu - No caso teriam 6 conselhos locais?

Polyana - Não. São mais porque, eu não sei quantos estão montados hoje, eu não sei te falar, eu não sei te informar, porque das Policlínicas eu sei que só tem uma, cinco estão formadas, só tem o Régis Pacheco que não tem ainda agora do PSF eu não sei quantos tem, parece que são 11 ao todo, eles estão tentando montar em todos os PSFs mas eu não sei se montou e só está faltando o do Régis Pacheco, o centro de

saúde Régis Pacheco que não tem também, o restante todos tem conselho local. O do CAE eu acho que é um dos mais velhos porque foi em 98.

Malu - Como se dá assim a relação entre vocês e o âmbito do governo estadual porque eles delegaram todas as decisões para vocês do Município mas eles continuam tendo a função de fiscalizar as ações, como se dá isso?

Polyana – A gente tem toda a parte do serviço, a supervisão é feita por eles sempre estão vindo aqui, eles olham tudo.

Malu - Eles na forma de que instituição?

Polyana - Tem a parte que é a DORES, por exemplo, quando vai montar, como agora mesmo eles estão montando a parte de fisioterapia, vem um grupo da SESAB de Salvador para ver como está o projeto, para ver o local se está adequado, dá palpite, ajuda, a gente está aqui no que é preciso fazer, a gente também é muito, toda vez que tem alguma coisa, o Ministério manda muita gente para cá porque montou o PSF, está muito bem estruturado, a gente já teve de outros países aqui, já teve um pessoal se não me engano de uma organização não governamental que também veio, nós tivemos o Prefeito e o Secretário de Saúde da cidade de Governador Valadares aqui, ele conheceu aqui a unidade e foi conhecer um PSF, o Programa de Saúde da Família que eles estavam querendo montar em Governador Valadares. A gente tem um bom respaldo.

Malu - Então quer dizer que é uma política que dá realmente certo.

Polyana - Dá certo.

Malu - O pessoal realmente tem que copiar?

Polyana - A gente tem recebido muitos elogios, no ano passado ou retrasado, Conquista ganhou o prêmio pelo Conquista Criança que é um projeto que a gente tem aqui na parte social, ganhamos um prêmio também pela Central de Marcação de Exames, teve muita gente que veio para cá, então tem várias coisas, Conquista está sendo referência para o Brasil e para o Mundo, teve até gente de Cuba que estava apresentando este trabalho que está sendo feito em Conquista e no Brasil estão querendo saber como Conquista está em nível de saúde, eles estão querendo saber até o comentário da gente porque toda vez que vai alguém para o Ministério eles sempre referenciaram aqui, então a gente teve aqui a visita de um país da África que eu não me lembro qual foi, um país pobre, e depois tivemos a visita de um pessoal rico de outro local se podemos dizer assim, para ver o que era de bom, se eles podiam fazer lá, se eles podiam fazer pelo menos o que a gente está fazendo aqui.

Malu - Você acha assim qual o fator chave para isso, para esse sucesso, para estar dando tão certo?

Polyana - Eu acho que é trabalhar em conjunto. Para mim eu acho que é a participação popular e você trabalhar em conjunto, só dá certo se você trabalhar com integralidade, em todos em tese é a integralidade, em todos os setores, porque a saúde não vai fazer sozinha, a educação não vai fazer sozinha, a parte social não vai fazer sozinha mas se eu estiver em conjunto com eles todos aí eu posso resolver.

Malu - Você acha assim, por exemplo, na área da saúde o Secretário Estadual da Saúde ele está realizando essa função de delegar as funções e está dando este respaldo também.

Polyana – Não sei. Eu posso falar pelo Municipal, o Jorge que é o nosso Secretário hoje Municipal, nós todos temos os cargos de coordenação, de gerência, etc. e ele dá um respaldo muito grande para a gente trabalhar

Malu - Então vocês aqui das unidades vocês não tem nenhuma interação junto com o pessoal da SESAB de Salvador, por exemplo?

Polyana - Não. Aqui nós temos funcionários do Estado, hoje eu gerencio algumas pessoas que são do Estado, porque quando foi cedido ao município, a Policlínica São Vicente ela era do Estado e ela foi cedida a Prefeitura e junto vieram os funcionários, nós nunca tivemos assim problemas, pelo menos eu posso falar por mim, aqui pelo CAE, eu nunca tive problema com o pessoal do Estado, muito pelo contrário, foram maravilhosos nunca teve assim essa, não sei em outros locais, mas aqui a gente nunca se bateu de frente com nenhum deles, são funcionários muito bons, tem alguns que saíram porque eles estão abrindo outras unidades do Estado como a de Silveira que é do Estado não é Prefeitura, ele acabou de ser restaurado e a gente ainda não sabe o que vai ser porque também não é órgão do município, do Estado aqui a gente só tem o Hospital Regional que não foi municipalizado ainda e o Afrânio Peixoto que é o Hospital Psiquiátrico e hoje nós temos um hospital que, apesar de ser um hospital privado hoje a prefeitura tem o Pronto Socorro do SUS dentro e eles conseguiram de volta o hospital de Matos que hoje é uma referência em partos de alto risco, conseguiram de volta, assim porque o Matos foi cedido por um antigo prefeito a muitos anos atrás ao hospital São Vicente, a Santa Casa de Misericórdia, e enquanto municipalização a gente precisava novamente de ter uma referência principalmente em gravidez, a gente tinha paciente grávida de alto risco e para onde encaminhar? Já que a gente não tem UTI Neonatal, então o que aconteceu: a prefeitura conseguiu este hospital novamente, esse hospital foi inaugurado em setembro do ano passado e é referência hoje não só para Conquista como pára o Sudoeste todo e agora a gente já está recebendo gente de Guanandi, Bom Jesus da Lapa, de outros locais para virem para Conquista e vai montar, se não me engano vai estar inaugurando agora a UTI Neonatal que foi um dos maiores sonhos de todo mundo porque aqui não tem.

Malu - Aqui em Vitória da Conquista não existe nenhum caso de terceirização?

Polyana - Não. Que eu saiba não.

Malu - Pelo que você conhece da comunidade, da população como seria visto isso?

Polyana - A parte terceirizada sim, porque tem vários laboratórios que são credenciados ao SUS daqui de Conquista, e a comunidade aceita numa boa esses laboratórios, porque a gente tem um laboratório central, laboratório da prefeitura e a gente tem vários laboratórios e hoje, por exemplo, a Secretaria ainda não montou a parte de ultra-sonografia, tomografia, ela não tem, então a gente ainda tem que encaminhar para o único hospital de Conquista que faz, mas também tudo via SUS, o paciente marca e vai para lá, a gente já entrega tudo marcadinho, tudo bonitinho, por isso você está todas estas pastas aqui, Agora cada posto é de um jeito, nós organizamos assim aqui para até ficar melhor até para mim olhar porque esta sala aqui é de marcação de consultas especializadas, então o paciente deixa aqui a consulta dele para marcar e quando a gente marca a gente coloca por ordem alfabética, então na hora que chegar eu vou ver se a consulta dela está marcada e aí aqui fica ultra-som, estética, todos os exames, transvaginal, ultra-som do abdome total, oftalmologia, mastologista, oncologista, fisioterapia entre outros.

Malu - Qual seria o papel da SESAB para vocês hoje?

Polyana - Eu acho que está mais como uma colaboradora, acho que está fazendo mesmo aqui é o município.

Malu - A SESAB funciona como fiscalização, a prefeitura tem um respaldo total?

Polyana - Tem algumas coisas que a gente, por exemplo, na parte de medicação eu não sei te dizer se mudou isso mas antes na parte da farmácia básica são três coisas: o Ministério entra com a sua parte, o Estado com outra e a Prefeitura com outra. Aqui em Conquista a gente teve vários problemas porque o Estado não estava repassando a parte dele, o município e a Prefeitura assumindo, a Prefeitura e o

Ministério. Teve Planejamento Familiar a mesma coisa, então o município agora assumiu o planejamento mas a gente já está sabendo que o Ministério vai voltar a fornecer.

Malu - Vocês preferem que a verba venha direto para vocês?

Polyana - Do Ministério para; o planejamento parou porque o Estado não está fornecendo os remédios, então parou, compete ao Estado segundo, é o que o Ministério diz e na última reunião que teve em Salvador na Bipartite, acho que foi na Tripartite em Brasília foi decidido que o Ministério vai mandar o dinheiro ou medicamento diretamente aos municípios aí não passa mais lista.

Malu - Você vê vantagem nisto?

Polyana - Eu vejo, na minha opinião acho que seria muito melhor, lógico que tem que ter uma fiscalização porque não é toda prefeitura, não é todo município que tem a

Malu - Então o novo papel do estado seria a partir da fiscalização?

Polyana - Ele deveria, também acho, ajudar também porque tem muito município que a gente cresceu muito mas na Bahia são quatrocentos e tantos municípios e que precisa deles ajudarem a crescer, avançar mais, cobrar mais, como eu disse antes, a gente aqui tem um compromisso, a gente vê isso na Secretaria de Saúde e do Prefeito, compromisso de ajudar a comunidade, tem outros municípios também que não tem o mesmo comprometimento.

Malu - Vocês são divididos, por exemplo, em microrregiões, Vitória da Conquista no módulo, várias DIRES

Polyana - É são várias DIRES: Itapetinga, Brumado, Guanandi, Ilhéus, Jequié, Feira de Santana, eu não sei todas não, são muitas

Malu -São 31 DIRES

Polyana - Aqui fica a 20ª DIRES, fica responsável eu sei alguns municípios, não sei todos, Vitória da Conquista, Tremedal, Encruzilhada, Cândido Sales, Anagé, Belo Campo, Jânio Quadros, Maitinga, não sei se Piripa está,

Malu - Essa 20ª DIRES qual é a relação de vocês com os outros municípios?

Polyana - Hoje a Central de Marcação de Exames ela tem uma, como diria, são marcados exames de especialidades para outros municípios aqui é tipo, eu não sei a palavra certa, não seria convênio, eles são...

Malu - Um pacto.

Polyana - Um pacto, então são vários municípios

Malu - Eles não tem, vocês podem ter e encaminham

Polyana - É, por exemplo, eu acho que você ouviu a conversa da parte de Neurologia que a gente não tem aqui e aí a menina ainda comentou, só que na realidade a gente realmente não tem aqui ainda a parte de Neurologia, Cirurgia Neurológica, então a gente faz onde? Em Itabuna. A maioria dos municípios que vem para cá são realmente os municípios que não tem, eles não tem aparte especializada e mandam todo mundo para cá, agora vem mediante marcação.

Malu - Como vocês custeiam essas pessoas que estão vindo de outras regiões?

Polyana - Eu sei que existe uma verba para a municipalização plena que vem diretamente para a prefeitura de Conquista só que isso não inclui a parte básica, então a parte básica a gente não atende, o que seria isso: super clínica, ginecológica, pediatria

Malu - A parte básica pressupõe-se que todo município tem que ter?

Polyana - Todos recebem, agora a parte especializada e que vem para cá e aí a própria da Secretaria de Saúde tem uma verba para isso, eles já fizeram um pacto entre secretários e prefeitos e estão hoje aqui e fazem parte, são quarenta, trinta e seis parece municípios que fazem parte, a mesma marcação que é feita com a gente eles também tem, agora a parte hospitalar aí vem todo mundo e atende todo mundo só aqui que nós postos de saúde que não.

Malu - Mas a parte hospitalar ainda é do governo ou municipalizou?

Polyana - Não a parte está toda municipalizada, só tem um hospital de base hoje que não é, é um hospital regional, ele continua com o estado.

Malu - E o que acontece, a pessoa vai lá, por exemplo, eles tem todas a responsabilidades?

Polyana - Quando chega lá ele vai do hospital ele vai para o pronto socorro ou então vai para a parte de ortopedia, então ele é atendido e se ele é internado, precisa, geralmente a secretaria chama um cardiologista, um cirurgião aí depende do que ele vai, se é uma tomografia mesmo que o hospital não tenha é encaminhado para um hospital privado conveniado.

Malu - Esse hospital é o que?

Polyana - Ele é um hospital particular, ele é terceirizado nessa parte, ele é que faz toda parte de tomografia, mamografia, presta serviços.

Malu - Então se você não tem a condição tecnológica de fazer, faz lá e paga para ele?

Polyana - Presta serviço para a secretaria de saúde, ecocardiograma, alguns exames, toda clínica que presta serviço, teste de esforço, endoscopia, são só os exames que são terceirizados, a prestação direta de serviços não.

Malu - Porque tem casos na Bahia em que os hospitais novos que foram construídos são terceirizados.

Polyana - Não. Aqui não. Foram passados para a mão de um grupo, como é o caso de Planalto. Não aqui não. A central de marcação mesmo, o CEMAI, ele é, todos os médicos são contratados pela prefeitura, são todos médicos contratados através de concurso e aí eles trabalham lá mas, tudo via prefeitura.

Malu - E todos os atendimentos que vocês fazem aqui vocês reportam para o secretário municipal.

Polyana - Isso. Todo atendimento que é feito aqui que é registrado vai para o CPD da Secretaria da Saúde onde eles estão todos digitados e encaminhados ao Ministério. Todo mês, chega o final do mês tem que estar tudo concluído para que sejam encaminhados os dados para o Ministério. Eles têm um trabalho assim bem montado.

Malu - Você acha que são fatores contribuintes pelo fato da forte interação entre o Estado, a Saúde Estadual e a saúde do município?

Polyana - A gente trabalha muito aqui interagindo, então isso ajuda muito. Aqui cada unidade tem um computador e isso vai facilitando. A gente vai estar implantando o cartão do SUS, por enquanto só tem duas unidades já funcionando porque tem bairros aqui de Conquista que ainda não tem agente comunitário então sai o pessoal da Universidade que está fazendo este trabalho casa a casa e é trabalhoso porque você tem que pegar o nome de todo mundo da família, todos os dados, tudo bonitinho porque tem que sair o cartão e aí o cartão vai servir para todo o atendimento e todos os municípios do Brasil inteiro vai ter que ter o cartão SUS, então a gente já acionou, a gente tem duas meninas aqui que você vai poder notar quando sair, tem um monte de lusinha amarela que ela já vieram e vão ser as digitadoras, já foi montado a antena aqui a gente só ainda não colocou o computador que para a gente vai ser assim maravilhoso porque vai ser digitado e a gente não vai precisar mais estar fazendo todos os mapas encaminhando para lá, a gente vai encaminhar a base de dados e aí vai estar indo direto para o almoxarifado, central de marcação ou os dados de vacina pois o João está indo direto para a Secretaria porque a gente faz tudo e já vai estar direto indo para o almoxarifado para a central de marcação com os dados de vacina e tudo que o João está indo direto para a Secretaria, a gente faz tudo mapa hoje, com o almoxarifado tem que se fazer um mapa e tem que colocar consumo médio mensal, o que a gente tem de saldo e o que a gente está pedindo.

Malu - O que você acha que vai ser para vocês o maior desafio daqui para frente? Até agora você ressaltou todas as conquistas que vocês tiveram, daqui para frente quais vão ser os maiores desafios, a questão local?

Polyana - Acho que o maior desafio hoje da gente em termos de saúde ainda é a questão hospitalar, a parte mesmo de hospitais, todo o trabalho que já foi feito ainda há uma resistência, principalmente na alta complexidade, porque antes os pronto socorros nada era ligado a prefeitura e agora existe uma supervisão, existe uma fiscalização, então ainda há resistência.

Malu - Resistência por parte de quem?

Polyana - Não sei se são dos profissionais que estão atendendo, eu não sei nem te dizer direito de quem é. Então agora, por exemplo, na prefeitura, a prefeitura ela tem dentro dos hospitais de Conquista um grupo que, eu não me lembro o nome deles, fica um rapaz lá, então quando o paciente não é atendido ele procura essa pessoa da prefeitura e o pessoal do pronto socorro tem que dizer o porque que esse paciente não foi atendido, as vezes ele está com uma dor de garganta, chega no hospital e quer ser atendido e aí volta e aí precisa passar por todo um processo para saber porque o paciente voltou, por exemplo, eu não posso referenciar, a gente tem aqui o teste do pezinho, se eu não estou atendendo hoje, eu tenho que saber para onde vou mandar o paciente porque ele não pode ficar andando, tem muita gente que mora na zona rural aqui de Conquista, a zona rural nossa é imensa, aí eu pego um coitado e fico com risco de mandar a referência

Malu - Você falou para mim que a fiscalização da esfera estadual ocorre através das DIRES e através de grupos que vem aqui e quando vocês precisam de um auxílio técnico eles colaboram, faz aprovação do projeto.

Polyana - Aqui na secretaria tem muito pessoal do ISC – Instituto de Saúde Coletiva que vem muito, dá muito apoio, foram muitos projetos montados, a secretaria daqui investe muito nisso.

Malu - Secretaria

Polyana - Secretaria Municipal, muitos dos que já estão aqui, os profissionais quase todos tem especialização.

Malu - Então a gente pode dizer que a Secretaria Municipal está logo acima de vocês e ela que coordena toda essa movimentação.

Polyana - Tudo.

Malu - Vocês não sabem exatamente o que ocorre entre Secretaria Municipal e Secretaria Estadual mas

Polyana - Algumas coisas a gente não tem assim acesso direto.

Malu - Contato mais direto é quando eles vem fazer a fiscalização e colaboram nos projetos.

Polyana - O contato da gente aqui da CAE é direto com eles nesse caso. Nós tivemos no ano passado um grupo que veio em relação a planejamento familiar, como nós somos referência em Conquista em planejamento eles vieram e olharam em tudo, e o que eu achei engraçado é que eles olharam até os banheiros se tinha água, ela: posso dar a descarga? Eu: pode, pode abrir as torneiras, pode, olhou tudo realmente, olhou se no teto tinha casa de aranha, olhou tudo no posto de saúde e assim, por mais que você tenha que explicar você fica meio, aí no final quando ela olhou e disse vocês tiraram 10, aí deu aquele alívio e a gratificação porque mesmo, são dois anos trabalhando aqui como gerente só que por traz de mim tem 70 funcionários, que estão atrás de mim, que estão me ajudando, eu não estou sozinha e graças a Deus a gente tem um respaldo mesmo muito grande da Secretaria para trabalhar. Temos as nossas dificuldades mas, nunca atrapalhou o serviço em nada. Tanto que, eu não sei se você pode anotar aí, a gente estava grampeando, a gente vai promover a 2ª Feira de Saúde daqui de onde a gente, promovemos a primeira que foi na Lagoa das Flores e vamos promover a segunda agora que é no povoado da Caiçara, no sábado, a gente leva atendimento odontológico, clínico, pediatra, teste do pesinho, vacina, fazemos palestra educativa, a gente leva tudo, então a comunidade que tem acesso aqui mas não tanto quanto o pessoal que mora aqui que atualmente a gente atende Morada dos Pássaros 1,2,3 e 4, são 3 não é o bairro, Sumaré, São Vicente e mais 22 micro áreas da zona rural porque os postos daqui foram divididos e aí coube a cada bairro ser responsável por seu posto de saúde

e vão estar montando provavelmente na Morada dos Pássaros porque é um bairro novo que ninguém esperava crescer tão rápido e cresceu muito tanto que são 15 agentes comunitários que vão entrar agora.

Malu - E tem local físico para eles ficarem?

Polyana - Por enquanto eles vão ficar referenciados em outro posto de saúde que seria o Régis Pacheco, num primeiro momento pensou-se aqui só que como eu tenho duas enfermeiras para atender de agente comunitário eles preferiram colocar em outro centro de saúde porque só tem uma.

Final da entrevista

10 - Entrevista com Paulo de Tarso, integrante do Conselho Municipal de Saúde de Vitória da Conquista, concedida em 02 de maio de 2002, em Vitória da Conquista.

Malu - O senhor é participante do conselho municipal de Vitória da Conquista, eu queria que o senhor me explicasse quais as vantagens do processo de descentralização da saúde que o senhor vê.

Paulo – em primeiro lugar eu gostaria de acrescentar mais algumas coisas sobre suas informações ao nosso respeito, eu sou representante, eu faço parte do conselho municipal de saúde e sou presidente da Associação Conquistense de Apoio ao Diabético, represento uma das partes dos usuários que fazem parte do conselho municipal que é a área especial de saúde e quanto ao benefício, a vantagem que o conselho traz com a municipalização, e a formação do conselho para a nossa cidade, eu acredito que para todas as cidades que tiverem a oportunidade de adiantar esse processo, as vantagens são imensas, dentre elas a organização do sistema de saúde pró-município que antes eram um visto estadual e ele vamos dizer assim, dominava toda a verba, todo o sistema de saúde ele dominava, o município que era a favor politicamente dele tinha alguma coisa, o município que não era favor politicamente não tinha nada, hoje nós somos, e sempre fomos um município de oposição a política do estado e nunca tivemos nada, hoje nós temos em virtude de estar com a municipalização plena da saúde, eu vejo com isso aí já, não tem benefício melhor que a gente possa enumerar entendeu, só essa posição aí já é um benefício muito grande para o nosso município e para os municípios vizinhos aqui, que desembocam, que procuram aqui em Vitória da Conquista para também serem beneficiados com a municipalização e descentralização da saúde.

Malu - Como o senhor vê essa relação entre os municípios?

Paulo – Muito boa, coisa que eu não esperava porque eu julgava que cada um teria de administrar sua própria saúde, mas depois de eu participar do conselho eu vim

notar que tem serviços como a radiologia, oftalmologia, tomografia, cada cidade com quatro, cinco, dez ou quinze mil habitantes colocar um serviço de radiologia depois o serviço ficar obsoleto por falta da demanda, por falta de clientes, então um municípios como Vitória da Conquista centralizou todo esse tipo de serviço, empresta serviço aos outros municípios, tanto que nós fomos informados pela pessoa, a gerente ,a diretora do centro do (SEMAI) ela nos disse que aqui em Conquista é uma população flutuante na área de saúde de um milhão e tantas mil pessoas que vem aqui para ser beneficiadas pelo processo de saúde, isso porque, porque a população da cidade.....pelo contrário, nós temos aqui uma faixa de 270.000 pessoas e esse aumento de movimento é justamente porque vem de outros municípios, porque são quase quarenta e oito à cinquenta municípios que são nossos vizinhos, isso já é muito importante.

Malu - Na sua opinião, quais foram os motivos assim básicos para Vitória da Conquista ter se tornado um pólo assim, por ter se tornado centro de referência para outros municípios, porque isso não aconteceu com outros municípios?

Paulo – A meu ver eu acho que foi o secretário de saúde, secretário de saúde é uma pessoa, vamos dizer, que tem informação em saúde pública, foi escolhido, convidado para ser secretário aqui do município e para a sorte nossa ele aceitou e vem administrando a saúde que esta dando exemplo para o Brasil inteiro, tanto é que você da FGV veio aqui para fazer esse trabalho todo, sobre informação de alguma entidade superior, vamos dizer assim, ministério da saúde, então vamos dizer assim, eu acredito que pela administração dele, foi ele que trouxe esse benefício todinho, ascensão da saúde aqui no nosso município.

Malu - E a questão da participação popular, quais as mudanças que o senhor vê?

Paulo – Bom, a participação popular assim em que sentido?

Malu - Que o senhor acha que mudou a participação popular, depois assim, descentralização, se antes o pessoal participava menos e agora o pessoal esta mais ativo.

Paulo – É, mudou, mudou bastante tanto que, vou dar um exemplo da zona rural, a saúde só chegava na zona rural na época de eleição ou então quando o pessoal da zona rural vinha aqui para o município pleitear, ver se conseguia atendimento médico, e na época de eleição os vereadores, os vereadores mesmo levavam os medicamento para lá, levava o médico para fazer os exames ou muitas vezes nem exames faziam de acordo com o que a pessoa dizia que estava sentindo ele passava a receita e esse negócio todo, então com essa mudança aí veio as cobranças e o município atendeu quase já todo, se não em engano já atendeu toda a zona rural, quer dizer, a população de um modo geral esta participando, direta ou indiretamente esta participando porque esta recebendo, está usurpando de benefícios, nós temos aqui mesmo na associação, diabéticos que vinham aqui constantemente, depois que o programa de saúde da família se deslocou para área onde ele esta morando, ele não vem mais, ele só vem aqui, vamos dizer assim, em ultimo caso entendeu, aqui na cidade também a participação é muito boa.

Malu - O senhor acha assim, que o fator chave para a população estar participando mais é porque o serviço esta chegando a eles agora, agora eles estão usufruindo do serviço, agora eles estão cobrando mais.

Paulo – Exato. Vamos dizer assim, os atendimentos, antigamente a pessoa para fazer um diagnóstico de câncer ou qualquer coisa ele tinha que se deslocar para a capital do estado ou um centro maior como São Paulo, hoje não, hoje já tem clínica de oncologia aqui em Vitória da Conquista, com isso, se essa clinica veio aqui é porque sentiu a participação popular, tanto é que politicamente o prefeito foi reeleito em razão disso, a seriedade como ele administrou, como ele implantou a saúde aqui no município com a municipalização, e em troca disso o povo fez com que ele permanecesse mais um mandato a frente do governo do município, isso já é um

exemplo que a gente não pode negar também né, e eu vejo assim o pessoal mesmo que eu represento, eu sinto que eles estão mais organizados, estão mais interessados, já não ficam procurando e não se queixam mais desse negócio porque sabe que tem, agora a demanda, cada vez mais que vai oferecendo o serviço a demanda vai aumentando, a necessidade vai aumentando.

Malu - Qual o papel do estado nesse processo?

Paulo – O estado ainda tem a responsabilidade que mesmo com a municipalização o estado tem alguns procedimentos que é de responsabilidade do estado, por exemplo, vamos dizer assim, se há a distribuição de medicamentos, o repasse de algumas verbas ainda é por conta do estado, o estado também não ficou isolado, o estado nesse processo também não poderia ficar isolado senão, todos os municípios estariam municipalizados e o estado ficava sozinho lá na capital e não tinha, vamos dizer, a DIRES mesmo né, o trabalho que a DIRES vem fazendo, que representa aqui o estado na região, o estado também tem sua importância muito grande nesse processo.

Malu - Porque? Qual a importância do estado?

Paulo – Ele tem pelo seguinte, porque ele dá suporte, vamos dizer assim, os hospitais estaduais, um aqui mesmo tem o hospital de base, é o hospital regional, é um hospital sobre a administração do estado e é um hospital que além de atender a demanda do nosso município, atende também a demanda dos municípios vizinhos e do norte de Minas, nós temos aqui uns 110km distante do estado de Minas Gerais, nós somos praticamente somos divisa, se não tivesse o suporte do estado, nós aqui de Vitória da Conquista nós não poderíamos atender a demanda de outros estados.

Malu - Como vocês vêem esse atendimento da demanda de outro estado, porque os recursos são de vocês.

Paulo – Olhe bem, porque isso, porque vamos dizer assim, uma cidade do estado de Minas Gerais que esta aqui vizinho a nós, a distância é 110km, a distância dessa cidade para a capital do estado ou para a cidade mais próxima, da três vezes mais ou quatro vezes mais a distância do nosso município, tanto que nós aqui em Vitória da Conquista somos considerados Bahianeiros, baiano com mineiro.

Malu - Você vê a possibilidade de em um futuro estar havendo essa pactuação que existe atualmente entre os municípios do estado da Bahia, pode existir uma pactuação entre os municípios de diferentes estados?

Paulo – Eu acredito que pode, não vai demorar não, vamos fugir um pouquinho da área de saúde, na parte de eletricidade mesmo, tem cidades de Minas Gerais que são vizinhas nossas aqui, que usam o sistema de eletrificação gerenciado pelo estado da Bahia, vai usar também em um futuro bem próximo também o sistema de saúde também do nosso estado, porque são cidades muito carentes, é a região mais pobre do estado de Minas Gerais fica aqui no norte aqui vizinho a gente, então é mais fácil, é capaz até de o pessoal mudar para divisa do estado da Bahia do que ficar em Minas sabe, por causa da carência, porque é uma região muito pobre, muito seca essa parte do estado, e fica vizinha a nós, agora tem uma parte da ilha do norte que fica mais para o noroeste do estado que é uma cidade industrial muito grande.

Malu - O conselho municipal aqui de Vitória da Conquista se reúne mensalmente?

Paulo – Mensalmente.

Malu - Com a participação de...

Paulo – O quorum são onze conselheiros.

Malu - Onze conselheiros municipais?

Paulo – Onze conselheiros municipais, o quorum para dar quorum, para ter a reunião, mas a participação são vinte conselheiros que fazem parte do conselho municipal.

Malu - Como esses conselheiros são escolhidos?

Paulo – É, e agora você me pegou um pouco porque eu me interessei mais pela nossa área, eu posso lhe dar a relação, eu posso citar, declinar o nome do pessoal, você vai sentir qual a participação dos outros conselheiros, por exemplo, nós temos aqui, o gestor que é a secretaria de saúde, que o gestor ele é o presidente do conselho que é o secretário de saúde, tem a 20ª Dires que é a representação do estado também no conselho, tem o sindicato dos hospitais e estabelecimentos particulares, tem a câmara municipal, por sinal uma coisa que os outros municípios do nosso país não aceitam e muitos deles não tem a câmara municipal sendo participante do conselho, os vereadores em si já são escolhidos pelo povo para fazer a representação e além disso eles ainda querem participar, então em Conquista e um ou dois municípios ainda tem essa irregularidade, porque a lei diz o seguinte, não pode o membro do conselho legislativo participar do conselho, mas a lei não proíbe, e quem vota a lei são os vereadores e eles para aprovarem as leis eles tiveram que incluir a participação deles, quer dizer, fizeram em causa própria, para ter mais participação junto com a população. São dois, é um representando a oposição e o outro representando a situação, tem um representante da Universidade Estadual da Bahia, tem um representante também da empresa que trabalha com o serviço de água e esgoto, saneamento, que também é do estado, tem a federação municipal das associações de moradores, aí já é popular, tem as entidades religiosas, tem a associação brasileira de odontologia a (BO), tem a (ASPARMA) que é a associação dos farmacêuticos, tem o sindicato dos trabalhadores urbanos que é participação popular, tem o COREN – conselho regional de enfermagem, tem a área especial de saúde na qual eu represento que são todas as outras associações, deficiente físico, diabéticos, portadores, Caritas brasileiras, o pessoal, que cuida do, eles fazem um trabalho social sobre a DST- AIDS, tem o (CREMEB) que é o conselho regional de

medicina e tem a união das associações de bases de Vitória da Conquista, então são esses aqui que fazem parte.

Malu - Então nas reuniões do conselho municipal, os conselheiros locais não tem voz ativa?

Paulo – eles não tem direito a voto, mas podem questionar, podem apresentar opiniões, só não tem direito a voto, porque o direito a voto só é permitido para os membros titulares do conselho, como também nas reuniões sempre surgem os suplentes, é tão interessante que os suplentes vão para as reuniões e lá participam, dão sugestões, agora não tem direito a voto, o voto só meu e dos membros titulares, mas os conselheiros locais por sinal, foi um avanço muito grande também, a criação dos conselhos locais, nós em vários congressos que já participamos. O exemplo nosso, procurar saber como é, nós estamos carente ainda aqui, é que o estado ainda não fez, vamos dizer assim, intensificou a capacitação de conselheiros.

Malu - O que o senhor tem como intensificar a capacitação do conselheiro, e que conselheiro, local?

Paulo – O local e o municipal, porque na verdade é o seguinte, quando fomos convidados para participar do conselho nós não sabemos, tem muitos deles que não sabem o que significa conselho, porque quando você vai na quinta, sexta reunião que a gente já está lá na metade do ano, aí que você começa a entender o funcionamento do conselho, eu mesmo, eu e mais uns dois por conta própria nós procuramos a própria secretaria mesmo e eles fizeram uma capacitação para a gente, porque a gente sentia a necessidade e a responsabilidade que estava sobre os nossos ombros.

Malu - Qual é a responsabilidade?

Paulo – Muito grande, aprovar as contas, as prestações de contas, saber como é que aquele dinheiro entrou, como é que aquele dinheiro saiu e isso, e eu julgava que ser conselheiro seria só visitaria reuniões e depois eu comecei a sentir, tanto é responsabilidade que nós recebemos a visitas de vocês aqui, cobrando o funcionamento, se realmente é verdade o que vocês foram informados.

Malu - Vocês participam quando, por exemplo, um município decide as ações, o planejamento, vocês participam dessa fase?

Paulo – Participamos, quer dizer, vamos dizer assim, quando é feito o orçamento para o Biênio 2002/2004, então vem o programa, vem aquele programa que é apresentado para o conselho na área de saúde e com isso nós vamos aprovar, quer dizer, é tudo projetado para o funcionamento do conselho e o funcionamento da saúde nos próximos anos, por sinal esse ano mesmo nós já provamos o programa da saúde para o ano de 2002, esse mês passado nós tivemos quase três reuniões, duas extraordinárias e uma reunião ordinária do conselho só para fazer esse trabalho.

Malu - Qual a participação que vocês vêm do estado nesse planejamento bi-anual ou anual que vocês fazem?

Paulo – Essa parte aí eu vou até me excluir de responder porque eu não vejo, eu posso até estar enganado, mas eu não vejo a participação direto do estado não, eu vejo a participação direta do estado nas ações que competem ao estado.

Malu - Quais são as ações?

Paulo – Vamos dizer assim, no caso de, nas campanhas, as campanhas de vacinação, e outras campanhas que o estado...

Malu - E de onde vem essas atribuições que ficam sobre a responsabilidade do estado? É lei, é definido, como que é?

Paulo – Aí eu vou me abster de responder porque eu não estou interado assim, já basta o que demanda do conselho, o estado tem na verdade o estado tem sua representação, tem o conselho estadual como tem o conselho federal de saúde, tem o conselho estadual de saúde e tem o conselho municipal de saúde, então para cada um tem aquelas atribuições, eu não dou assim a você um suporte para lhe informar a respeito do conselho estadual.

Malu - Você vê assim participação realmente, participação popular, vocês induzem essa participação popular, você vê o município induzindo essa participação popular, chamando gente, informando?

Paulo – Muito. Um passo muito grande que o tema foi, agita muito, então vamos dizer assim, Vitória da Conquista teve a participação direta da população que foi convidada, eles foram informados sobre a atividade física, no aniversário do município a própria secretaria de saúde faz uma gincana com todas as unidades de saúde.

Malu - Procurando integrar.

Paulo – Integrar a população, teve um bairro aqui, um bairro de classe, nem de classe média não é, classe pobre, a Jurema, ele foi até o ano passado foi o campeão da gincana, quer dizer, o povo participou, teve aí as campanhas, campanha de.

Malu - E quem faz tudo isso é o município?

Paulo – O município que promove, a campanha do idoso, a campanha nacional, tem a participação do município.

Malu - Pelas informações que eu obtive atualmente com a descentralização a união passa diretamente os recursos para o município e o município através de um plano com a união, plano de cumprimento de metas, ele se propõe a destinar os recursos

para determinadas ações e no caso as DIRES são responsáveis pela fiscalização dessas ações. Eu estou certa?

Paulo – A DIRES é encarregada da fiscalização do estado, tudo que cabe ao estado quem fiscaliza aqui é a DIRES, que é um órgão mesmo, direção regional de saúde, da união, vem a, de vez nós aqui somos visitados por uma auditoria.

Malu - Da união?

Paulo – Da união, uma auditoria do Ministério da Saúde vem aqui checar.

Malu - E isso ocorre de quanto em quanto tempo aqui assim por exemplo?

Paulo – Eles estiveram aqui da primeira que eu participei, eu fui convidado por um membro da auditoria para acompanhar um processo, uma fiscalização que eles iam ter aqui em um hospital conveniado com o SUS, a Santa Casa de Misericórdia que foi medalha de prata em, quando a entidade da, vamos dizer assim.

Malu - Menção honrosa.

Paulo – No estado do Rio de Janeiro tem uma cidade que recebeu a medalha de ouro porque, porque eu não estou me lembrando assim em termos, vamos dizer assim, deu um desfalque nos cofres do SUS.

Malu – Ah, entendi, eu estava conversando com o Washington, ele comentou sobre isso.

Paulo – Então aqui a Santa casa, no país inteiro, foi o segundo lugar, o segundo maior desfalque do país foi a Santa Casa, então a auditoria esteve aqui para fiscalizar outro, ver as contas aqui do município, participando, eles tiveram uma reunião com a gente e aí eles nos convidaram para ir até a Santa Casa de

Misericórdia, para acompanhá-los, para ver como era lá, e lá eles viram mesmo pessoalmente para depois dizerem assim, o pessoal do conselho é que vem dizendo isso e aquilo que, eles estavam cobrando taxa, você tinha a requisição do SUS e tudo, e agora para você ser atendido você tinha que pagar determinada taxa, tanto é que surgiu depois da vinda da auditoria surgiu aquele cartaz ali, cobrança no SUS é crime, aí o conselho foi obrigado com a secretaria elaborar cartazes desse tamanho aí para a rede.

Malu - E antes assim, quanto tempo você esta no conselho?

Paulo – Eu estou a dois anos, estou completando dois anos já.

Malu - Nesses dois anos que o senhor esta no conselho houve uma mudança brusca nos membros do conselho?

Paulo – Não.

Malu - Ou esses membros do conselho são aqueles de sempre?

Paulo – Não, não, há mudanças, vamos dizer assim, cada conselheiro tem o seu prazo determinado, um mandato de tantos anos, vamos dizer assim, vamos dizer dois anos, quando na renovação, tem entidades que são convidadas a trocar o conselheiro, a entidade então indica outra pessoa ou então permanece aquela mesma pessoa, aí prorroga mais, vamos dizer assim, a Universidade, nesse ano mesmo a Universidade trocou de conselheiro. No funcionamento do conselho municipal nós ainda temos uma comissão da qual eu participo, eu o membro da Caritas brasileira que representa a DST – AIDS, combate a AIDS, e tem um membro que representa os sindicatos dos hospitais particulares, essa comissão foi criada para nós visitarmos constantemente as unidades de saúde, todas as unidades de saúde do município para ver o funcionamento, para dar um exemplo mesmo você viu eu conversando aqui com o diretor do departamento odontológico da secretaria procurando saber dele a

respeito de anestésico, então nós fazemos assim mensalmente, nós fazemos uma visita com todas as unidades que funciona a saúde aqui no município, outra coisa também, a própria secretaria de saúde quando vai fazer a contratação do pessoal, ela convida o conselho para indicar uma ou dois membros do conselho para participar do processo de seleção, justamente para mostrar a transparência de como é feita a seleção dos funcionários, tem determinadas cidades, isso é uma prática constante, a maioria das seleções já é indicada por políticos aqui, eu mesmo já participei de algumas seleções aqui e a gente sente a transparência, se tiver alguma irregularidade com um funcionário, com um agente de saúde, o conselho é convidado para participar também do processo de punição daquele funcionário, então nós temos assim, como eu disse a você anteriormente, antes nós pensávamos que era uma simples formalidade, e a responsabilidade que jogaram nas nossas costas é bem maior.

Malu - Eu vou perguntar mais uma vez para o senhor, porque o senhor acha que a presença do estado continua sendo fundamental?

Paulo – Ao meu ver é como eu lhe falei, a manutenção, porque também um município que não tiver, vamos dizer assim, em qualquer secretaria não tiver a participação direta ou indiretamente do estado, aquele município tem algumas coisas que nem pode funcionar, vamos dizer assim, na área de saúde mesmo, o hospital de base, tem um hospital aqui para doentes mentais, o município esta procurando de todas as maneiras para que o estado cedesse a administração desses hospitais, mas o estado também não quer perder a fatia do bolo, o estado não quer passar a administração do hospital regional para o município e a administração do hospital de saúde mental para o município porque o estado fica sem nada aqui na área de saúde, só fica com a gerência da Dires aqui para fiscalizar os municípios da região, então o estado não abre mão desses dois pontos, tanto que a própria secretaria, o secretario, ele já fez de tudo para dividir o hospital de saúde mental, colocar o hospital, mas o estado não quer perder.

Malu - O município então não tem participação nessa administração dos hospitais que continuam sobre a administração do estado?

Paulo – Não tem uma participação direta, mas tem indireta, vamos dizer assim, o hospital regional ele tem um quadro clínico, mas esse quadro clínico não atende a demanda, tem de atender também o município de Vitória da Conquista, então a secretaria contratou profissionais e colocou também para trabalhar naquelas unidades de saúde do estado sobre a gestão do município, vamos dizer, plantões no pronto socorro é um exemplo, vamos dizer assim, a saúde mental, o município investe também o atendimento, para que o atendimento seja de melhor qualidade.

Malu - E assim, como o senhor acha que, por exemplo, esses hospitais regionais que atendem demandas de diversos municípios, se eles fossem municipalizados e estivessem, por exemplo, sobre gestão do município de Vitória da Conquista e tivesse que atender os diversos municípios, o senhor não acha que haveria conflito de interesses ou, por exemplo, haveria um conflito na questão, quem administraria aquele hospital regional, para quem o estado poderia estar passando essa administração?

Paulo – É o caso do hospital regional mesmo de Vitória da Conquista, o gerente, o administrador, são prepostos do estado, o médico que é o diretor, ele é nomeado pelo estado politicamente, o administrador também é nomeado pelo estado, agora houve, vamos dizer assim, um acordo, um contrato que para um hospital funcionar melhor, o município investiu na contratação de mais profissionais, porque tem os profissionais do estado e tem os profissionais do município, mesmo assim há um conflito que um tira plantão e não sei o que, do município, coisa assim sabe, mas o estado não quer perder essa fatia política do município, principalmente nós aqui, é uma representação muito importante para administração estadual, e nós temos o que, terceiro município do estado, primeiro a capital segundo Feira de Santana e em terceiro Vitória da Conquista, se ele perder Vitória da Conquista ele vai perder bastante representatividade política, além de tudo também essa questão do estado, é

uma opinião particular minha, sobre a política, e eu sou filho aqui de Vitória da Conquista e nunca vi, eu vou te confessar, eu nunca vi entre os 58 anos de idade e agora de quatro anos para cá que eu estou vendo alguma coisa na saúde no nosso município, antes não tinha, eu não vim de fora não, eu sou aqui do berço, conheço os políticos daqui todos, então eu tenho uma certa liberdade para falar, não sou partidário ao atual prefeito, não sou partidário a ele, mas reconheço, eu conheço aqui, nunca teve isso assim, uma vez mesmo eu sai daqui fui para uma reunião de uma comunidade na zona rural para começar, vamos dizer assim, a importância de criar um conselho local de saúde, explicando,chegou para mim e falou assim, senhor Paulo, para nós aqui esta muito bom, assistência de saúde esta muito boa, vem aqui na nossa porta, o senhor ainda esta aqui para dizer a gente que a gente tem que melhorar isso, nós nunca tivemos isso como esta hoje aqui, para que melhorar, entendeu como é, então você sente assim, eu confesso, eu nunca vi, agora eu fui alertado por alguns companheiros de outras cidades que fazem parte do conselho municipal que o meu otimismo esta muito grande, porque eu não poderia pensar dessa maneira, porque pode reverter a política do município e acabar com tudo isso, a exemplo de (BETIM) no estado de Minas Gerais, que é ali da região metropolitana de Belo Horizonte e em pleno vapor mudou a gestão municipal e sucateou tudo. Mas nós temos esperanças que aqui em Vitória da Conquista não aconteça isso entendeu, quem sabe.

Malu - Talvez também porque há uma estrutura mais sólida né? Fazemos votos para isso.

Fim da Entrevista

11 - Entrevista com a Joselita Nunes Macêdo, Superintendente da Superintendência de Planejamento e Monitoramento da Gestão Descentralizada de Saúde – SUDESC, da SESAB, concedida em 26/06/2002 em Salvador.

Otávio - Eu gostaria de saber exatamente o que essa superintendência tem relação com o processo de descentralização, ter uma idéia geral desse processo.

Joselita – No processo de reforma da secretaria, que tem 3 anos que foi implantada, foi criada uma superintendência que tinha como objetivo consolidar o processo de descentralização. Isso significa que deveria dar apoio aos municípios para que eles passassem a assumir as funções de saúde, no mínimo a atenção básica de saúde, e passassem a ter a possibilidade do processo de decisão quanto às ações de saúde a serem implementadas. A superintendência, tem duas coordenações: uma coordenação, que trata de apoio aos municípios, especificamente aos municípios, que orienta quanto ao relatório de gestão, aos planos municipais de saúde e acompanhamento do fundo municipal de saúde que é acompanhado pela secretaria e uma outra área, que nós estamos tentando atuar, é o processo de participação social. Então nós temos um instrumento de avaliação e de participação nos Conselhos Municipais de Saúde. A outra diretoria é uma diretoria que é mais voltada para o conjunto do planejamento das ações de saúde, é a diretoria que trabalha com a programação pactuada integrada, a diretoria de planificação. A outra diretoria, de desenvolvimento das regiões assistenciais, é que pensa a regionalização no Estado e a oferta de serviços integrados regionalizados, integrado do Estado. Então é nessa diretoria que se trabalha a questão de definição das regiões assistenciais do Estado.

Otávio - São essas as microrregiões?

Joselita – Microrregiões, quer dizer, nós já havíamos trabalhando no processo de micro-regionalização, como uma proposta piloto antes do Ministério da Saúde implantar a NOAS.

Otávio - Que eram as DIRES?

Joselita – Não, as DIRES é uma outra situação. Então esse processo já vínhamos discutindo com uma proposta piloto a ser financiada através do Projeto do BIRD, do Banco Mundial. Como para isso o Ministério da Saúde discutia muito com a gente, de uma certa maneira terminamos influenciando a proposta que tinha a NOAS. Hoje esse processo vai ser financiado pelo Bando Mundial, nós não trabalhamos mais com projetos piloto, mas trabalhamos com a regionalização assistencial que é prevista na NOAS. Qual é a situação da Bahia? A Bahia tem hoje, podemos dizer, três divisões dentro do Estado, que convivem no Estado. Uma divisão administrativa, em numero de 15, em que o Estado trabalha a questão econômica, a questão de transporte e a questão educacional. Temos na área da saúde uma divisão de diretorias regionais de saúde, que são 30 diretorias regionais de saúde, então é uma outra subdivisão.

Otávio - Essas são as DIRES?

Joselita – Essas são as DIRES, e com o processo de implantação da regionalização da saúde, das regiões assistenciais, nós estamos desenvolvendo as chamadas regionais de saúde, que podem coincidir ou não com as DIRES. Então essas regionais de saúde, por coincidência são 31, podem estar todas englobadas numa DIRES, podem ter duas fazendo parte da mesma DIRES ou uma DIRES englobando duas regionais de saúde. Na definição, quer dizer, da regionalização do Estado, que eu acho que isso é importante para você, nós partimos de uma série de estudos que já se tinha feito, da oferta de serviços existentes, nós não estamos começando do zero, nós já tínhamos uma realidade. E as propostas de ofertas que tem a NOAS, no anexo 1, anexo 2 e anexo 3, serviram para definir os critérios indicativos. No primeiro momento nós fizemos a divisão das macrorregiões do Estado.

Otávio - São 6?

Joselita – São 6. Então isso eu acho que Sônia já deve ter te falado, qual eram critérios que nós utilizamos para definir as macrorregiões?

Otávio – Falou.

Joselita – Oferta de serviço de alta complexidade, que já tivesse trabalhando com o programa de urgência e emergência e já tivesse trabalhando com o programa de gestação de alto risco e implantações de UTI, que já eram projetos que já tinham recursos financiados através do Ministério da Saúde e que já se tinha selecionado algumas regiões. No mínimo deveria ter isso. Definindo essas macrorregiões, nós fomos buscar os trechos rodoviários, como é que elas se comunicavam.

Otávio - Sim, o Dr. Raimundo falou sobre isso.

Joselita – Dos trechos rodoviários nós partimos para os fluxos do paciente e aí nós temos um grande problema: nós só temos fluxo do paciente, a única informação que nós temos é da AIH.

Otávio - A AIH é o que?

Joselita – AIH, Autorização de Internação Hospitalar, e essa informação só nos diz da internação médico hospitalar, então a parte da média complexidade e alta complexidade ambulatorial...

Otávio - Não tem os dados?

Joselita - Nós não sabemos pra onde o paciente vai. Então o que nós fizemos foi, a medida em que foi se iniciando processo de descentralização, com a transformação de municípios em gestão plena, hoje nós temos 19 municípios em gestão plena, que é muito pouco, diga-se assim de passagem.

Otávio - São 415 municípios?

Joselita – São 415. Começamos então a incentivar a criação de centrais de marcação de consulta e marcação de exames laboratoriais para a gente ter uma idéia de como realmente que se dá esse fluxo. Também temos levado em consideração que esse fluxo, pode estar sendo mascarado pela oferta já existente, quer dizer, uma oferta histórica, que os municípios, que hoje se desenvolveram mais, mas que possivelmente se tivessem municípios próximos que tivessem também essa mesma oferta o paciente não iria para lá. É a mesma coisa que imaginar porque que todo mundo se opera em São Paulo no Instituto do Coração. Porque tem uma referência histórica e os outros Estados ainda não construíram essa referência histórica. Isso então é o que a superintendência faz.

Otávio – Uma coisa que não ficou muito clara, para mim pelo menos, foi esse processo de regionalização. Como é que foram definidas essas microrregiões? As macros são devido a essa alta complexidade. E as microrregiões e os municípios-pólo das microrregiões? Quais foram os critérios que foram utilizados para essas definições?

Joselita – Para as microrregiões, como eu disse, pega primeiro o anexo 2 de média complexidade e vê o que já existe. Então na realidade se baseou muito também na oferta de serviço existente e na população. Nós trabalhamos também que uma microrregião deveria ter em média 250.000 habitantes.

Otávio - Esse dado a gente não tinha.

Joselita – Isso inclusive é uma idéia do próprio Eugênio Vilaça Mendes, o Ceará trabalha nisso. É que o Ceará é menor, tem uma capacidade menor. Então com isso nós fomos trabalhando, buscando ver naquelas microrregiões, que tinha esse fluxo rodoviário, qual era a cidade que já atendia o máximo possível da exigência da NOAS, e fomos dando cortes. Então imaginamos 100%, não tem ninguém, 80%, não

tem ninguém, fomos dando cortes até chegar a um número que seria um número considerado mais ou menos razoável de se aceitar como microrregião, porque senão, por exemplo, hoje nós temos a macrorregião norte, que é muito grande, então nós vamos ter que cortar a macrorregião norte.

Otávio - Então não está sedimentado esse conceito?

Joselita – Não. E é difícil, mesmo porque nós estamos agora começando um trabalho a nível dos municípios para definir o módulo assistencial. O módulo assistencial é a menor unidade de assistência.

Otávio - Que pode ser um município ou não.

Joselita – Pode ser um município ou não, por exemplo, Salvador. É o que seriam antes os distritos, vamos só imaginar assim. E o módulo assistencial nós estamos pensando com uma população em torno de 30.000 habitantes. Aí você vai dizer, hoje está definido? Não. Nós estamos em discussão na Bipartite, alguns secretários municipais não concordam. Tem um Secretário Municipal que acha que a divisão ideal seria 50.000 habitantes. Nós já mostramos para ele que com 50.000 concentra-se muito a oferta de serviço e continua a dispersão que nós temos hoje. O que nós estamos buscando é reduzir essa brecha que existe, de assistência à saúde, e o módulo assistencial é aquilo que hoje é o PAB com algumas ações ampliadas que se transforma, que o ministério chama de PABA, é o PAB ampliado. Então algumas ações que antes eram consideradas ações de média complexidade, passaram a ser incluídas no PAB. Então na realidade nós temos três espaços: o espaço do módulo, o espaço da micro, o espaço da macro e o Estado. São quatro espaços na realidade. O Estado que é o maior. Então tem o módulo, a micro, a macro e o Estado.

Otávio - E o papel do Estado?

Joselita – O papel do Estado é coordenar e regular esse sistema.

Otávio - O papel da macro é um tipo de regionalização?

Joselita – É uma subdivisão do Estado.

Otávio - Me disseram nas outras entrevistas que a macro não tem, por exemplo, um município-pólo. O gerenciamento é feito aqui mesmo?

Joselita – Olha, isso é uma questão que nós não definimos ainda. Porque quando nós começamos a definir a macro, teve muito embate político para definir o município-pólo, das macro e de todos. Quando você diz, o pólo do módulo, a sede do módulo, que o Ministério chama sede, vai ser no município tal, o outro diz, porque não é no meu? Então nós temos idéia de onde é que seriam as sedes, mas resolvemos inclusive chamar de macrorregião norte, porque antes nós estávamos dando o nome da cidade sede, mas nós tiramos por isso, até porque pode ser que as prefeituras, como hoje elas dizem que eles têm oferta de serviço, que não estão credenciadas, e que é verdade, como o teto da Bahia ele não aumentou, acompanhando o incremento de serviço, nosso teto é muito baixo.

Otávio – Teto?

Joselita – Teto orçamentário.

Joselita – E o que nós temos então hoje de informação é o que é pago e não o que é ofertado. Então os municípios dizem que eles podem provar pra gente que eles têm esses serviços. Para que eles se qualifiquem para ser, ou módulo, ou macro ou micro, etc, faz-se uma avaliação. A auditoria inclusive faz todo um processo de avaliação e nós acompanhamos a auditoria.

Otávio - Auditoria da onde?

Joselita - Da secretaria. Setor de auditoria nós temos.

Otávio - É o mesmo que faz auditoria dos hospitais terceirizados? Não tem ligação?

Joselita – Não. a auditoria faz a auditoria de todos os hospitais, inclusive dos privados, agora os terceirizados eles têm uma comissão. Nós temos, a secretaria da saúde da Bahia tem dois anos que fez um concurso que criou o cargo de auditor.

Otávio - Olha que interessante.

Joselita – Que só tinha do INAMPS. Então hoje nós temos contratados do Estado, fora os remanescentes do ex-INAMPS, nós temos 50 auditores.

Otávio - E eles fazem a auditoria do Estado inteiro?

Joselita – Isso. Se você observar aqui, tem auditoria (mostra o organograma da SESAB).

Otávio - Ah sim, mas ai não estava descrito. A gente não imaginava. Pensamos até que fosse outra coisa.

Joselita – Então, é a auditoria que, ela vai, eu tenho até um relatório da auditoria hoje aqui que eu estou fazendo, nós temos uma reunião de conselho.

Otávio - É amanhã. Eu vou participar dessa reunião.

Joselita – E nós vamos responder as questões que solicitaram vistas ao processo e por isso que eu estou preparado aqui pra responder amanhã. Então essa é a conformação e esses foram os critérios que se utilizou para definir esse espaço geográfico, que na realidade, o que nós temos é a definição de um espaço geográfico, que não é um espaço geográfico definitivo, que possa se dizer definitivo.

Otávio - Ele é um modelo em construção?

Joselita – É um modelo em construção, que possivelmente na medida em que municípios vão se tornando mais autônomos em relação à oferta de serviço, a gente pode rever as conformações. Problema que nós temos hoje para definir, como gerenciar essas regiões de saúde, seja micro, ou seja, macro. É o Estado que vai gerenciar? Quais são as possibilidades que nós temos? Que o Estado, através das DIRES, assuma o gerenciamento, porque as DIRES na realidade seriam uma reprodução da Secretaria de Saúde ao nível do Estado.

Otávio - A DIRES é uma estrutura do Estado?

Joselita – Do Estado. Que as DIRES assumam esse gerenciamento, que tenham sistemas colegiados, que seja um consórcio buscando ver quais são as situações legais dos consórcios, que sejam criadas, e, sei lá, algumas outras instituições que possam gerenciar. Então quem vai nos ajudar nisso é a GVConsult, que vai justamente estudando isso, que vai nos trazer alternativas, que é até melhor e quais são os problemas e como resolver. Então isso é uma encomenda que está pra gente, que nós sabemos que temos várias alternativas, nós sabemos também que vão ter embates políticos pra poder fazer uma decisão dessa. Como vai ficar o gerenciamento, o recurso vai ir para esse órgão, para esse setor que vai gerenciar isso e vão ser recursos às vezes, grandes, a depender do tamanho da região. Então esse é o problema que nós temos no momento: como gerenciar essas regiões. E o que eu acho é que com exceção do Ceará, porque o Ceará começou praticamente do zero, ele redividiu o Estado como um todo, em regiões de saúde e o Estado assumiu essa regionalização também, que não é o nosso caso.

Otávio - Que aqui já existia?

Joselita – Aqui já existe, nós achamos que é difícil se trabalhar nisso, porque tem que ir para a Assembléia, tem que ter as regionais de saúde. As regionais de saúde têm uma influencia política muito grande, tem uma interferência muito grande política, de partidos políticos, então fica difícil para a gente gerenciar, definir isso daí. Então nós estamos buscando informações técnicas para que a gente possa então argumentar qual seria a melhor solução.

Otávio - É um processo longo, eu acredito.

Joselita – Com certeza.

Otávio - Porque a primeira idéia que a gente teve é que funcionava ainda com as DIRES, naquele modelo. Como os municípios estão vendo esse processo do Estado assumir essa função de regulador do sistema?

Joselita – Olha, os municípios, eles estão esperando até isso do Estado, de uma certa maneira. Lógico, tem sempre alguns municípios que estão num processo mais avançado, e ai eles querem um pouco mais de autonomia, apesar de que o Estado da Bahia dá uma autonomia razoável. Não é como no Maranhão, não sei se você foi a Maranhão, o Estado perdeu toda a interferência do sistema.

Otávio - Aliás, nosso projeto é trabalhar essa questão.

Joselita – Eu esqueci de dizer que antes, além desse apoio técnico, quer dizer, da elaboração de instrumentos de acompanhamento, como eu já lhe disse, o relatório de gestão, fundo municipal, conselho etc, capacitação, também nós pensamos no problema da grana, nós a SESAB como um todo, a questão da capacitação. Através dessa superintendência, o Estado permite à secretaria da saúde um apoio financeiro aos municípios através de convênios. Então esse apoio é um apoio substancial que a secretaria faz, tanto é que nós fazemos, nós recebemos demanda dos municípios, solicitando recursos para a construção, para equipamentos ou pra custeio de

unidades. Então nós fazemos uma análise técnica. Atualmente nós estamos buscando analisar isso em função do nosso plano de investimento, porque acompanhando o plano de regionalização, nós estamos com plano de investimento, quer dizer, onde é que precisa investir para atender a esse processo de regionalização. Então para você ter uma idéia, esse ano nós já repassamos aos municípios em torno de 23 milhões de reais.

Otávio - Que é o repasse do governo do Estado?

Joselita – Dos recursos próprios do governo do Estado.

Otávio - Isso não tem nada a ver com o repasse de SUS?

Joselita – Não, o repasse de SUS que você fala é do Ministério Federal. É recurso do tesouro do Estado. Além disso, não sei se SURAPS te disse isso, o tesouro do Estado dá um incentivo para o programa de saúde da família que é de R\$ 1.114.00 a cada equipe de saúde da família que o município implanta. Então quando a gente vai ver como se conforma o volume de recursos do município, ele tem o que se passa fundo a fundo, o Ministério passa, federal, porque o Estado paga pelos serviços que ele consome da média e alta complexidade que nós pagamos ainda esses serviços, a maioria dele porque só tem 19 plenas. Esse repasse de recursos para apoio aos municípios através de constituição de reforma de equipamento ou custeio e esse apoio que se dá à saúde da família que é o valor de R\$ 1.114.00 por cada equipe que se forma.

Otávio - É bastante isso.

Joselita – É, termina sendo um volume de recursos razoável.

Otávio - A idéia final que vocês imaginam seria de ter um modelo em que o Estado fosse realmente o coordenador?

Joselita – Então, quer dizer só o definidor político, o regulador, o consultor, o controle a avaliação, então essa seria as funções essenciais do Estado, logicamente nós temos claro que temos algumas funções que são funções que deverão continuar com a gente, por exemplo, laboratórios de saúde pública. Isso deveria continuar com o Estado. Discute-se muito a questão dos hospitais de referência, os grandes hospitais, se os municípios teriam capacidade de assumir ou não. Por exemplo, Salvador, nós sabemos que não tem capacidade de assumir ainda os grandes hospitais que estão aqui.

Otávio - A rede dele é toda estadual.

Joselita – Então a gente sabe que esse processo de transição, ele vai demorar muito ainda e que possivelmente muitos deles, dessas unidades de referência, vão continuar na mão do Estado, quer dizer com gestão e gerência de Estado.

Otávio - E o modelo foi o que o Dr. Raimundo disse, de nos hospitais novos fazer a terceirização e nos que eram próprios já, anteriores, manter o mesmo corpo clínico do Estado?

Joselita – É, o processo de terceirização, ele traz um problema sério para a área de recursos humanos, área de pessoal. Essas empresas privadas que terceirizam, que são empresas privadas, elas tem todo um controle do Estado, tem um contrato de gestão, que nós consideramos que ainda precisaria ser revisto, precisava ser mais ativo, mais atuante, essa avaliação desse contrato, Elas têm um quadro enxuto e elas não têm as amarras da lei do funcionalismo público. Então por isso nós temos problemas. Nós tivemos a experiência de uma organização social de um hospital que tem funcionário público que até hoje está na justiça.

Otávio - Qual é a cidade?

Joselita – Irecê, tinha uma série de funcionários que você tinha que relocar e não conseguia, porque é cidade pequena, então isso tem criado dificuldade com a terceirização. É diferente de São Paulo, porque trabalham mais com organização social e com instituições que já tinham uma experiência muito grande, Santa Marcelina e outros, mas mesmo assim tem nove do Estado que estão sendo administrados por uma organização social.

Otávio - Aqui é um só, que é de Irecê?

Joselita – Por organização social é um só.

Fim da entrevista.

12 - Entrevista com Alfredo Boa Sorte Junior, Presidente do Sindicato dos Médicos do Estado da Bahia, concedida em 27/06/2002 em Salvador.

Otávio - Eu gostaria de saber como a classe médica está vendo esse processo de mudanças do sistema de gestão de saúde da Bahia, do Estado da Bahia?

Alfredo - Olha, na verdade, para a categoria médica, para os profissionais de saúde, de fato nenhuma mudança aconteceu ainda em que isso possa ser refletido na qualidade do serviço, na organização do serviço, houve na verdade, o que nós podemos dizer, que houve na Bahia até o momento foi uma descentralização para as prefeituras, o que aconteceu? Se passou os centros, postos de saúde, algumas unidades pequenas, unidades mistas que foram passadas para o controle dos municípios, no entanto essa descentralização muitas vezes inclusive, se passou esse controle para os municípios sem que a contra-partida de financiamento se desse também, de forma que isto fosse contemplado, para os profissionais de saúde foi como se, você poderia registrar assim, para os médicos e os profissionais de saúde na Bahia foi considerada uma punição.

Otávio - Esse processo?

Alfredo - O processo de municipalização na Bahia foi punição, porque foi punição? Porque o governo da Bahia optou por fazer uma remuneração através de salário base muito baixo e pagar através de gratificações. Várias gratificações, gratificação de emergência, gratificação disso e daquilo e gratificação que eles chamam de incentivo à qualidade, que é chamada gratificação do SUS. Ao municipalizar, ao transferir os centros e postos de saúde que eram antigamente do Estado para os municípios, o Estado deixou de pagar gratificação e o prefeito não assumiu, então para os profissionais houve uma redução de 50% a 60% da sua remuneração total, quer dizer, isso foi uma punição pela municipalização, quer dizer, é o processo inverso, ao invés de você incentivar o processo de municipalização, foi feita uma punição pelos servidores que foram municipalizados. Então esse processo de

descentralização na Bahia, ele é um processo ainda completamente anacrônico, desestruturado, sem planejamento, entendeu? Então esse é o processo, o restante que esta sendo discutido no nível de NOAS é apenas ainda no nível teórico, não existe nada prático ainda do ponto de vista de implantação até porque não existe planejamento de saúde na Bahia do ponto de vista global. O que nós temos é os serviços públicos super lotados, sucateados, e o governo optou por uma política, especialmente aqui na Bahia muito mais do que no Brasil, optou por uma política de privatização dos hospitais públicos, tirando esses hospitais públicos, da gestão pública, entregando à gestão particular, sendo que de doze a quatorze hospitais novos que foram privatizados, que eles chamam de terceirizados, nós chamamos de privatizados. Apenas duas empresas é que controlam, é que dividem isso. Na verdade é como se fosse um monopólio de duas empresas que tomam conta desses hospitais públicos. Então não houve nem descentralização, ao contrário, houve uma privatização e concentrado na mão de poucos. Mesmo assim os municípios não têm a menor interferência, influência nesses hospitais regionais ligado ao Estado. Não há uma coordenação, não há uma integração de serviços entre os serviços municipais e esses hospitais terceirizados. São como se fossem ilhas isoladas no próprio sistema. Não há sistema, eles quebraram o sistema com essa política. Então essa é que é a visão que você pode estudar. Eu quero mais é que novos estudiosos da FGV estudem o problema e mostrem de uma vez por todas, com números, o que eu estou falando, porque a gente tem falado, os sindicalistas têm falado, é a pura verdade. Então é isso que existe. O resto é propaganda enganosa, sinto muito.

Otávio - Então para a classe médica não representou avanço nenhum esse processo?

Alfredo - Não alterou absolutamente nada, não alterou absolutamente nada do ponto de vista da categoria médica, ao contrário, o que fez foi prejudicar, esses que foram municipalizados, os outros dos hospitais terceirizados, eles também foram mais penalizados ainda por que deixaram de ter garantidos os direitos trabalhistas. Então essas próprias empresas que estão sendo terceirizadas estão quarteirizando mão de obra e o que é pior, estão formando, eles mesmos, cooperativas. A própria empresa

que vai administrar forma uma cooperativa para contratar as pessoas, através da cooperativa, para burlar as leis trabalhistas. Então o que existe também do ponto de vista dos profissionais de saúde e dos médicos é mais prejuízo ainda. Não teve nenhum acréscimo, nenhum ganho em absoluto para a categoria médica, por conta disso ai não. Pode ter por outros motivos, por exemplo, a questão do PSF que não tem nada a ver...

Otávio - Plano de saúde de família?

Alfredo – Programa de saúde da família. Ampliou o mercado, com valor de remuneração melhor do ponto de vista monetário, do ponto de vista do valor de moeda. No entanto, também no PSF nós temos problemas de influência dos prefeitos, influência política eleitoral, não tem contratos de trabalho, as pessoas se sentem inseguras de deixar os seus trabalhos formais para ir para o PSF, que o prefeito pode simplesmente em três meses tirar a pessoa do lugar que ele foi trabalhar, então há uma insegurança muito grande, nós queremos construir o SUS, nós queremos que se organize o SUS. Agora é o governo que não esta fazendo, há outros interesses sendo beneficiados do que a própria estruturação, diferentemente do que está na teoria do ponto de vista da NOAS. Eu acho que o arcabouço teórico e o desenho estrutural que foi feito em relação à NOAS, da regionalização da Bahia, eu acho que é muito importante que isso aconteça. Nós queremos que isso dê certo mesmo, que a gente estabeleça mesas de negociações regionais que exijam convênios e consórcios municipais para realmente racionalizar os recursos de saúde que são muito poucos, mas que sejam bem empregados. Que tiremos o dinheiro público da iniciativa privada para investir no público, quer dizer, tudo isso é importante, nós estamos aqui para tocar e ajudar que o sistema funcione. Agora nós temos mais inimigos dos SUS dirigindo o SUS do que propriamente incentivadores do SUS.

Otávio - Existe uma representatividade da classe médica dentro do Conselho? Ela é efetiva? Vocês têm conseguido, por exemplo, estar presentes na elaboração dos planos, dos programas de gestão?

Alfredo – Não. O controle social da Bahia ainda é muito incipiente. Nós temos assento no Conselho Municipal de Saúde, em vários conselhos municipais, no Conselho Estadual de Saúde, até no Conselho Nacional de Saúde. A categoria médica e outros profissionais de saúde tem assento, no entanto, o controle social não é efetivo, por exemplo, a pactuação que se faz na bipartite e na tripartite não tem participação do controle social. O que se faz lá não trazem nem para o conselho, pra gente opinar ou não, coisa que a gente está inclusive cobrando mediante a própria Lei. O que a própria Lei diz a gente sempre cobrou, e somente há três meses que eles dizem que vão trazer pra cá para o Conselho Estadual, no entanto, o controle social é muito ainda incipiente, nós não conseguimos de fato essa participação no que diz respeito que as deliberações do conselho sejam levados a cabo.

Otávio - Mas existe uma idéia de estar participando cada vez mais, ou reivindicando?

Alfredo – Claro, porque se eles já fazem as modificações de formas verticais, autoritárias, nos planos, sem a nossa participação, imagine se a gente não participar o mínimo que a gente tem? Nós vamos participar, mas não tendo a ilusão de que isso efetivamente é uma democracia. Há sim uma manipulação muito grande, a gente participa porque há um espaço de pactuação, há um espaço de negociação, mas há um espaço também de denúncia, de se conhecer como as coisas são apresentadas para a sociedade, porque minimamente eles têm que passar pelo Conselho. Pelo menos os planos de planejamento, prestações de contas.

Otávio - Então esse controle social ainda é meio incipiente mesmo? Mesmo pela classe médica?

Alfredo – Infelizmente não é só a classe médica, todos os setores, mesmo os dos usuários aqui no Conselho Estadual de Saúde. Mesmo nós temos a indicação dos usuários, aqui é uma indicação completamente não democrática. Não existe uma indicação em que os segmentos se reúnam e indiquem os seus representantes no Conselho. Precisamos modificar o regimento interno de funcionamento do Conselho. Não tem suplentes, por exemplo. Às vezes, a gente passa duas, três reuniões sem ter quorum, sem se reunir porque não tem suplência, as pessoas faltam e não são cortadas, quer dizer, então tem uma série de dificuldades de funcionamento do próprio serviço, do próprio Conselho. A gente precisa melhorar esse regimento, adequando à resolução 33 do Conselho Nacional de Saúde, que está para ser publicada na nova versão, para que a gente efetivamente garanta que o controle social não seja uma mera ilusão, uma quimera, que é uma coisa que simplesmente está no papel e que na prática não funciona, infelizmente é isso. A gente pretende que cada vez mais a sociedade exija, com sua cidadania, maior participação, maior controle sobre o Estado. Na medida em que o Estado está sendo interpretado, os donos do Estado interpretam como não donos a sociedade, como representantes da sociedade, mas como donos do Estado e aí fazem os seus negócios independentes da vontade da maioria.

Otávio - Agora para dar uma finalizada, em algum momento, a classe médica participou dessa regionalização, da divisão da nova estruturação do Sistema de Saúde que está sendo proposto, de macrorregiões, microrregiões, pólos?

Alfredo – Não entendi a pergunta.

Otávio - Antes o sistema era composto pelas DORES. Parece que existe uma proposta de modificação que passaria a ser macrorregiões, microrregiões...

Alfredo – É isso que eu disse. O modelo, o desenho organizacional que foi apresentado com base na NOAS é um bom desenho. Eu acho que ele cumpre do ponto de vista da regionalização das macrorregiões, das microrregiões da pactuação

entre os municípios, dos consórcios entre os municípios. Então do ponto de vista teórico o desenho está perfeito. O que precisa é funcionar, o que precisa é diminuir a interferência política eleitoral, eleitoreira na verdade, nem eleitoral, porque eu acho que se fosse política eleitoral seria até melhor, porque as pessoas raciocinariam em quem votam, como se comportam as pessoas, mas infelizmente as DIRES eram na verdade agências políticas, muito mais agências políticas do que propriamente estruturas organizacionais. Em alguns segmentos, em alguns setores técnicos, trabalhavam do ponto de vista técnico efetivamente. Não vamos achar que nada presta, no entanto as DIRES sempre foram utilizadas com controle político, como cargos políticos, não eram escolhidos por competência e sim por indicação política, então o que nós esperamos é que cada vez mais a administração pública seja profissionalizada, em que as pessoas que estejam em cargos de direção ou de gestão, passando por cursos gestores, por concursos de gestores e que o ingresso no setor público seja através de concurso público para garantir uma profissionalização do serviço público e garantir cada vez mais que as influências políticas eleitoreiras não se dêem na estrutura de funcionamento da máquina estatal.

Otávio - Então de uma certa forma esse processo de terceirização ou de privatização interfere nisso?

Alfredo – Não tenha dúvida. O processo de privatização, na verdade, é um outro sistema à parte, não há controle, então, por exemplo, a gente pede aqui para trazer a prestação de conta desses hospitais, eles trazem aqui duas ou três tabelas que não fazem uma avaliação efetiva do que significa o desempenho desses hospitais terceirizados. Se você for analisar só numericamente, você pode até chegar a uma conclusão que tal ou qual hospital que foi terceirizado funciona bem, ele faz X número de consultas, não sei quantos procedimentos etc. Agora, o quanto ele está integrado à rede do SUS... Porque ele não responde pelo SUS, ele tem uma cota de atendimento, estourou a cota dele, ele manda para o hospital do SUS, hospital que é público, ele não atende, ele não coloca macas nos corredores como os hospitais do SUS são obrigados a fazer, o HGE, o Alberto Santos. Então eles botam tudo muito

bonitinho, mas quando estoura a capacidade deles, eles mandam para os hospitais públicos, quer dizer, então esta na verdade é uma propaganda para dizer que privado funciona e que público não funciona, é apenas um marketing de quem está querendo tirar proveito disso.

Fim da Entrevista

13 - Entrevista com Paulo Cezar Medauar Reis – Presidente do Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde da Bahia, concedida em 27/6/2002 em Salvador.

Otávio - Eu gostaria de saber como os municípios, os secretários dos municípios, tem reagido a esse novo papel que a SESAB, ou o Estado, está assumindo após a descentralização do SUS e também da questão da NOAS?

Paulo – A Bahia tem 19 municípios na gestão plena do sistema, alguns municípios reagiram muito bem, outros municípios estão em fase de rearrumação dessa nova forma de gestão e outros municípios tem algumas dificuldades para administração da gestão plena do sistema municipal. A implantação da NOAS, nós estamos discutindo isso inclusive, em nível do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde porque tem alguns estados onde a NOAS encontra-se em fase de implantação, na realidade não foram ainda implantadas. A Bahia é um deles. Na Bahia nós estamos fazendo agora o plano de regionalização o PDR, o PDI, para futuramente fazermos uma PPI, portanto os municípios tem trabalhado no sentido de que a implantação da NOAS realmente possa ser um avanço significativo, principalmente no que diz respeito ao comando único. O que eu chamo de comando único? Os procedimentos de alta complexidade serem realmente administrados pelo município que se encontram em gestão plena do sistema. Portanto a expectativa é uma expectativa positiva. A Bahia está trabalhando, está tendo reuniões do Conselho Estadual dos Secretários municipais de Saúde com os técnicos da Secretaria Estadual de Saúde, com a Comissão Intergestores Bipartite e nós acreditamos que iremos avançar cada vez mais para que o Estado seja qualificado na nova norma, na nova NOAS e no momento em que o Estado se qualifique os municípios possam continuar avançando.

Otávio - Dentro desse sistema os municípios encaram que realmente a função do Estado é regular e coordenar esse sistema?

Paulo – Na realidade, a coordenação e regulação do sistema ficando a cargo do Estado é uma visão macro da realidade das coisas, mas cada município hoje pleiteia a orientação e os destinos da saúde da sua população. É claro que isso tem que ter uma vigilância, e essa vigilância é feita através do Estado, através das Centrais de Regulação, através dos indicadores. Nós temos, nós municípios que estamos na plena do sistema, temos alguém para prestar contas e esse alguém deveria ou deverá ser realmente o Estado, mas existe uma determinação da própria NOAS do chamado comando único que hoje é fundamental para os municípios que estão em gestão plena no sistema, que é passar a gerir as suas necessidades nos procedimentos de alta complexidade, que hoje ainda encontram-se sobre orientação do Estado. Portanto, isso na realidade é um pleito dos municípios e na hora em que o Estado se qualificar, evidentemente nós não teremos dificuldades em avançar para essa situação.

Otávio - Em alguns estados, os municípios estão se organizando através da formação de consórcios e parece que aqui existe uma organização através de pactos. Como exatamente está sendo feito esse sistema de reorganização regional?

Paulo – Veja bem, realmente você comentou bem, através de pactos. Aqui nós tivemos uma PPI, que é Programação Pactuada Integrada, nós fizemos a pactuação dos municípios por regionalização, depois de regionalizados e também estudado através de fluxo de pacientes. Então como é que vai se saber que o município “A” vai pactuar com “B”? Quando se faz um estudo, um levantamento, e aquele município “A” tenha mandado acima de 3 autorizações de internamento hospitalar para o município sede, vamos chamar assim, é o município maior que oferece melhor qualidade de serviço, melhor qualidade e mais serviço. Portanto essa formação de pactuação é importantíssima e tem funcionado bem na Bahia. Isso não tem nada a ver, no nosso entendimento, com os consórcios. Mesmo quem estabeleceu o pacto, tem alguns lugares que estão se consorciando para determinado tipo de serviços que naquela região não tem, por exemplo, uma determinada região faz um consórcio, por exemplo, para adquirir um tomógrafo, uma tomografia

computadorizada, e eles usam aquela tomografia com os municípios fazendo um consórcio. Isso que eu estou citando já existe na Bahia, para implantação de uma unidade de produção de medicamentos, como é o caso de Ilhéus, minha cidade. Não é consórcio, minha cidade tem unidade de produção de medicamentos.

Otávio - O Sr. é de Ilhéus?

Paulo – Sou Secretário Municipal de Saúde de Ilhéus, Ilhéus tem uma fábrica de medicação. Hoje isso baixa o custo para a gente em cerca de 25 a 30%, algumas medicações até 35%.

Otávio - Foi feito exclusivamente para a cidade de Ilhéus?

Paulo – Foi feito exclusivamente para Ilhéus, mas ela foi a pioneira na Bahia, pioneira no Norte Nordeste e tudo que é pioneiro passa por dificuldades, mas hoje já tem municípios na Bahia se consorciando, municípios pequenos, para implantação de unidade de produção de medicamentos, que ao invés de atender única e exclusivamente uma cidade, como é o caso da minha cidade, conseguirá atender 8, 9, 10 cidades. Portanto o consórcio, para avanço na área de saúde no nosso entendimento pessoal, é uma situação que não passa, ou pode ser feito independente das pactuações. As pactuações são oficiais, tem que passar pela Comissão Intergestora Bipartite, tem que ir para homologação dessa Comissão Bipartite, tem que ir para a Comissão Intergestora Tripartite em Brasília, homologado e chancelado pelo Ministério da Saúde porque aí implica em repasse de recursos do Ministério da Saúde no pacto. No consórcio não, o consórcio, vamos dizer assim, é um pacto entre amigos, vamos chamar assim na linguagem leiga.

Otávio – O consórcio implica legalmente que os municípios possam adquirir recursos de outras fontes ou não?

Paulo – Não necessariamente, pode ser recursos, por exemplo de cinco municípios se unem para comprar um tomógrafo.

Otávio - Mas ele é entidade jurídica?

Paulo – O consórcio é uma entidade jurídica. Vamos dizer, consórcio intermunicipal do médio São Francisco, estou citando um exemplo, não sei se existe esse consórcio, consórcio intermunicipal do Sul da Bahia, então aquelas cidades se unem, os prefeitos assinam o consórcio, é uma entidade jurídica. Esse consórcio pode buscar recursos fora ou esse consórcio pode ter dinheiro daquelas cinco prefeituras. Cada um diz: vou dar 100 mil reais e vamos comprar um tomógrafo e em que cidade vai ficar? Daí é discutido pelo consórcio onde vai ficar e de que maneira os pacientes chegarão até lá. O consórcio terá um ônibus, terá uma Van, uma Topic, e pode também se buscar verba fora disso aí, mas o pacto não. O pacto é oficial, é assinado pelos prefeitos, é assinado pelo secretário de Estado, é assinado pelo secretário municipal, ai vai para tripartite em Brasília analisar, cancelar e vai para o Ministério. Só ai o Ministério aprova o pacto porque implica o pacto em, entre aspas, tirar dinheiro do seu município para colocar no meu, não é dinheiro, não é tirar dinheiro, estou dizendo entre aspas, porque você comprou serviço na minha cidade e então no momento de fazer os seus repasses no Ministério da Saúde os seus repasses já serão descontados do que você pactuou, comprou na cidade maior e que já vem direto para o fundo municipal de saúde da cidade que vendeu o serviço, eu estou usando um português sem nenhuma finesse para que facilite a sua redação depois. Então é fundamental que fique esclarecida a situação, a finalidade da programação pactuada integrada, que é uma coisa oficial, é uma coisa que tem que passar pelo Estado, pela bipartite, tem que passar pela tripartite e vai terminar no Ministério da Saúde e o Consórcio, que não precisa passar por ninguém, passa pela vontade política daquelas pessoas daquela região.

Otávio - Dentro desse novo sistema que a Secretaria de Estado tenta implantar de macrorregiões, microrregiões, municípios-pólos, os municípios estão participando também ativamente?

Paulo – Estão participando disso. Eles são representados através do Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde e dos Vice Presidentes Regionais. Cada região da Bahia tem um Vice Presidente Regional do Conselho Estadual que participa das reuniões, que discute, que sugere. Nós estamos inclusive nesse momento, nessa fase, de discussões sobre regionalização, de que maneira. A gente tem analisado fluxos, alguns municípios serão sede se preparando para isso, outros que seriam no desenho inicial sede declinando dessa possibilidade porque não se sentem em condição de ser sede. Portanto nós estamos nessa fase de discussão, de arranjo, de arrumo, de desenho mesmo, de desenho do mapa de como será regionalizado, porque isso tem implicações em uma série de situações, desde locais que oferecem serviços maravilhosos, até mesmo porque por antipatia eu não quero fazer parte dessa região porque eu não gosto daquele ali e essas coisas acontecem. Nós estamos aprendendo. Municipalização da saúde, nós estamos aprendendo juntos, uma coisa nova, nós estamos todos aprendendo juntos, estudando isso ai, mas nós acreditamos na municipalização da saúde, entendemos que se não é remédio para todos os males é uma grande conquista dos municípios.

Otávio - Representa realmente um avanço?

Paulo – Um avanço claro. Se a gente passar a observar o que acontecia em municípios antes da gestão plena do sistema e depois, às vezes nós tomamos até um susto de como estas cidades avançaram, como melhoraram a qualidade de serviços. Apesar de termos o pé no chão, sabemos que o serviço de saúde é extremamente complicado, que o grau de satisfação da população passa por uma série de outras variantes que não estão na realidade ligadas à saúde, mas o avanço é um avanço significativo, um avanço real e principalmente porque é privilegiado na prevenção

da doença, na promoção de saúde, que realmente é muito mais salutar e muito mais barato.

Otávio - Então esse novo arranjo vem ser uma resposta à uma série de conflitos e problemas que existiam anteriormente. Então os municípios vêm que realmente da forma como está se encaminhando é a solução mesmo? É por aí? É um processo em construção, mas ele está indo no caminho certo?

Paulo - Ele está indo no caminho certo. Na hora que os municípios participam das discussões, evidentemente que você não consegue satisfazer a todos, mas quando participa das discussões, que vai lá, que opina, mesmo que ele não saia 100% satisfeito, mas que ele tenha um grau de satisfação, ele começa a se sentir em primeiro lugar valorizado por participar dessas discussões porque anteriormente era tudo feito de cima para baixo. Vai ser assim e vai. Agora participa das discussões, vai, tiveram oportunidade, tiveram algumas regiões do estado que se reuniram, que mandaram para nós, para o Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde ata da reunião daquela localidade dizendo já o que pensavam de ter discutido isso e a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia tem sido muito sensível a isso. Eles tem discutido isso de uma forma muito clara, de uma forma muito amiga e de uma forma muito profissional. Então eu acredito que na hora que nós conseguirmos, que iremos conseguir o desenho das regiões, nós iremos avançar muito rápido para a qualificação do Estado. Eu acredito realmente que nós teremos um avanço muito grande, mesmo porque existe hoje uma vontade deliberada dos municípios em avançar nessa área de saúde. Todos têm um entusiasmo muito grande em avançar nessa área, principalmente porque nós sabemos que o gerenciamento, passando para o município, fica muito mais criterioso, fica muito mais próximo da realidade, porque às vezes o que se decide nos gabinetes e tudo isso não é o que a população quer, então você chega na municipalização, você tem um Conselho Municipal de Saúde. Às vezes eu faço um projeto sensacional no meu gabinete com os meus técnicos para um determinado bairro e o Conselho Local de Saúde daquele bairro diz a mim que não era isso que eles estavam querendo, então você discute, explica a

eles e na realidade às vezes faz algumas modificações. Em determinados momentos a gente vê que eles tinham razão, esse é o controle social do SUS. Então é muito importante que a gente discuta e participe. Para isso nós temos feito um esforço muito grande na implantação desses Conselhos Locais de Saúde. Não só o Conselho Municipal, o Conselhão, mas que os locais, onde tem unidade de saúde, tenham conselhos, discutam. Nós temos feito reuniões extremamente importantes de Conselhos Locais de Saúde com 200 pessoas presentes, 150, 160, opinando, as pessoas às vezes dizem: isso é chato, não sei o que lá, mas é o modelo e esse modelo é um modelo novo, é um modelo pela qual as pessoas participam e é como eu disse: nós estamos aprendendo isso juntos e com certeza em um futuro bem próximo nós iremos ter indicadores de saúde muito melhores, nós teremos a qualidade de vida da população, já tendo na realidade, um grau de dignidade, de realização. Nós estamos otimistas quanto a esse processo.

Otávio - Esse processo está sendo feito com a participação da sociedade civil?

Paulo – Participação. Participação da sociedade, a sociedade tem participado na construção do SUS, através dos seus Conselhos Municipais de Saúde, as cidades que estão mais avançadas tem seus Conselhos Locais de Saúde e eu acredito que, depois que nós conseguirmos fazer essas discussões das macrorregiões, das microrregiões, dos módulos, nós iremos avançar muito rápido para novas conquistas, devemos estar sempre preparados para novas conquistas, No SUS nós não podemos nunca achar que chegamos no final do caminho. O final do caminho ainda está por vir, com discussões, novas sugestões, com novos obstáculos, para que nós possamos realmente conseguir uma qualidade de vida digna para a nossa população.

Fim da entrevista

14 - Entrevista com Pedro Queiroz, Gestor do Hospital Eládio Lassérre, concedida em 28/06/2002 em Salvador.

Otávio - Gostaria de saber como tem sido essa experiência de gestão desses hospitais, que são os hospitais terceirizados?

Pedro - Um pouco de história: Em 1996, o Estado da Bahia havia reformado um hospital de 50 leitos, reconstruído, terminado a construção. Esse hospital é na cidade de Ibotirama, que dista 700km no sentido, em direção ao Centro Oeste baiano. A cidade margeia o Rio São Francisco. Município com cerca de, acredito, 70 a 50 mil habitantes, um pouco de comunidades indígenas próximas e umas outras comunidades pequenas ao redor. O Estado da Bahia precisou, por interpretação do mandatário da época Dr. Paulo Souto, que quis fazer isso e, diga-se de passagem, deu crédito também ao Dr. José Maria de Magalhães Neto, nosso ex-Secretário, perdemos ele recentemente e acreditamos, ele acreditava. Então foi feita uma primeira experiência, num contrato experimental de seis meses em que aí começa a nascer a SM, a empresa de onde existe a SM Assessoria Hospitalar, ela nasceu da experiência de José Antonio Andrade que dirigia, superintendia as obras assistenciais de Irmã Dulce.

Otávio - Tinha ligação?

Pedro - O José Antonio Andrade, que é o líder da empresa SM, tem uma experiência, um currículo muito mais vasto, mas a experiência que o relaciona a atividade hospitalar, ele teve uma experiência bastante frutífera e alavancou as obras assistenciais de Irmã Dulce de 92 a 97, o governo resolveu e foi feito então um contrato. Foi feita inicialmente uma cooperativa, a SM não existia, e foi emprestando a visão de empresário que nós somos, todos nós somos oriundos de empresas do pólo petroquímico de Camaçari, da Odebretch, todos com bastante experiência, todos nós participamos. Então nós temos uma, vamos chamar assim, uma escolaridade, uma formação além da acadêmica em administração, geralmente

uma formação em empresa ou de empresário e a gente emprestou isso simplesmente. E foi simples, porque o seguinte: O Estado começou a perceber, e a população muito mais, que o médico ia lá e trabalhava, se tinha que fazer tantas internações hospitalares e quais fossem as especialidades, aquilo era feito porque no final do mês, apurando-se a produção, verificava-se e ficava evidente que foi cumprido. Com relação a qualidade começa também se evidenciar que era diferente. Porque? Porque é simples: o material utilizado: drogas, medicamentos, materiais médico-hospitalares não é diferente. Não é diferente. O que é diferente é como se aplica os materiais, então começa a ter dono. O negócio, que alguns não permitem que seja dito que saúde é um negócio, é um negócio. Para o Estado, quando ele destina recursos não é negócio, é simplesmente gerir recursos públicos, mas para operador é um negócio, e ele tem que ter a capacidade de fazer o orçamento, propor uma concorrência, uma licitação, sei lá o que for, e garantir que aquilo está sendo cumprido. E o instrumento? Tem um instrumento contratual. E a verificação? Tem maior verificação do que o público que está demandando e obtendo o serviço? Esse é o maior indicador, não tem norma, ISO, ou qualquer outra, que estabeleça um parâmetro mais transparente, mais tranquilo do que a própria satisfação ou não satisfação. De quem? De quem toma o serviço. E veja, é uma demanda espontânea, universal, não é uma coisa para nicho. Na verdade existe uma segmentação, dadas as políticas de atenção à saúde, porque um hospital daquele que andei me reportando de Ibotirama não poderia ter alta complexidade, não deveria porque existe certa referência, todo o conjunto de políticas a serem observadas. Sobretudo a essa época, foi então que se percebeu: olha é um negócio a ser pensado, é uma coisa, é uma nova vertente, é uma nova linha e foi aí que o Estado até junho, ou melhor, tinha feito o contrato de 6 meses, deu certo e aí ele construiu esse hospital.

Otávio - Um dos primeiros?

Pedro – Esse é o primeiro formal, com licitação e tudo. O outro foi feito de uma maneira experimental.

Otávio - Esse é de 97?

Pedro – Esse é de novembro de 96. O primeiro contrato foi em novembro de 96. Então o que acontece, porque veja só: verificado o sucesso de Ibotirama, eles já prepararam esse aqui. Ainda não tinha concluído o contrato experimental de Ibotirama e eles resolveram. Esse aqui estava em fase de conclusão da obra, foi editado o edital, publicado e nós obviamente, como já tínhamos alguma experiência, logramos êxito e conseguimos esse contrato. Em novembro de 96 foi inaugurado e em janeiro de 97, já que tem sempre problemas da inércia, da primeira experiência, iniciamos e aí ao longo desse tempo, passados os cinco anos que permite a lei 8666, fizemos em novembro passado concorrência de novo e ganhamos, sendo que, veja como isso é interessante: a SM, que é a empresa operadora a qual presto serviço, não é uma empresa filantrópica, não é uma instituição sem fins lucrativos, mas na medida que você consegue contratar pessoas e sua experiência é replicada e traz benefícios, para onde vão os benefícios? E eu vou lhe dizer: olhe, houve a licitação inicial desse hospital Eládio Lassérre em 96, novembro de 96, salvo engano, posso te falar porque esse é um preço público, era 297 mil reais, depois foi feito um aditivo, pelas imperfeições da própria inexperiência. Então temos que produzir mais atendimento de emergência etc, eu sei que no final já com os reajustes, pelo menor índice e INPC, salvo engano, chegamos em outubro do ano passado, a fatura daqui mensal fixa correspondia a 407 ou 409 mil reais, algo assim. Veio uma nova licitação, diga-se de passagem, que esses 407, quatrocentos e poucos mil reais são uma contra prestação a uma obrigação de produção de cerca de 58 a 60 mil reais em ambulatório e mais outros tantos em internação cirúrgica, cerca de 90 mil reais. Veio a licitação, o edital estabelece o seguinte: vocês têm que produzir, quem quiser concorrer, 45 mil reais em internações e 105 mil reais em ambulatório, ou seja, 150 mil reais, o que correspondia à cerca de um acréscimo de 50 a 50 e poucos por cento. Pra você fixar bem: nós, quando ganhamos da concorrência com o preço de 399 mil reais, ou seja, 10, 11 mil reais menos e produzindo 50% mais. Isso é o que? Isso é transferência para a sociedade da própria experiência que o Estado, se não patrocinou, mas ele promoveu a oportunidade. Essa é a minha percepção. É a nossa

percepção? Não. É a minha percepção. Porque isso é um fato, e contra fatos não há argumentos. E isso é um fato. Nós estamos produzindo mais. A qualidade está aí, tem uma questão de demanda porque nós não conseguiremos ser superior. O SUS tem cerca de 6000 hospitais, salvo engano, algo em torno de 6.400 hospitais, diminuiu e disse que agora, com o expurgo de alguns, vão para 5.887 hospitais. Então essa é a primeira grande vantagem, eu não diria que é uma descoberta nossa, estamos conseguindo transferir para a sociedade ganhos que empresários e profissionais de administração, de medicina, de enfermagem e de todas as outras especialidades, enfim, fazem. São remunerados condignamente? São, porque senão não estariam aqui, estaríamos com problema como o Estado, como outros Estados ou como próprio Estado da Bahia tem de recrutamento de pessoas. Nossos hospitais não têm isso. Então é uma força natural porque não existe, ninguém põe, impõe, um salário, uma remuneração vil e se submete a todo tempo. Nós temos já sete, oito anos aqui. Então, juntando estas pequenas observações ou esses pontos focais, meu ponto de vista é: transfere-se, consegue-se transferir para a sociedade por intermédio de tecnologia, de aplicação, de recrutamento, modelos gerenciais, capacidade de fazer coisas. O que é modelo gerencial? Modelo gerencial é aquilo que dá certo. E porque dá certo? Porque você tem que ter domínio de processo. Não adianta você ficar passeando no aspecto do academicismo, tem que fazer e ver fazer, experimentar, ir buscar, ir lá fora. E *benchmark* ? não tinha e não tem. O PAS, o que fizeram no Rio de Janeiro, não é referência, é diferente. Você pode pegar um segmento lá? Pode, mas é inusitado, é inédito e é feito com muita consciência. Essa, vamos dizer assim, filosoficamente, é a grande diferença. E praticamente é o resultado que dá para a sociedade. O foco: tirar o Estado. No meu ponto de vista não tem, não dispõe de instrumento de: primeiro: você só pode cobrar aquilo que, se você presta, você tem a contra prestação condigna. Tem aquela história, aquela falácia que o Estado paga, Estado no sentido amplo, um finge que paga o outro faz de conta que recebeu. Então isso, não tem instrumento, a legislação hoje, o concurso, às vezes uma deficiência qualquer, porque erros acontecem, doloso, culposos, seja omissão, ação, até para você chamar alguém a atenção, você trabalha com motivação, com estima, mas acontece. Na medida em que você não consegue

punir ou estimular, os dois sinais, porque para você promover o cara não tem estrutura, cargos e salários, nada, que ela é rígida, que ela depende de uma legislação, mas por outro lado se o cara comete erro grave ai vamos constituir uma comissão, em 30 dias publica, não sei o que, quando chega ao funcionário ela até morreu, e aquele que se dedica, que se empenha para ser bom, se sente punido, o cara que erra não é punido e eu que me lasco, me esforço não sou agraciado sequer com um benefício. Então essa é a grande saída das amarras. O Estado tem a seu serviço e para o cidadão um instrumento de eficiência para a gestão e pratica da saúde, para atenção da saúde. Para a nossa empresa, as políticas e práticas, e outra coisa: em todos os nossos hospitais quem administra, quem gerencia, o diretor geral, que a gente denomina gestor, são sempre profissionais de administração ou profissionais com nível superior, com experiência em grandes empresas e que tenham especialização em administração. O diretor clínico, ou diretor médico, fica subordinado ao gestor.

Otávio - Uma das coisas que o Dr. Raimundo Perazzo Ferreira citou como exemplo dessa forma de gestão é que os custos são mais baixos e retira da gestão o problema de relacionamento com os médicos ou com o pessoal operacional. Ele disse que dentro do órgão público existe isso que o Sr. acabou de falar, existe um problema de gerenciamento. Eu gostaria que o Sr. comentasse um pouquinho mais a questão. Em que melhorou, nesse tipo de sistema, a gestão do ponto de vista de custos e do gerenciamento de funcionários? São duas coisas difíceis?

Pedro - São, são aspectos diversos. Você falou de relacionamento inter e intrapessoal e sua interferência no Estado, você falou de custos...

Otávio - Na diminuição de custos. Parece que, algo estimativo, que há uma redução significativa.

Pedro – Você pediu um aspecto comparativo desses dois itens, do A e do B e eu acrescentaria uma coisa aqui. Quando você reduz custos, você tem que falar em

produtividade. Realizar a mesma coisa, no mesmo lugar e tempo, com o mesmo recurso. Salvo outra interpretação, é mais ou menos isso. Eu vou me permitir falar com você assim: eu não posso fazer todo o processo cognitivo porque é um processo comparativo. Nesse caso exclusivo eu não posso relacionar com a unidade pública, integralmente pública, porque eu vou “tocar de ouvido”, não é correto, não é ético falar assim. Uma coisa é quando é domínio público. Você sabe, todos nós sabemos qual é. O que eu posso te dizer sobre relacionamento: o que existe de diferente no nosso plano privado? Existem as delegações responsáveis. O que a gente pode chamar de delegação responsável? Você pactua nos diversos níveis as tarefas. Eu sou capaz de fazer isso e você respeita a habilidade e vocações. Não existe nos nossos hospitais um trilho, mas uma trilha na estrutura que a gente chama aí, que eu denominei, eu vou chamar funcionograma. O nome, acho que pela denominação você vai pegar. Este hospital não tem, mas podemos ter hospitais onde o gestor possua habilidade e vocação e assim, sendo diretor geral, ele não precise de um gerente financeiro, que nós chamamos de coordenador financeiro, porque ele foi um financista ou analista de projeto e ele pode ter um cabra, uma pessoa em nível de supervisor, dessa área que já existia e o que é isso? É você prestar eficiência e respeitar habilidades. Então tem essa mobilidade e todos os hospitais têm um orçamento programa. O que é um orçamento programa? Esse orçamento deve ser de baixo para cima e cada supervisor, cada componente da equipe dá sua “penada”. Agora mesmo um rapazinho entrou aqui e disse: olha a pintura. Nós estamos fazendo a pintura geral na unidade, mas no ano passado, novembro, disseram: olha, primeiro nós vamos fazer, vamos contratar. Não, acho melhor contratar os pintores, pôr em folha, a gente corre menos riscos, vai demorar mais tempo, mais por sorte vai mais devagar, menos imperfeições e menos risco daquela secundária que contratou um terceiro e o cara não cumpria as obrigações contratuais e isso gera um problema pra pessoa, e isso é feito. Isso é sedimentado, é uma prática, nós não fazemos nada sem um orçamento prévio e cada gestor encaminha isso a uma comissão aqui, que somos nós mesmos que participamos. E daí o que é rentabilidade? Eu tenho delegação como diretor geral da direção da empresa e eu tenho participação do resultado. Eu tenho uma remuneração mensal que é um

adiantamento e a cada semestre, em cima, estritamente em cima do nosso orçamento pactuado. E então eu tenho que motivar pessoas e o próximo, o próximo, o próximo até, vou chamar, o nível mais baixo. Não existe segmentação, você viu, no funcionograma, nada de rigidez. Nenhum louvor, devoção a verticalização, muito pelo contrário, existe uma concentricidade de forças porque o objetivo é único. Primeiro: atender bem, segundo: cumprir o contrato, terceiro: garantir a oportunidade de trabalho, e depois vamos ser felizes e conseguir que a empresa sobreviva e perpetue-se, ou seja, quem tiver a maior unha que suba na parede, isso é competitividade. Quando é que tem conflito? Quando os pactos são fracos, quando você tem dissenso, quando você tem conflitos de interesse, de outro modo não há conflito de interesse. Se você, a pessoa vem aqui, está aqui porque quer, através de cooperativa, através de um contrato com uma pessoa, personalidade política no caso dos médicos. Também há pessoas que não se adaptam, precisamos respeitar isso. Há pessoas que desenvolvem outras habilidades que a gente não tem como utilizar nesse hospital e vai para outros, ocupar cargos. Esse aqui foi celeiro para muita coisa. Então eu tenho que admitir que no Carvalho Luz eu tive a oportunidade de implantar uma ISO 9002, o único hospital público do país certificado pela ISO 9002.

Otávio - Qual é?

Pedro – Hospital Professor Carvalho Luz, que é do Estado da Bahia.

Otávio - Aqui em Salvador?

Pedro – Salvador. Praça Almeida Couto nº 512, Nazaré.

Otávio - A ISO 9002 pela gestão dele?

Pedro – Full process. Todos os processos. Não é como alguns outros hospitais não. Certificou recepção, com laboratório, Full process, do porteiro ao presidente, todos, ambulância, sistema de transporte, recolhimento, todos os processos. A certificadora foi a Bureau Veritas Quality Internacional de Londres. Então foi um processo que eu tive a oportunidade de implantar e isso me trouxe muita satisfação, aquela coisa: puxa, para o público, de quem é o mérito? É da SM? Não. A SM foi só o instrumento, o mérito todo é do Estado da Bahia, os méritos são dos cidadãos brasileiros, baianos em particular, porque houve uma experiência capaz de mérito. A Ministra da Saúde de Portugal na época do hospital Carvalho Luz chegou para mim e disse assim: ela não, o chefe de gabinete: Nós lá estamos fazendo uma modernização, ou coisa assim, porque preencher requisitos da ISO é muito difícil. Tem que ter muita coragem. Voltando à questão dos custos, para mim disso tudo, do orçamento, da disciplina, do foco, resultado. Porque a gente compra melhor? Porque paga certo. Também compra melhor porque compara. Hoje a gente tem, por iniciativa do Ministério da Saúde, um pregão eletrônico em que se pode comparar os preços. Você não consegue nem ser feliz sem disciplina, sem disciplina você não consegue nada, a disciplina vem primeiro, da mudança da sua atitude para. Seu convencimento de que aquilo é o que você quer fazer, é o que você sabe fazer, você está ali por livre e espontânea vontade, por obstinação, por gosto, mas você está ali livre. Então a redução de custos, relacionamento e o comparativo que eu diria o seguinte: se você pegar um hospital semelhante a esse que custa ao estado 400 mil reais, produz 150 mil, você vai a outro hospital semelhante a esse, você vai ver quanto custa ao Estado, você apura porque tem aquelas sessões, você apura e vai ver quanto produz, ou seja, o número que eu tenho é quase 50%. Então veja bem o relacionamento, o custo, comparação aí você tem elementos comuns pra pegar e a produtividade que é justamente isso. Você tem tudo isso e você tem produtividade, ou seja, você faz a mesma coisa ou mais com menos recurso e além de tudo você vai formando pessoas, nessa altura com, a SM foi fundada em 04/05/96, nós estamos a 6 anos. Isso já frutificou, já existem pessoas nossas trabalhando em outros hospitais, em outras empresas e que levaram a semente da forma, a qualidade da administração

da clínica, qualidade do estilo e isso vai se multiplicando. Bom, focando aí no estudo, você já deve saber quantos hospitais são terceirizados do ponto de vista...

Otávio - São doze.

Pedro – Além disso, você tem um outro aspecto: a preservação do patrimônio, você visita um hospital com 6 anos de operação como este aqui e visita outros. Vê a nossa ambulância que está com 400 mil quilômetros rodados. O Estado não tem concertado, eu não tenho obrigação mas nós fizemos uma reforma. Tudo isso está escrito no contrato, está previsto no edital, está escrito no estatuto, então tem o instrumento, você vê piso, instalações, tem oportunidade de olhar.

Otávio - Como conclusão da entrevista, esse modelo se revela promissor? Como seria a perspectiva da aplicação dele?

Pedro - Eu acho que qualquer empresa, ou qualquer negócio só se perpetua por dois motivos: primeiro, que haja cliente, eu não acredito na abstração de mercado, nessas falácias. Para mim cliente tem nome, CPF, identidade e cliente é aquele que está disposto a pagar preço justo, aquele que está disposto a pagar pelo seu serviço ou pelo bem produzido. Então esse negócio deverá perpetuar “se” e “quando” existir um cliente, isso só ocorrerá se continuar, e a eficiência for cada vez mais crescente. Tem limite? Tem. Tudo tem limite, mas a saúde é uma das áreas tão pouco servidas ainda. Eu acho que na medida em que exista um empreendimento e empresários, com seriedade e competência, consigam efetivar essas práticas haverá eu acredito a perpetuação. É necessário entender também que, a exemplo do que a gente ouve, anteontem o Ministro Barjas Negri, conforme ele tinha dito, como o próprio Ministro Serra tinha dito, não adianta chiar, reclamar sobre preço do SUS genericamente, nós vamos reajustar pontualmente. Então ontem ele ajustou as consultas especializadas em cerca de 150 a 196%, passando a consulta de R\$ 2,55 em cardiologia, por exemplo, para quase 7 ou 8 reais. As consultas em emergência

com observação também tiveram aumento de 40%. Eu acho que dessa forma, diferenciadamente como ele faz...(interrupção da entrevista).

Pedro - Como eu dizia então, à medida que proponha isso, devemos entender também que em ciência tem que se traduzir valores em benefícios tangíveis para a sociedade, não é ciência só para o empresário que estiver atuando nesta área de terceirização, ou em qualquer outra, por delegação, por vontade do Estado, da sociedade. Tem que trazer benefício porque os recursos são escassos cada vez mais em relação, em detrimento, com a demanda cada vez mais crescente. E então a forma como eu exemplifiquei que aqui foi feito especificamente nesse edital desse hospital, em que o preço diminuiu, o preço pago pelo Estado como contra prestação de serviço e a cobrança, ou melhor, o patamar de produção é maior uma vez e meia agora. Isso eu acho, que a medida em que eu acredito nesses resultados, na medida que você consiga explorar os processos, otimizar. Nos Estados Unidos, em Harvard, eles pesquisam que em um mesmo procedimento havia 6 vezes, um gap, ou seja, o mesmo procedimento, na mesma instituição, com equipes diferentes poderia variar em até 700%. Por aí você vê: pô, eu tenho, tirando os extremos, eu tenho 300% para passar, para buscar eficiência, e quem está perdendo isso? Eu e você, a sociedade como um todo. Onde está o erro? Do ponto de vista de erro ou acerto, eu acho que é a experiência que nos conduz ao caminho correto. Tem que verificar os processos, tem que ter domínio do processo. Tem que ter percepção dos limites superiores, inferiores. Teorizando um pouco, ter o domínio do intervalo e aí você sabe, você tem idéia. Em Petroquímica você tem em geral 20, 25% para melhorar, no ramo petroquímico, estou falando da experiência particular que tenho. Você pode rever processos quando você tem 1%. A construção civil fala assim 40, 50%. Na saúde, reportando ao Prof. Joram, foi a equipe do Prof. Joram, que vocês deve conhecer, um homem de 94 anos que ainda se emociona quando fala, um homem essencialmente emocional. Com 300% dá para fazer muita coisa, se você tem isso num ramo, num país, numa nação tida como evoluída, você tem muito pra dar certo. Recentemente eu vi uma coisa interessante. A medicina é um dos poucos segmentos em que os investimentos em novas tecnologias não substituem as anteriores. Precisa

buscar outros caminhos. Você tem na área de Bio-imagem, você tem o velho Raio X que alguém inventou e os tomógrafos. Posteriormente ou logo em seguida, a utilização da ressonância magnética, mas você continua fazendo o Raio X. Eles são suplementares, mas não substitutos. Isso é uma cadeia de sobre investimento que onera. Isso eu estou teorizando, mas colocando até esse momento essa questão, essas peculiaridades da medicina. Fora isso, como todo negócio ele tem seus riscos. Em particular, o negócio de administração hospitalar, um novo segmento de terceirização, eu estimo que isso vá motivar profissionais como você a fazer estudos e se deslocar 3000 km, perder seu tempo em ouvir um baiano, um pernambucano, um gaúcho. Espero que isso aconteça no Brasil porque nós precisamos, é uma sociedade, é uma nação. Se há iniciativas melhores que a nossa, mais eficientes, mais eficazes que as nossas, certamente elas são brasileiras.

Fim da entrevista

15 - Entrevista com Wagner Coelho Porto – Chefe de Gabinete da SESAB e Coordenador da Comissão Intergestores Bipartite da Bahia, concedida em 28/06/2002 em Salvador.

Otávio - Eu gostaria de saber inicialmente quais são as funções dessa Comissão Intergestores Bipartite?

Wagner – A Comissão Intergestores Bipartite é um canal de negociação entre o Estado e os municípios. Ela é constituída por 5 membros da Secretaria de Estado, por 5 representantes dos municípios e que se reúne ordinariamente para poder discutir os encaminhamentos das políticas de saúde ligadas ao Sistema Único de Saúde no Estado da Bahia.

Otávio - Então todas as determinações passam necessariamente pela Comissão Intergestores, pelo menos para decidir?

Wagner – Todas as decisões políticas que envolvem o Estado da Bahia e os municípios do Estado da Bahia, ligados ao Sistema Único de Saúde, passam necessariamente pela discussão através da Comissão Intergestores Bipartite, a CIB-Ba.

Otávio – Dentre as atribuições, que eu li no site da SESAB, foi feita uma Programação Pactuada Integrada. Essa Programação Pactuada Integrada foi feita, ou foi aprovada, entre gestores municipais e gestor estadual e foi aprovada dentro dessa comissão? O que seria exatamente essa programação?

Wagner – A Programação Pactuada Integrada, o Plano Diretor de Regionalização e o Plano Diretor de Investimento, o anterior PDR, e esse último PDI, esses três componentes são exigências da NOAS 2002 para que tanto o Estado da Bahia ou qualquer outro Estado do Brasil, quanto os municípios possam adequar as suas novas formas de gestão, ou seja, o Estado permanecer onde está ou mudar para uma

outra forma de gestão que é o que está contido na NOAS e os municípios continuarem onde estão ou se habilitarem a outra forma de gestão. Então estes três parâmetros citados anteriormente, a pactuação, a PPI - Programação Pactuada Integrada, o Plano Diretor de Regionalização - PDR e o Plano Diretor de Investimento - PDI, que são exigências da NOAS, estão sendo amplamente discutidos e foi estabelecido um cronograma, que está sendo cumprido dentro das datas previamente agendadas, para que nós possamos dar cumprimento a essas exigências e fazer com que melhoremos o funcionamento do SUS no Estado da Bahia.

Otávio - Dentro dessa programação pactuada integrada é feito um pacto entre os municípios, é isso que é feito?

Wagner – Sim. Existem parâmetros que são fixados pela própria NOAS e existem outros parâmetros que são acordados entre a Secretaria Estadual de Saúde e a Secretarias Municipais de Saúde, através de suas representações, no caso o Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS, que tem seus 5 representantes na CIB, para que possam, cumpridos esses parâmetros, obedecendo aos critérios e normas contidos na NOAS 2002, possamos fazer os avanços necessários ao Sistema Único de Saúde.

Otávio - E a Comissão? Ela se insere dentro desse processo de modernização do Sistema de Saúde da Bahia como? Apesar dela ser legalmente instituída, ela tem tido um papel fundamental nesse processo?

Wagner – Sem nenhuma dúvida. Se você comparar o que está acontecendo hoje nas discussões de saúde com o que acontecia no passado, você verá que houve uma mudança do ponto de vista de comportamento político, porque antes 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. Uma delas é a Comissão Intergestora Bipartite, que é esse canal permanente de negociação entre representantes das Secretarias Municipais, volto a dizer, e representantes da Secretaria Estadual de Saúde e destas discussões são retirados consensos. Tudo na CIB é resolvido por consenso, não é nem por voto, é por consenso, e esses consensos certamente representam um avanço muito grande, resultado das discussões técnicas e das discussões políticas que envolvem a política de saúde do Estado da Bahia ou de qualquer outro Estado.

Otávio - Essa representação é paritária? São 5 representantes?

Wagner – Sim. São 5 representantes da Secretaria de Saúde e 5 representantes das Secretarias Municipais de Saúde indicados pelo Conselho Estadual de Secretários Municipais.

Otávio - E dentro dessa reformulação a CIB vai ter um papel fundamental?

Wagner – A CIB sempre teve um papel fundamental. Ela existe na Bahia desde 1993, se não me falha, se você quiser você pode pegar a data de fundação da CIB na nossa Secretaria Técnica, e de lá para cá nós temos promovido esse processo de discussão permanente e é a CIB quem estuda, e após a análise técnica, que habilita os municípios. Para você ter uma idéia do avanço que significa, há 10 anos atrás nós tínhamos menos de 150 municípios habilitados no processo de municipalização, quer seja na gestão plena da atenção básica quer seja na gestão plena do sistema de saúde. Hoje a Bahia tem 415 municípios, dos 415, 414 já estão habilitados em alguma forma de gestão. Posso até lhe dizer que existem 19 municípios em gestão plena de sistema e o restante dos 414 estão na gestão plena de atenção básica.

Otávio - 19 gestão plena?

Wagner – Na gestão plena de sistema, ou seja, eles têm poder de resolver tudo sobre a saúde de seu município e os outros que na realidade são 395 estão em gestão plena de atenção básica.

Otávio - Só um que está realmente fora então?

Wagner - Só um município, o município de Sítio do Mato. Sei até de cor, que é um município pequeno que está se organizando e que está tendo todo apoio do Estado. Gostaria de acrescentar apenas que o Estado da Bahia, nestes últimos 12 anos, tem priorizado dois pilares fundamentais: a descentralização, que resulta no processo de municipalização e é por isso que 414 dos 415 já assumiram alguma forma de gestão e a parceria permanente da própria Secretaria com as Secretarias Municipais de Saúde de todos os municípios da Bahia, mas também em parceria com entidades públicas, filantrópicas ou privadas ligadas ou não à saúde, mas que possam ter impacto na qualidade e na melhoria da saúde do povo da Bahia.

Otávio - É a CIB que faz esse arranjo?

Wagner – A CIB tem reuniões ordinárias 1 vez por mês, quando necessário ela tem reuniões extraordinárias para decidir sobre algum assunto que seja de importância, que tenham prazos a serem cumpridos e que seja urgente e ela é o canal permanente de negociação, volto a dizer, entre o Estado e os municípios.

Otávio - É a própria CIB que habilita os municípios dentro da gestão plena?

Wagner – Sim. Eu quero dizer que após as reuniões a CIB emite resoluções e essas resoluções têm que ser encaminhadas e referendadas pelo Conselho Estadual de Saúde, que é uma outra instância.

Otávio - E a Tripartite também entra?

Wagner – A Comissão Tripartite é fora do Estado. Ela é uma Comissão formada por representantes dos Secretários Municipais através do CONASEMS – Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde, pelos Secretários Estaduais através do CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Estado da Saúde e representantes do Ministério da Saúde é por isso que você tem nos Estados as Comissões Bipartite – municípios e Estado, e você tem a nível nacional a Comissão Tripartite que é municípios, Estados e Ministério da Saúde – Governo Federal.

Otávio - Existe mais alguma coisa que o Sr. queira complementar a respeito da função da CIB?

Wagner – Basicamente acho que está contido tudo aí, se você quiser algumas informações do ponto de vista técnico pode procurar a nossa Secretaria que ela tem lá a data de fundação da CIB, resumo de Atas, número de reuniões realizadas durante a sua existência.

Otávio - Ok. Acho que foi suficiente.

Fim da entrevista

ANEXO 4

FIGURAS

Figura 1

Organograma da Secretaria da Saúde da Bahia, conforme Consta em <<http://www.saude.ba.gov.br>>, Acessado em Julho de 2002

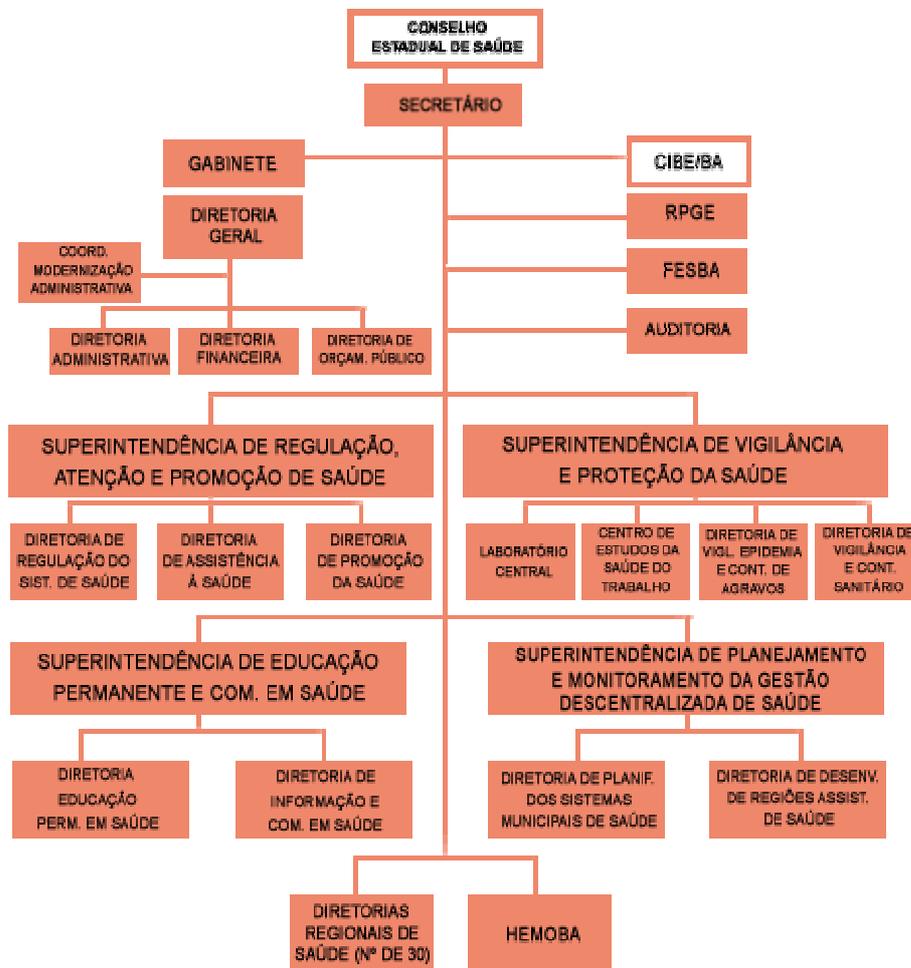


Figura 2

Mapa das Macrorregiões e Microrregiões, Obtido em 04/2002 na SESAB/SUDESC, a partir de Relatório Interno de Divulgação

