



Assembléia Legislativa de São Paulo

# Fórum São Paulo Século 21

DEBATES - A Sociedade se Manifesta

# Saúde



Assembléia Legislativa de São Paulo

# Fórum São Paulo Século 21

DEBATES - A Sociedade se manifesta

## Saúde

### índice

18.11.1999	003
14.02.2000	019
16.02.2000	060
11.05.2000	122

## Saúde

**18.11.1999**

- Pedro Tobias – Deputado. Presidente da Comissão de Saúde. Relator do Grupo Temático Saúde
- Roberto Gouveia – Deputado. Coordenador do Grupo Temático Saúde. 1º Secretário da Assembléia Legislativa
- Adib Jatene – Professor. Conselheiro Geral do Fórum São Paulo Século 21
- José Luiz Riani Costa
- José da Silva Guedes
- Gilberto Natalini

**SR. ROBERTO GOUVEIA** – Senhores, poderíamos dar início, como bem disse o Presidente, vamos tentar hoje aqui, com a maior objetividade possível, estabelecer a forma como vamos nos organizar na área da saúde, para dar conta do recado. O Deputado Pedro Tobias é o nosso Presidente na Comissão de Saúde, eu sou Roberto Gouveia, 1º Secretário da Assembléia Legislativa, e nós ficamos de estar acompanhando, participando e, na medida do possível, animando este grupo, aliás, o que muito nos orgulha; acredito que é a maior concentração de conselheiros do Fórum nesta primeira reunião. Ficamos pensando como é que iríamos formar a Mesa, aí resolvemos que teriam que estar todos aqui. Vamos pedir a compreensão dos senhores, o Pedro Tobias e eu ficaremos na Mesa, mas considerem-se todos junto conosco; o João vai nos ajudar, vai secretariar os nossos trabalhos.

Vocês já receberam o material, onde tem uma lista de conselheiros gerais do Fórum, que são os que já foram empossados no dia 16 de agosto, sendo que depois houve uma outra reunião, é uma lista mais enxuta. Lembro-me que na área da Saúde, dessa lista faz parte o Prof. Adib Jatene, o Pedro Paulo Monteleone, que é o Presidente do Conselho Regional de Medicina e a Prof<sup>a</sup> Amélia Cohn, que são três da nossa área, vão nos ajudar aqui. Estamos hoje distribuindo para vocês a relação de conselheiras e conselheiros da área da Saúde; a idéia, inclusive, é que possamos ir envolvendo, articulando e contando com a colaboração de muito mais pessoas para ajudar-nos. Entendemos como um pontapé inicial, que poderíamos levar como referência, em consideração, para iniciar os nossos trabalhos. Estamos distribuindo para vocês essa lista, para que todos possam consultar e, inclusive, opinar. Vocês estão presentes na lista, sendo que muito provavelmente alguns não puderam vir, até porque vamos ter a nossa primeira atividade da Saúde no dia 6 de dezembro. O Deputado Arnaldo Jardim citou 6 de outubro, mas é no dia 6 de dezembro que vamos ter a nossa primeira reunião sobre financiamento; estávamos todos nos movendo para organizar essa reunião, e por isso, inclusive, vocês devem ter recebido duas correspondências, o que acabou gerando um pouquinho de confusão, porque essa primeira reunião sobre financiamento vai ter uma importância

especial, até porque estamos em pleno debate e deliberação no Congresso Nacional exatamente em relação à questão do financiamento, então por isso acredito que até algumas conselheiras e conselheiros não vieram hoje, porque a correspondência convidando para o dia 18 chegou meio em cima da hora, mas esperamos que no dia 6 possamos, então, com todo o nosso time, entrar em campo para valer. Uma sugestão seria que fizéssemos uma rodada de apresentação, porque aí nos conheceríamos, podemos fazer assim? Vamos então começar.

É feita a rodada de apresentação, sendo que fora do microfone. O Deputado Roberto Gouveia faz a nomeação: Galeno, Arnaldo, Dante Montagnani, Prof. Vicente, Prof<sup>a</sup> Marilene, Helena Assunção, Ana Cecília, Florisvaldo, José Luís, Regina Parisi, Gilberto Nateline, Jorge, Ana, Maria Lúcia, Amparo, Prof. Paulo, Mário, Fernanda, Ana, Cristina, Mário Lucas, João Ferreira dos Santos, Prof. Adib, Secretário Guedes, Paulo, Giovani, Neuza, Regina, Rubens, José Alberto Monte Claro César, Lúcia, Prof. Pinoti, Emiko, Arlindo, Maria Eugênia, Edson, Valéria, Alice, Pedro Tobias.

**SR. PEDRO TOBIAS** – Meu nome é Pedro Tobias, não tenho fluência na língua portuguesa, mas queria saber se alguém daqui é interessado, tanta gente boa na Saúde à disposição, em mudar esse grupo temático e sair hoje com cada subgrupo formado: Financiamento, a pessoa interessada fica no grupo de financiamento; grupo gestão, SUS e municipalização. Se pudermos sair hoje com cada grupo formado, o trabalho ficaria mais fácil para futuro debate. As pessoas que sabem muito nos ensinam, pois na Saúde tanta gente com experiência, no passado e atualmente, podem dar sugestões sobre esse assunto.

**SR. ROBERTO GOUVEIA** – Tentarei ser o mais breve possível, mas talvez fosse interessante, principalmente nesta, que é a nossa primeira reunião, deixarmos claro qual o objetivo do Fórum como um todo, e depois entraríamos também na área da Saúde, está certo? O.K. Como é que surgiu essa idéia do Fórum? Os deputados

estaduais assumem, diferentemente dos outros, no dia 15 de março. A Justiça assim determinou. São Paulo é o único Estado do Brasil onde os Deputados assumem nessa data, o que nos prejudica muito, principalmente no primeiro ano da legislatura. No dia 15 elegemos uma Mesa Diretora na Assembléia, composta de sete membros. Essa Mesa Diretora foi eleita em cima de uma plataforma: temos sete deputados que compõem essa Mesa, três titulares e o restante da Mesa é suplente. Essa Mesa, como eu disse, foi eleita em cima de uma plataforma, que partiu de um diagnóstico, ou seja, de que o parlamento no Brasil tinha que passar por um processo de conquista de referência, de densidade política, que ele tinha que se colocar numa outra direção, ou pelo menos aprofundar, no sentido do seu contato, da sua comunicação e da sua capilaridade com a sociedade. Esse diagnóstico, no caso dos parlamentos estaduais, é mais sério ainda; eu estou no meu quarto mandato e ainda tem gente que diz: “Roberto, como está lá em Brasília?” Por quê? Porque a população pensa a Câmara e pensa a Câmara, Câmara Municipal e Câmara Federal. E nós aqui da Assembléia Legislativa e do parlamento estadual ficamos como que no meio do caminho, e na sombra, na penumbra. Aliás, esse é um dado da própria Constituição Federal, que determinou claramente o papel do poder local e do parlamento local, e o papel da Câmara Federal e da União; o papel dos Estados ficou mal definido, ficou inclusive com o que sobrou, o que não era atribuição exclusiva de uma e nem da outra. Aliás, se formos observar, o próprio Executivo estadual também sofre um pouco disso; esse é um problema do pacto federativo. Mas nós entendemos que era chegada a hora de tentar alterar esse quadro. Foi nesse contexto que se pensou o Fórum, o Fórum como mecanismo de estar estabelecendo esse processo de capilaridade, de sintonia fina do Parlamento Estadual com a Sociedade. Chegamos a debater aqui na Assembléia um projeto de resolução, que foi aprovado e virou lei nossa, interna, aqui do poder. Portanto, foi um processo muito interessante e é uma grande honra para nós que estamos no final do século, esta Mesa vai até 15 de março de 2001, portanto, vamos exatamente pegar esse momento histórico, final do século, início do

terceiro milênio. Foi motivo de satisfação elaborar essa plataforma em cima desse diagnóstico e, no final, conseguir aprovar aqui na Assembléia Legislativa de forma unânime, quando os 94 Deputados concordaram, e conseguimos, assim, vislumbrar essa possibilidade de realizar este Fórum. Agradeço o empenho e a mobilização de todos vocês, porque para nós este Fórum está no centro da nossa plataforma, quer dizer, a cara que esta Mesa quer dar a esta Assembléia é exatamente a Assembléia e a sua relação, a sua sintonia com a sociedade em busca de maior densidade política e de conquistar referência; e poder, depois, com a aprovação de um relatório geral e setorial, apontar o que imaginamos para o nosso Estado no próximo século. Todo esse relatório, as idéias serão fundamentais, na nossa compreensão, para informar desde políticas de governo ao nível do Executivo, até nos ajudar na própria missão legislativa, que precisamos cumprir, já incidindo na própria LDO, na proposta de orçamento, de planos plurianuais e da própria Legislação que a Assembléia Legislativa, como Poder Legislativo, tem atribuição de formular. Aí então pensamos na divisão de 16 grupos temáticos. A idéia, portanto, é o Fórum atravessar o ano que vem, o fato de termos assumido dia 15 de março, até aprovarmos essa plataforma em cima desse diagnóstico, conseguimos instalar o Fórum apenas no dia 16 de agosto, portanto, no começo já do semestre, e aí começamos discutir em relação à organização do Fórum. A nossa idéia é que todos os grupos temáticos realizem, nesse final de ano, pelo menos uma primeira atividade, já compreendendo que esse processo ficou um pouco prejudicado por essa questão política e de calendário político. Portanto, a nossa idéia é ainda este ano realizar uma primeira reunião.

O João estava me informando que de todas as pessoas que pensamos para nos ajudar, temos aqui apenas 1/3 delas; portanto, para o dia 6, em que vamos enfrentar o debate sobre Financiamento, que é um debate central para nós, no momento, aliás, a emenda foi aprovada no Congresso, agora vai ao Senado. Ontem eu estava falando com o Deputado Urcissino, do PFL, da Bahia, que foi o relator, e ele estava me dizendo das dificuldades, que está havendo uma série de pressões,

podemos até ter alterações na emenda, o que todos não queremos, no Senado, o que remeteria novamente a emenda para o Congresso, para uma outra votação. Escolhemos, portanto, o tema do Financiamento porque ele nos une a todos, é uma grande frente nossa, uma aliança geral e restrita na área da Saúde, para resolver o problema do financiamento como primeira atividade, para que pudéssemos reunir todos os conselheiros, inclusive ampliando os convites. A nossa idéia é fazer no dia 6 o debate sobre financiamento no plenário central da Casa, que é o Plenário Juscelino Kubitschek; imaginamos promover um processo mesmo de mobilização, que possa também somar e politicamente nos ajudar no que diz respeito ao debate, à deliberação do tema no Congresso Nacional. Se conseguirmos fazer uma grande mobilização, uma plenária bonita, intensa, podemos inclusive, como Estado de São Paulo, com a visibilidade política que tem, estar reforçando, ajudando os nossos deputados federais a tentar solução e tentar resolver essa questão do financiamento, para ter consequência nos orçamentos do ano que vem já, que é do interesse de todos nós. O Deputado Urcissino foi convidado como relator, estamos convidando também os deputados federais. Temos seis grupos, o ano que vem, uma dinâmica que poderíamos fazer, estou imaginando e queria ouvir vocês em relação a isso, as pessoas já podiam, na medida de suas vocações, ir escolhendo os temas, porque imaginamos que cada tema desse tenha um grupo de conselheiros, possa lançar um relatório, para que depois possamos consubstanciar no relatório geral da Saúde que, por sua vez, vai fazer parte do relatório geral do Fórum. Para que não nos percamos no processo, pensamos em levar o debate conjuntamente; então vamos estar debatendo o financiamento, e vamos deixar ali um grupo de pessoas que vão tratar mais detalhadamente do financiamento. Enquanto isso já vamos recebendo as vocações, de qual grupo prefere fazer parte, já começamos a reunir os grupos e pensamos uma segunda atividade, também conjunta. Todos nós vamos participar. Vamos supor que escolhemos Gestão do SUS e Municipalização como segundo tema, que aqui não está na ordem, precisamos inclusive deliberar qual ordem seria mais interessante, daí vamos fazer



conjuntamente um evento para discutir Gestão do SUS e Municipalização e, logo depois, avançamos para um terceiro tema e deixamos já nesse tema também um grupo de pessoas que vão colocar no papel, que vão tirar as conclusões para o relatório deste tema. A nossa idéia era essa, porque aí não nos dispersamos, não nos pulverizamos, e depois até com difícil reencontro talvez, porque acredito que todos temos uma série de atividades, então seria interessante que tivéssemos uma marcação de passo coletiva, que fôssemos nos encontrando, trocando idéias, aprofundando inclusive o nosso conhecimento entre nós, para que fôssemos avançando, percorrendo esses seis temas.

O relatório estaria saindo lá para agosto, setembro do ano que vem, até porque teremos eleição nesse próximo ano, então talvez fosse interessante que nós, no primeiro semestre, que a temperatura política ainda não subiu tanto, fôssemos tratando dos temas e pudéssemos lançar o relatório dos grupos todos até agosto do ano que vem. Bem, é só um pontapé inicial, queremos ouvir vocês.

**SR.** – Dr. Adib, o senhor que é homem de experiência neste País, na Saúde, quer dar sugestão?

**SR. ROBERTO GOUVEIA** – O Prof. Adib fez uso da palavra. Agora o Riani.

**SR. JOSÉ LUIZ RIANI COSTA** – Quando o próximo tema viesse a ser assunto de discussão, esse subgrupo já teria preparado alguma coisa para o seminário. Depois ele continuaria desdobrando os debates, e já no dia 6 arrumássemos um espaço, um momento, para que os subgrupos se conhecessem e estabelecessem uma pauta de conversa.

**SR. ROBERTO GOUVEIA** – Podemos inclusive já ir recebendo a partir de hoje, para que no dia 6 pudéssemos, na medida das vocações e das escolhas, fornecer as opções, as escolhas, e de fato, caminhar nessa direção.

**SR.** – Queria fazer uma sugestão com relação à discussão sobre o financiamento. Se fosse possível a Mesa encaminhar às diversas entidades o material do que já existe, tanto em relação ao pronunciamento do Estado quanto da Legislação que está em tramitação no Congresso, para que pudéssemos vir com um conhecimento exatamente de como anda a questão do financiamento em nosso meio e das diversas propostas existentes. Penso que isso ajudaria no debate, porque as pessoas já estariam com informações uniformes, seria interessante.

**SR. JOSÉ DA SILVA GUEDES** – Veja, Roberto, temos oportunidade agora de discutir um pouco além do que vimos discutindo. Estamos falando de uma proposição ... de alguma coisa marcada para a sociedade, e aproveitando o lema que vocês colocam de um estado justo, desenvolvido, humanizado, e não é por modismo ou coisa assim, mas uma outra forma de ler esta frase aqui, é a idéia que do nosso ponto de vista estaríamos trabalhando num “estado”, entre aspas, saudável, isto é, que tipo de proposta temos

O risco dos seis temas que estão aqui é que discutamos mais e no mesmo formato que vimos discutindo sempre; que já temos até posições definidas, palavras de ordem, teses, tem todos os subsídios nessa temática que está aqui. Queria só propor que refletíssemos um pouco sobre esta oportunidade, para que não repetíssemos os “n” seminários que fizemos ao longo do tempo. E perguntar se de alguma forma se prevê interferência do pessoal da Saúde nos grupos temáticos aqui, onde teríamos uma participação importante para fazer essa definição.

**SR. GILBERTO NATALINI** – Queria em primeiro lugar dizer que essa iniciativa da Assembléia de São Paulo é extremamente importante, oportuna e engrandece-a na medida em que chama a Sociedade Civil para debater os problemas, que são muitos, e a Sociedade Civil precisa participar do debate, da discussão e buscar soluções.

A primeira colocação, então, é de parabenizar a Assembléia, os Deputados Estaduais de São Paulo pela iniciativa. Vi aqui os temas e acho também que deveríamos, em algum momento, discutir o modelo de saúde que temos, porque não adianta buscarmos dinheiro, buscarmos muito dinheiro para gastar com o doente somente, mas temos que mudar esse modelo. Somos secretaria de doença, e não secretaria de saúde. Isso está dentro de nós profissionais, está dentro da população que saúde é internação em hospital, é o remedinho, é receitinha e tal. Sabemos que a condição moderna, progressista de saúde é muito maior do que essa. Acho então que deveríamos colocar essa questão do modelo.

Sempre brincamos que os grandes problemas da Saúde estão fora da Saúde – é a questão da violência, o problema do saneamento, meio ambiente, tal. É uma preocupação que trago para que possamos aproveitar essas pessoas que estão aqui, que possamos aproveitar esse momento para fazer um debate profundo do que é essa Saúde que buscamos, do que é essa Sociedade saudável que estamos buscando.

Por último, peço desculpas, mas vou colocar uma questão de emergência, pois a PEC não pode esperar o dia 6. Até a primeira semana de dezembro, se o Senado não votar um financiamento para o ano 2000, não vale para o ano 2000; votar pelo menos em primeira votação, que já terá validade para o ano que vem, e no andar da carruagem não sabemos se isso vai acontecer; sabemos que agora vários senadores foram procurados para alterar o projeto, e mesmo para recusar – se der uma alterada, morreu o ano 2000. Para nós que estamos fazendo a gestão de Saúde, se não houver um financiamento determinado para o ano 2000, não sei o que vai ser de nós, porque a inflação do setor foi muito grande este ano. A área econômica Federal é um freezer, é uma geladeira intransponível. Estamos há 90 dias em Brasília dando cabeçada nos muros da questão econômica, queríamos um dinheiro maior, o que não foi possível; essa PEC que foi aprovada na Câmara por unanimidade de todos os partidos, foi uma coisa até bonita, mas não foi o que queríamos. Queríamos um pouco mais.

No Senado talvez não consigamos nem esse pouco; então é preciso que cada um de nós – estou fazendo um apelo do fundo da alma – nos mobilizemos, aqui tem gente de muito peso; as entidades que têm o caráter nacional, devem conversar com os senadores, com as Santas Casa; na Câmara viramos Brasília do avesso, agora, no Senado está meio morno, e se estiver morno não vai passar para o ano que vem, e teremos uma crise sem precedentes. Não estamos agüentando mais comprar medicação, não estamos mais agüentando pagar procedimento, porque a inflação foi grande e o dinheiro é o mesmo. Se não houver um acréscimo de dinheiro para o ano que vem, não sei como vamos fazer.

Faço então esse apelo e peço desculpas por colocar essa questão agora, mas que cada um já tivesse como tarefa dar uma conversada, vejam, temos três senadores em São Paulo, o Tuma, o Suplicy e o Piva, que já podemos atacá-los aqui na calada da noite, para que eles nos ajudem articular. E as entidades que tenham representação em outros Estados, que ataquem cada um dos seus senadores nos diversos Estados para que possamos, na semana que vem, o mais tardar até o dia 10 de dezembro, ser atendidos pelos senadores, seja colocado em votação e tenhamos aprovação. A recomendação é que não se mexa no projeto, porque se mexer vai complicar. Obrigado.

**SR. JOSÉ LUIZ RIANI COSTA** – Com relação a essas duas ponderações, que talvez esse subgrupo de política de saúde possa ficar com esse caráter, pelo menos de tarefa, de fazer essa ligação com as outras áreas temáticas; muitas das outras áreas temáticas abordam os determinantes condicionantes da Saúde, então trazer para o grupo temático essa interface, discutindo agenda 21 local, cidade sustentável e tantas outras formas, e fazer essa política de saúde, não só a questão específica. A questão específica do setor Saúde seria mais para o grupo de Gestão do SUS e Municipalização.

**SR. ROBERTO GOUVEIA** – Teremos reuniões periódicas do Fórum como um todo e, além disso, temos que estabelecer uma relação entre nós de estar informando a todos as outras atividades para que possamos, na medida do possível, articularmo-nos ou organizarmo-nos para participarmos de outros grupos, que fazem interface conosco, se não as pessoas aqui, mas pelo menos as suas representações. Aí poderemos nos organizar para dar conta. Esse é o grande desafio, colocado pelo Guedes e que o senhor está reforçando agora. Queremos chegar depois com essa coisa sem muitas arestas. Tem que haver um processo de sintonia com as outras áreas e no relatório geral do Fórum, para que ele tenha contundência, senão ele acaba dividindo força e não consegue apontar um caminho para que seja coletivo.

Uma outra questão: hoje é a nossa primeira conversa, a nossa primeira reunião, estou entendendo que está havendo uma concordância geral em relação a esses temas, mas não precisamos sequer bater o martelo hoje; podemos levar tudo isso e dormir com essa idéia para ir amadurecendo. Não precisamos, inclusive, deliberar hoje que serão esses os temas; acredito que possamos durante esse período até 6 de dezembro, submeter isso a um processo de amadurecimento, de consolidação; e depois no dia 6 de dezembro teríamos que apontar pelo menos o próximo tema, quando vamos enfrentá-lo, porque aí mantém a nossa ligação e vamos percorrendo esse caminho, podendo inclusive alterá-lo no próprio processo.

**SR. PEDRO TOBIAS** – Sugiro também que de cada subgrupo saia um coordenador, um relator, um responsável pelo grupo, para que não fique só nas nossas mãos. Essa é a minha sugestão.

**SR. ROBERTO GOUVEIA** – Pedro, nós queremos chegar nesse ponto. Vejam, todos nós temos as nossas atividades, a nossa vida continua, quer dizer, o que vamos ter que fazer é um processo de potencialização, e teremos que ter aqui delegações. A pretensão do Fórum não é ferir a iniciativa e a autonomia das várias

entidades e atividades que teremos e continuaremos fazendo. O que vamos tentar é estabelecer um processo em que possamos percorrer esses temas e aprofundar a nossa visão.

Queria pedir que o João falasse um pouco sobre como estamos pensando o dia 6 e ajudasse a complementar aqui, a esclarecer, João, por favor.

**SR. JOÃO** – Um rápido esclarecimento. Duas coisas: primeiro, queria isentar os Deputados de qualquer culpa e assumir aqui de pára-raios a responsabilidade por determinados atrasos de correspondência ou eventuais não contatos telefônicos prévios, porque uma parte dos conselheiros acabou sabendo que era conselheiro por carta. Foi um atropelo nosso, da organização, e até uma tentativa talvez ingênua de dar um tratamento igualitário a todos. Enquanto não tivermos endereço, telefone e tal de todos os conselheiros, não mandamos as cartas, por isso elas chegaram um pouco atrasadas. Agora, a reunião de hoje, tínhamos esse caráter bastante breve, meio de reconhecimento de nós próprios; vários conselheiros fizeram contato durante a semana justificando a não presença, por exemplo, o pessoal da Saúde Coletiva dos departamentos de medicina preventiva estão agora numa assembléia da Brasco, na Saúde Pública. Houve um atraso também, inclusive, na remessa da correspondência para eles. O que pensamos para o dia 6, queria até colocar isso para ver se conseguimos consensualizar entre nós uma proposta, seria o seguinte: no dia 6 abrir a reunião enquanto reunião dos conselheiros, às 9 horas, e fazer um primeiro momento, antes do debate de financiamento, onde os conselheiros pudessem entre si, agora de posse das informações, e com duas ou três semanas para todos, refletirem e trazerem sugestões; a seguir, definirmos em conjunto uma formatação, que foi isso que o Deputado Roberto Gouveia colocou, uma certa formatação de próximos passos, inclusive de como podemos vir a encarar determinados temas mais específicos que os conselheiros, as entidades, julguem de relevância e que possam se somar a esse todo. Partimos de temas gerais para evitar uma atomização, uma fragmentação temática que depois não

conseguíssemos juntar. Estou colocando isso inclusive reforçando a fala do Secretário, Prof. Guedes, que é absolutamente central se queremos fazer uma socialização entre nós dos conselheiros e da Assembléia no sentido de definir os rumos do Fórum, que tentemos ser o mais criativo possível, definir formatações, modos, processos, para que isso não acabe resultando numa série de reuniões de formato comum, mas que possa ser um movimento de potencialização, inclusive levando em conta que as reuniões são abertas, mas que há um Conselho que define isso.

Então das 9 às 10 horas30 eu proporia isso num primeiro momento, faríamos uma reunião dos conselheiros no próprio plenário, e às 10 horas 30 abriríamos então o debate sobre a questão do financiamento, indo até por volta de meio-dia e meia, porque precisamos entregar o auditório para abertura da sessão.

Por fim, houve ontem uma longa reunião de trabalho aqui com o pessoal da Fundação SEADE. O Deputado Pedro Tobias levantou essa questão, só para dar uma rápida socializada nisso, a Fundação SEADE está entrando pesadamente no apoio, no suporte logístico de dados, de textos, de materiais para nós. Há três produtos que estamos esperando da Fundação: o primeiro seria um levantamento relativamente sintético de todos os dados a respeito do conjunto dos seis temas aqui elencados, que seria distribuído já no dia 6 para todos os conselheiros. Se possível, antes, poderíamos mandar isso por carga, que seria o ideal, mas a Fundação coloca-nos que há limites dela, porque solicitamos um estudo bastante extenso, que vai da questão do financiamento, das políticas, enfim, isso pega dos indicadores de saúde até dados muito específicos.

O segundo seria achar uma forma de entidades e conselheiros daqui poderem se somar a esse trabalho da Fundação SEADE, no sentido de potencializá-lo e começarmos a produzir dados e distribuir para entidades, movimentos, enfim, que hoje não temos, pela dificuldade de acesso, porque são dados fragmentados. Por fim, a SEADE se somaria a nós em cada um desses seis temas, deslocaria técnicos que nos acompanhariam e poderíamos, com a Secretaria

de Estado e das outras entidades aqui, produzir materiais, dados e ficar repassando para os conselheiros e, ao final, tentaríamos fechar o índice do desenvolvimento humano, o que é uma tarefa mais geral do Fórum, mas a Saúde pode ser um componente importante, precisamos ter participação nisso. Quer dizer, anualmente a Assembléia Legislativa faria o lançamento pelo grande Conselho do Fórum do Índice do Desenvolvimento Humano do Estado de São Paulo, por município inclusive, seria uma discussão mais complexa, uma espécie de IDH a mais, que levasse em conta questões que referenciassem também as questões de qualidade de vida, de saúde; então esse informe é importante porque essa troca com a Fundação SEADE não pode ficar restrita aqui à Assembléia, muito menos às assessorias da Assembléia. Ela tem que ser uma coisa assumida pelas entidades e pelos conselheiros, para potencializarmos isso. Isso foi o que pensamos no primeiro momento, agora é preciso ver o que acham disso.

**SR. ROBERTO GOUVEIA** – Até porque é um desafio que o Fórum vai tentar encarar, de lançar meta, meta de Índice de Desenvolvimento Humano, para que possamos trilhar um caminho e realmente alcançar os nossos objetivos; num determinado momento, de posse do atual Índice de Desenvolvimento Humano, que vamos estar com este trabalho desenvolvendo, a nossa idéia é, para os próximos cinco anos, atingir, segundo esses nossos parâmetros, qual será a nossa meta, do ponto de vista do avanço nesse Índice de Desenvolvimento Humano.

**SR. JOÃO** – Desculpem-me, só esqueci um detalhe, aliás não é detalhe, é central, que é o seguinte: essa tentativa de divisão em seis grupos seria importante quem pudesse mandar para nós já hoje a sua opção; teríamos como pretensão fazer uma oficina de trabalho, uma reunião produtiva, enfim, já agendada a partir da próxima reunião, onde essas pessoas ajudassem-nos, inclusive, primeiro a preparar dados, estudos e, segundo, a preparar, dentro da possibilidade, o próprio debate e a



própria dinâmica desse debate, para não cairmos na mesmice. Essa seria uma das questões que consideramos importante, de método.

**SR. ROBERTO GOUVEIA** – O Gilberto Natalini colocou uma questão que eu gostaria até de retomar, em relação à votação da PEC lá no Congresso. Além da colocação que ele fez, que agora é a hora de pegar o boi a unha, como se diz no sertão, poderíamos fazer o seguinte: como estamos convidando os deputados federais mais envolvidos nessa questão, poderíamos também submeter a eles, antes mesmo do dia 6, esta preocupação. E na correspondência que vamos manter, inclusive mandar para vocês qual é a idéia que eles próprios estão tendo, de mecanismos que podemos adotar para fazer esse tipo de convencimento que o Gilberto está falando. Estamos em contato com eles para garantir a Mesa no dia 6, e já vamos provocá-los no sentido de que antes do dia 6 já queremos operar. O que podemos fazer coletivamente. E aí mandamos junto com a correspondência para vocês, idéias, sugestões de como eles acham que podemos acelerar esse processo de convencimento. E no dia 6 de dezembro, acredito que estava nos escapando isso, além dos deputados federais, precisamos convidar os senadores de São Paulo.

**SR.–** Que o Fórum, pelo menos o Grupo de Saúde do Fórum, oficiasse aos 47 Senadores a preocupação que estamos tendo com essa questão. Estou conversando aqui com o pessoal da APM, do CRM, tentando marcar para quarta-feira, na parte da tarde, na boca do plenário do Senado, um corpo-a-corpo com os Senadores, que é uma coisa mais concreta, que isso funcionou bem com os deputados. Agora, o documento ficaria à apreciação dos senhores, se vale a pena mandar.

**SR. PEDRO TOBIAS** – O homem mais forte no Senado está vivo graças ao nosso Prof. Adib aqui. Sugiro uma comissão do pessoal aqui presente, junto com o Prof. Adib, irmos ao Presidente do Senado, não sei.

**SR.–** A idéia que o senhor deu com referência a trazer os Senadores aqui é muito importante, porque cobra esse índice, as pessoas estão vendo a preocupação com relação à Saúde.

**SR. ROBERTO GOUVEIA** – Acredito que estamos nos encaminhando para o final, é isso? (Pausa.) Podíamos ver se tem mais alguma questão, alguma dúvida. (Pausa.) Quanto mais rapidamente chegarem essas informações, melhor será a nossa condição de organização para os próximos.

**SR. PEDRO TOBIAS** – Podemos fazer reuniões não oficiais, para preparar debate de tema.

**14.02.2000**

- Pedro Tobias – Deputado. Presidente da Comissão de Saúde. Relator do Grupo Temático Saúde
- Naelson Guimarães – Membro do Plenário Estadual de Saúde e do Conselho Estadual de Saúde
- Tereza Ferraz – Médica Sanitarista, representando a Coordenação Estadual da Pastoral da Criança
- Eduardo Tsukamoto – Ex-Provedor da Santa Casa e Vereador pela Cidade de Itapetininga
- Erik von Eik – Coordenador do Departamento de Administração Médica do Sindosp
- José Carlos Seixas – Secretário Adjunto da Secretaria Estadual de Saúde
- Heleninha Santos – Advogada Sanitarista da Unicamp
- Dante Montanhana – Presidente do Sindicato de Hospitais e Clínicas e Laboratórios do Estado de São Paulo
- João Palma –
- Jamil Murad – Deputado. Coordenador do grupo temático Trabalho e Emprego
- Aninha – Médica

**SR. PEDRO TOBIAS** – Vamos iniciar essa reunião de municipalização. Semana passada, na sexta-feira, durante a reunião sobre recursos humanos, eu estava em Santos na CPI do narcotráfico, por isso quero pedir a Palma para nos contar sobre o que aconteceu nessa reunião, mas antes gostaria de fazer a apresentação de cada um dos presentes. Meu nome é Pedro Tobias e sou Deputado nesta casa.

**SR. NAELSON GUIMARÃES** – Sou do Plenário Estadual de Saúde e membro do Conselho Estadual de Saúde.

**SRA. TEREZA FERRAZ** – Sou Médica Sanitarista e estou representando a Coordenação Estadual da Pastoral da Criança.

**SR. EDUARDO TSUKAMOTO** – Sou ex-Provedor da Santa Casa e Vereador pela cidade de Itapetininga.

**SR. DANTE MONTANHANA** – Sou Presidente do Sindicato de Hospitais e Clínicas e Laboratórios do Estado de São Paulo.

**SR. ERIK von EIK** – Sou Coordenador do Departamento de Administração Médica do Sindosp, trato dos assuntos ligados ao SUS para hospitais lucrativos e filantrópicos.

**SR. JOSÉ CARLOS SEIXAS** – Sou Secretário Adjunto da Secretaria Estadual de Saúde.

Nosso processo, nesse momento, é organizarmos, depois daqueles debates maiores que fizemos, um conjunto de seis pequenos grupos de trabalho sobre temas centrais de saúde que tivessem como objetivo preparar um debate para

estudo mais aprofundado de cada área e, dentro do possível, tentar constituir um grupo de trabalho e propormos uma mesa, um grande debate para o conjunto dos conselheiros do Fórum. Ou seja, cada grupo de Financiamento de Recursos Humanos é o de Gestão e Municipalização. Temos, na quarta-feira, um debate sobre Políticas de Saúde, um sobre Controle Público e Participação da Comunidade na sexta-feira e na próxima segunda-feira um debate sobre Planos, Seguros e a questão da Internacionalização do Capital na área da saúde que está chegando no país. Com esses debates seriam formados seis pequenos grupos de trabalho, ou seja, aprofundaríamos o debate e, na medida do possível, colocaríamos como proposta para os senhores e as senhoras qual tipo de debate poderia ser útil para o conjunto de conselheiros do Fórum.

Esses debates seriam abertos, grandes e ocorreriam ainda no primeiro semestre. Dividiríamos a agenda até o mês de junho. A segunda novidade é que a Fundação Seade foi contratada pela Assembléia Legislativa e que junto aos técnicos desta casa farão um levantamento de dezesseis áreas temáticas, a saúde é uma delas, resultando na elaboração de um caderno para a área da saúde, com cem cadernos rodados, e tiragem de dez mil. Esses cadernos podem servir de base para um primeiro levantamento de dados sobre cada área temática. O grupo de financiamento foi o primeiro a se reunir e contou com a participação do Professor José Carlos Seixas, Secretário Adjunto da Secretaria, do Professor Amato Neto, da Faculdade de Medicina, do Professor Adib Jatene, do Herval Pina Ribeiro, da Faculdade de Saúde Pública, do Deputado Pedro Tobias e do Deputado Roberto Gouveia.

Foi discutido nesse debate a questão da PEC federal que resultou no encaminhamento da PEC-169 e também uma tentativa de audiência com o Governador Mário Covas para ver, com mais clareza, a posição do governo do Estado e qual tipo de influência, no caso do apoio positivo do governo do Estado. Uma comitiva iria até Brasília conversar com a Comissão de Assuntos Sociais do Senado, que, por sua vez, discutirá a PEC no próximo dia 23, quarta-feira. E, por

fim, um aprofundamento dos dados que constam desse caderno com o apoio da Fundação para termos maior desenvolvimento por parte deles, e apresentação para o conjunto dos conselheiros.

O grupo de recursos humanos se reuniu anteontem. A reunião contou com alguns professores da USP, em especial o centro de saúde da Faculdade de Enfermagem. Com base nos dados da Fundação Seade, há um grupo de universitários fazendo um levantamento sobre a força de trabalho, ou seja, a Faculdade de Enfermagem que coordena esse grupo, a preventiva da USP, a Universidade de Campinas e o pessoal de Ribeirão Preto que compõem esse colegiado nos trarão um aprofundamento mais detalhado dessa questão, levantando alguns temas, algumas diretrizes a serem debatidas no conjunto do conselho. A idéia é fazer uma cartilha com todos esses dados, para uma divulgação mais ampla, pegando todos os aspectos da área de recursos humanos.

Deste processo vai resultar um debate, a ser gravado na casa que apontar diretrizes, e o conjunto das diretrizes apontadas pelos dois grupos e dos próximos. A idéia é reunir diretrizes, na medida do possível, para fechar um documento final a ser debatido pelo conselho da saúde e pelo grande conselho do Fórum.

Por fim, nessa semana e na próxima, em conjunto com a Fundação Seade, universidades e outros técnicos interessados, estaremos criando um índice de desenvolvimento humano para o Estado de São Paulo, município por município, a ser apresentado para ONU. Aprofundaremos algumas questões específicas para São Paulo, ou seja, algo que fosse lançado anualmente pela Assembléia Legislativa, questões levantadas nesses debates e que servissem de diretrizes para formulação de políticas públicas. Quer dizer, esse próprio DH como gerador de metas a serem atingidas e o conjunto desses estudos setoriais para alimentar a produção parlamentar e procurar melhorar o nível e as diretrizes que emanam desta casa. A idéia seria, na medida do possível, intervir nesse DH, na própria de Lei de Diretrizes Orçamentárias, que é aprovada no primeiro semestre, no próprio orçamento do programa, que é aprovado no segundo.

A situação geral é essa e a sugestão, de comum acordo com os deputados que coordenam o grupo, seria abriremos o debate e, na medida do possível, viabilizá-lo, encaminhando os debatedores, a temática mais produtiva, ainda nesse próximo semestre.

**SR. PEDRO TOBIAS** – Vamos, no dia de hoje, abrir o nosso papo informal, mesmo porque temos pouca gente, sobre SUS e municipalização. Existe, no papel, a municipalização, só que o dinheiro federal, que é passado para os municípios ... precisamos encontrar uma saída para viabilizar a municipalização SUS, porque sem dúvida nenhuma o município não tem condições de tocar a saúde. Na minha opinião, o atendimento básico deveria ser assumido por todos os municípios e os casos mais complicados deveriam continuar sendo atendidos pelo Estado, porque muitos dependem da vontade de prefeitos. É o caso da cidade de São Paulo, ou seja, não deu certo a criação do PAS e a população ficou abandonada. Outro problema, para a Secretaria da Saúde, é o município de Carapicuíba, que fez acordo com a Secretaria Estadual inclusive recebendo dinheiro mas a situação continua a mesma. Algumas coisas o Estado não deveria abrir mão, nessa municipalização. Na minha opinião deveria ser tipo fundo *per capita*, porque se a prefeitura cuida todo o dinheiro fica direto para ela. Existe muito entrave para a saída do dinheiro, como se o partido é do governo ou não é do governo, é meio complicado. Essa é a minha sugestão. Abrirei o debate, e se alguém estiver interessado em dar alguma sugestão, agradecemos.

**SR.** – Para animar um pouco esse debate vou dar minha sugestão. Nós que estamos nessa luta há muito tempo temos uma opinião um pouco diferente da do senhor. De alguma forma, o que o senhor pretende está-se fazendo e até num primeiro momento foi mal-entendido. Dentro do contexto da tensão integral, separou-se uma área de prestação de serviços de intervenções ambientais básicas. Pensou-se que isso seria uma subserviência ao Banco Mundial para oferecer à

população e o resto que ficasse sem assistência. Não foi o que aconteceu. Foi exatamente o que o senhor está dizendo. Vamos começar aos poucos. Vamos oferecer uma possibilidade para que todos municípios possam gerenciar, num primeiro momento, a atenção básica e, na medida das suas capacidades, dos seus interesses, caminhar para coisas mais complexas.

A concepção é feita em bases de realidades epidemiológicas em que a primeira base importante é a que o senhor citou, ou seja, a população *per capita*, portanto, absolutamente dentro da visão constitucional, é fazer a distribuição *per capita* que fica mais ou menos fácil de se desenvolver na atenção básica. Na hora em que se entra em alta complexidade isto demanda investimento significativo, complexidade tecnológica, que não dá para acreditar facilmente inseminável pelo território nacional e a evolução disto é um pouco lenta. Acredito que os poderes legislativos terão papel crescente em disciplinar de forma legal os acordos e os acertos. Contudo, a não clareza disto é fator importante, porque desenvolvemos um sistema que é peculiar a este país. Um dos poucos países que tem claramente três esferas: político, administrativas autônomas, município de fato. As esferas política, administrativa e autônoma têm um compromisso com a Constituição, infelizmente nem sempre assimilável. O exemplo típico não são as pequenas cidades, de gente ignorante, o maior exemplo é a capital do Estado de São Paulo, em que o profetismo da ocasião achou que ele poderia estar fora do SUS e declarou que havia um sistema diferente. Toda uma campanha foi feita em cima disso. Quando, na verdade, o princípio constitucional diz que qualquer atividade pública das entidades de administração direta e indireta, fundacional ou autárquica compõem necessariamente o SUS. Para fazer essa negociação tem que ter um pouco de experiência e de evolução cultural, até para ver se as nossas elites dirigentes assumem definitivamente a clareza do compromisso ético-social que a Constituição propôs ao Brasil e aos brasileiros, ou seja, que é oferecer tudo para todos na medida das possibilidades.



Tive a oportunidade de falar no financiamento, isto não faz parte da nossa cultura, mas faz parte da nossa necessidade. Entretanto, não faz parte da nossa cultura de como agir para que se consiga isto com certa rapidez. Diria então que o sistema não está errado. Precisamos do esforço de todos os poderes, inclusive da sociedade organizada, forçando a montagem desse sistema que é complexo, mas que foi a alternativa constitucional estabelecida e não me parece equivocada, porque as decisões centralizadas e muito autônomas de alguns países, enquanto têm muita força (inclusive militar funciona bem), na hora que a expressão da força central perde o poder militar ou o domínio econômico o sistema implode. Esta visão de descentralização que o senhor pede e eu concordo, para ser uma coisa democrática dever-se-ia experimentar aos poucos, sendo controlada e corrigida. O senhor citou Carapicuíba e eu diria “é isso mesmo o que o senhor falou”. Entretanto, quando estudamos o caso percebemos que esse problema de saúde nesta região, por conta dessas questões, ganhou expressão muito maior por parte de todos. Há uma preocupação muito mais eficaz por parte do Estado e dos municípios vizinhos para entender e dar andamento. O senhor está me dando uma informação de que esteve lá recentemente e a coisa continua ruim. A informação que eu tinha é que houve um acordo bom e uma negociação satisfatória e a esperança de que entrasse em operação. Somos do Conselho de Saúde e essa foi a idéia que ficou presente, ou seja, de que seria posto em execução e seria acompanhado. Os senhores estão a par do que é bom saber, mas é um processo não impositivo, mas prefiro ficar com ele, deputado, porque acredito na hora de um amadurecimento maior na maneira de fazer, porque esse é um trabalho difícil, e sempre trabalhamos com muita verticalidade, mesmo quando estamos trabalhando no nível da própria esfera, desaprendemos a negociação e o entendimento. O poder legislativo sempre foi pouco valorizado e temos que fazer um esforço para dizer: “Não, isto é mais importante do que uma reunião na Secretaria e eu tenho que ir para a Assembléia Legislativa, porque lá tem representantes do povo.” Essa cultura não é usual e como não é usual não devemos modificar a estrutura, mas adaptar e nos esforçarmos

para mudar essa cultura. Esse é o meu pensamento a respeito. Vai demorar um pouco, mas se aprendermos a negociação, se aprendermos o trabalho dos poderes diferenciados, por exemplo, o Legislativo com o Executivo e o próprio Judiciário inclusive. Estamos vivendo um momento muito interessante, em que o Ministério Público surge no cenário. Ele parte do Poder Judiciário da Nação, e ainda não aprendemos a viver com ele. Às vezes ele abusa, nós às vezes não o respeitamos, mas quando entendermos que ele é fundamental vamos chegar num entendimento, nos apropriando de um conhecimento que precisa ser comum. Essa é a idéia básica dessas reuniões, o que facilita o entendimento, porque a realidade que assistimos com grande frequência é que os poderes nem sempre têm conhecimentos equivalentes. Uns têm muito numa área, outros têm muito noutras áreas, ou seja, quando sentam para discutir não entram num acordo porque falam coisas diferentes. Acredito que o sistema não está errado. Devemos manter a idéia de negociação permanente. Não é porque estou nesta Casa, mas o legislativo, na medida que faz esta reunião, na hora em que ele promove o debate, na hora que ele reúne lideranças, ele presta um serviço fantástico no amadurecimento da constituição deste sistema, que foi pensado plural e é multiinstitucional. Isso era difícil nesse país porque a gente trabalhava em linhas de mando militarizadas.

**SR. PEDRO TOBIAS** – Gostaria de anunciar a presença da Professora Heleninha Santos, Advogada Sanitarista da Unicamp. Seja bem-vinda e agradecemos sua presença.

Professor, morei na França, que é um país democrático, mas tem algumas áreas que não podemos ser muito negociadores, porque a população está morrendo e eu como médico sei muito bem disso e, hoje esse sistema de saúde chamado SUS eu chamo empurroterapia. Cada esfera empurra para uma outra e cada médico empurra um para o outro e o paciente está perdido. Precisamos encontrar onde estão os pontos positivos entre relacionamento e municipalização. Por exemplo, sou a favor do controle da municipalização. Procuro sempre citar o caso

da França, porque lá a fiscalização é toda municipal, mas o responsável pelo dinheiro é o governo central. Ou seja, quando a coisa é boa todo mundo quer ser o pai da criança, mas quando tem problema, a União manda falar com o Estado que por sua vez manda falar com o município e essa “música” estamos escutando faz tempo. Com a municipalização melhorou muito o controle nas cidades, mas a prefeitura ficou tão apertada que está sendo difícil cuidar da saúde.

**SR. JOÃO PALMA** – Vou aproveitar uma vez que ninguém estava inscrito, e tentar cumprir o papel de juntar os vários pedaços desse debate e colocar algumas coisas, só para situar, puxando a coisa mais para a gestão.

Os avanços do SUS colocados pelo Professor Seixas e pelo Deputado Pedro Tobias são inegáveis. Vejam o que ocorre nos municípios. Conseguimos levantar alguns dados que já são muito conhecidos e que precisam ser colocados. Em primeiro lugar, o gasto federal, pelos dados que a Fundação Seade nos apresentou, em termos relativos, caiu 30% em três/quatro anos, quer dizer, sempre se esconde o real significado, Por outro lado, dos dados dos municípios paulistas apenas 3% deles têm capacidade arrecadatória própria superior a 50% da sua capacidade de despesas, o que coloca uma questão interessante que é o papel do financiamento via União/Estado para esses municípios e do próprio processo de consórcios, e curiosamente o Estado de São Paulo lançou de forma muito menor do que no resto do país. Ou seja, 30% dos municípios no país estão consorciados de acordo com os dados fornecidos pelo Seade. Em São Paulo, temos apenas oito consórcios que respondem por uma parcela da população, significativamente pequena comparado com o todo. Os dados da Secretaria do Estado, que a Fundação Seade ajeitou, limpou e procura mostrar, refletem a despesa total do Estado: um gasto de cerca de 5,5% do orçamento contra dez por cento o que supõe o pessoal que milita na Saúde, Sem entrar no mérito do quanto, porque é um cálculo difícil de se fazer, sem dúvida há um certo congelamento nesse gasto estadual pelos dados oficiais da Fundação Seade, inclusive abaixo dos dados que a Assessoria do PT colocava.

Fizemos um cálculo de 7%, que caiu para 5%. A Seade recupera esse dado mostrando que na verdade há um certo congelamento nesse patamar.

Ora, uma vez que estamos discutindo a gestão, é preciso ver a gestão exatamente de quê. Que sistema que é esse? Parece-nos, com todos os dados levantados até agora, que caminhamos ainda para um modelo dicotômico, quer dizer, o grupo de RH nos mostrou isso, a força de trabalho dos trabalhadores da área, são um bom exemplo, porque parece uma ampulheta o nosso sistema de saúde. Quer dizer, temos um modelo basicamente composto de médicos, numa das pontas dessa ampulheta e por atendentes e auxiliares de enfermagem na outra ponta dessa mesma ampulheta. De nível superior, temos poucos profissionais de saúde incorporados. A quantidade vai caindo e praticamente não existe profissionais de nível médio e o pessoal de nível de primeiro grau, de nível técnico e auxiliares de enfermagem compõem a outra parte dessa ampulheta. Isto mostra o modelo de tensão que está posto hoje, situação que o grupo de recursos humanos percebeu com clareza, um modelo bipolar, ainda centrado na assistência médica, em que o médico e o auxiliar de enfermagem respondem por quase todas as assistências. Quer dizer, chama atenção esse fato e chama atenção também pelo dados da Seade a produção e o próprio financiamento dela que está muito centrado dentro da estrutura hospitalar com uma diminuição do setor contratado no período. Os dados mostram uma diminuição de quase 50% dos leitos contratados no Estado de São Paulo, o crescimento do setor filantrópico e uma certa estagnação de leitos, tanto na rede estadual quanto na rede municipal.

Ora, esse é um dos aspectos que precisamos ver, porque estamos querendo discutir a gestão, ou seja, a gestão de qual modelo de atenção e como isso se divide entre Município e Estado. Para não me alongar na conversa, estou colocando esses dados apenas para servir ao debate, ou seja, do ponto de vista da gestão, uma estrutura extremamente centralizada. Há muita dificuldade, porque existe vida inteligente no interior da Secretaria do Estado, muitas tentativas de experiências, o que muitas vezes se esvaem por força do modelo da centralização que está por

trás. Por exemplo, para consertar o telhado de um hospital é preciso pedir autorização, que, muitas vezes, são rigorosas para o Palácio do Governo.

Ao mesmo tempo que você tem um certo esvaziamento de recursos da rede, que está sob administração direta do Estado, com muitos hospitais (16% dos leitos entre os 85.000 leitos do Estado de São Paulo), uma parcela razoável está na administração direta, mesmo contando HCs e tal, os leitos que estão na administração direta não são desprezíveis. A administração direta está com os recursos muito enxugados. Os dados são bastante claros. A estagnação de recursos numa estrutura que não tem muita agilidade, nem capacidade de tocar os seus próprios projetos, ante uma outra situação existente. A palavra não é provocativa, mas de terceirização de gestão com recursos mais estáveis e por vezes em volumes superiores como é o caso dos hospitais que estão sob controle das organizações sociais, geridos por elas, e os próprios hospitais da administração indireta que se destacam, particularmente, por força do recurso que entra pelas fundações de apoio, podendo então pagar salários diferenciados. Portanto, esse contraste que se está criando na rede mostra, mais uma vez, e não vai nenhuma provocação nisso, um caminho único, como que para mostrar certa impossibilidade real. A administração direta do Estado caminha com salários extremamente baixos, com a diminuição inclusive do número de médicos e de profissionais, enfim, com a situação que todos nós conhecemos e não é preciso nos alongarmos, porque somos da área da saúde. O contraste é muito grande e relação aos hospitais com recursos mais estáveis. Não que estejam bem, porque esses recursos não são excessivos de forma alguma. Não são mesmo. Contudo, conseguem ter agilidade administrativa, capacidade de pagamento diferenciado de profissionais para mantê-los na rede, ou no caso das fundações a possibilidade de captação externa, muitas vezes até por mecanismos de discriminação social, que daria outro debate, que não é o do dia de hoje, mas que conseguem captar esses recursos, criando esses contrastes.

Portanto, nesse debate da gestão e municipalização os dados deveriam ser considerados, para não reduzirmos esse nosso debate na questão só do financiamento. Gostaria de resgatar o modelo de assistência, a necessidade das ações de não haver essa dicotomização entre município e Estado, onde o município fica com a versão básica e o Estado com as entidades filantrópicas e os poucos leitos municipais, enfim estou colocando tudo isso só para tentar dar uma contribuição para situar o debate.

**SR.**– Inicialmente gostaria de colocar o seguinte: alguns órgãos pensam que o Sindosp é contra o SUS ou a municipalização. Ao contrário, não somos nem contra o SUS nem contra a municipalização, somos a favor, somente temos outro ponto de vista. Trabalhamos mais na prática, do que com a filosofia ou dentro de normas. O que encontramos, na grande parte dos municípios, não é bem uma municipalização, mas uma prefeiturização, onde o prefeito tem o comando total do conselho municipal e faz o que bem entende com as verbas que lhe são destinadas. Via ministério quando é municipal ou via Estado quando é PAB. Em vez de ter uma parceria com as entidades que estão no município, sejam elas filantrópicas, sejam laboratórios lucrativos, não estou aqui colocando o problema lucrativo e filantrópico, e sim que a população tem que ser bem atendida, que atende o Proer do problema, mas tem que ser bem atendida. Pois bem, encontramos prefeitos ou os próprios secretários municipais fazerem parceria com o que existe no local, tipo Santas Casas que colaboram normalmente, fazendo seus próprios serviços, sem ter capacidade de resolução. Por exemplo, freqüentemente vemos nos PABs e mesmo nas plenas, a prefeitura abrindo quatro, cinco, seis, dez unidades, sem ter estrutura de atendimento, sem ter capacidade de fazer um Raio X ou mesmo uma sutura. E manda para quem? Para o hospital do seu município que extrapola o seu teto físico e financeiro, e depois não recebe.

Tenho a impressão que deveríamos estudar como podemos unir o interesse do município, o interesse das entidades. Não resta dúvida que quando a prefeitura

monta o hospital público, e temos alguns exemplos, sabemos muito bem. o custo sai várias vezes muito mais caro do que uma Santa Casa, ou seja, devemos estudar como se fazer um consórcio entre poder público e poder privado, seja lucrativo, seja filantrópico. Estava conversando com o deputado e sempre ficamos atentos para o modelo, porque ele já está determinado, como é feita a distribuição dos recursos. Pensou-se num valor *per capita* para cada munícipe e cada entidade passaria a receber esse valor, ficando responsável pelo atendimento daquele grupo de pessoas. É o que queria inicialmente colocar, para depois continuarmos a discussão.

**SR. PEDRO TOBIAS** – Na semana passada quando o Professor Abid esteve aqui, falou que quando se faz a lotação completa do Incor ou do Hospital das Clínicas, geralmente supera o teto e o SUS não paga. É o fim do mundo, porque é hospital público. Se amanhã o Hospital das Clínicas ou o Incor, e eles não querem, mas caso a lotação ficar abaixo do teto terão que trabalhar de graça. A sua colocação é muito importante e conheço bem o caso por causa da Santa Casa de Bauru, que é o único hospital da região. Quando o paciente chega para tirar Raio X — porque já estive na prefeitura, que não tem nenhum aparelho de Raio X, só que manda esse paciente para a Santa Casa — o teto já acabou e só poderá fazê-lo dentro de vinte dias. A Santa Casa envia para o promotor que com a liminar expedida pelo juiz autoriza o Raio X. E quem vai arcar com essa despesa? Esse problema que é a municipalização precisa ser visto, porque quem está pagando a conta é a Santa Casa. É obrigada a fazer o exame ou internação, porque senão gera omissão de socorro só que depois não recebe, porque ultrapassou o teto, que é um problema muito sério. Como você colocou muito bem, as prefeituras colocaram muitas unidades básicas. Por exemplo, na Cidade de Bauru que tem um grande pronto socorro não tem aparelho de Raio X. A retaguarda para esses casos é o hospital é tipo Santa Casa, ou hospital do Estado ou filantropia — que não tem e quando chega no final do mês é descontada por causa dos serviços que ela não

prestou. O que estamos discutindo, e o nosso trabalho nesse fórum não é para ver como tem que funcionar amanhã, se o executivo vai cumprir ou não, é o nosso trabalho como representantes da sociedade e vamos lutar para colocar na prática. Porque se todas às vezes que nos reunirmos para discutir o financiamento do PEC de Brasília, porque o financiamento não é só PEC, tem outras coisas e precisamos ver que o Executivo não tem condições, a longo prazo ... vamos fazer enfim o nosso trabalho que é reunir idéias do que for melhor. Dentro do que já existe, vamos melhorar um pouquinho.

**SR.** – Temos hoje duas situações, inclusive para fins de encaminhamento temos que tratá-las de forma distinta. Temos no Estado de São Paulo, 155 municípios que estão em sistema de gestão plena do sistema municipal, ou seja, todo dinheiro vai para o município. Temos 453 municípios que recebem apenas o PAB, e o restante, que são mais ou menos 600 municípios, ficou fora, inclusive a capital, cujos recursos foram repassados para o Estado. São duas situações diversas que precisam ser tratadas de forma distinta. Numa delas, evidentemente, que o Estado tem um poder maior de discussão e estamos tentando melhorar em nível estadual, que são aqueles municípios que só tem o PAB, os demais ficando a discussão somente no âmbito da Secretaria da Saúde não adianta. O ideal seria estar presente nessa reunião o representante dos secretários municipais de saúde. É uma idéia para encaminharmos para uma discussão, que também envolva os municípios, por meio das suas secretarias.

Temos percebido problemas sérios. Um deles é o do teto, que tem dado problema nos municípios que estão na gestão plena do sistema municipal. As prefeituras têm-se recusado a pagar ao prestador do serviço o que extrapola o teto. O outro problema é o das gestões do PAB, onde o Estado faz o controle. Temos tido dificuldade nessa apresentação de contas. O que acaba acontecendo é que parte dessas contas, naqueles meses em que existe uma diminuição de demanda — como o teto financeiro é fixo, quando chega no final do ano normalmente os



municípios do interior do Estado sofrem um decréscimo de demanda, — acaba sobrando um pouco de teto, as contas são apresentadas e pagas ,ou seja, são pagas uma parte das contas atrasadas, enfim nem todas as contas são pagas, gerando um prejuízo financeiro para prestadores de modo geral. Não estamos colocando o lucrativo ou o filantrópico ou mesmo as gestões de municípios, porque aquilo que o município presta continua sendo tratado como prestador, ou seja, no PAB o município que faz extra PAB é tratado como prestador e não como gestor do sistema, ou seja, é um gestor como outro qualquer.

Precisamos aprofundar essa discussão para encontrarmos um caminho e resolvermos de forma definitiva esse problema. Por exemplo, estamos trabalhando com o teto em base média histórica. Aos poucos a população aumenta, temos problema de sazonalidade, em alguns locais temos um acréscimo de atendimento e, em outras vezes até decréscimo, mas o que acaba acontecendo, e temos percebido na medida vai aumentando a demanda, evidentemente, é o aumento do prejuízo, porque o teto é fixo.

Precisamos criar algum tipo de mecanismo, que se não puder ser feito no âmbito estadual, pelo menos levar alguma proposta para Brasília, para tentar resolver esse problema de forma definitiva. Na hora das responsabilidades, ninguém quer pôr a mão na cumbuca. O governo do Estado diz que o problema é da União, que por sua vez diz que o problema é do Estado que está sendo o gestor daquelas contas. Inclusive já recebemos correspondência nesse sentido. Por outro lado, já percebemos, em casos extremos, alguns hospitais ingressaram na justiça para tentar receber essas contas. Houve um compromisso entre União/Estado, enfim não podemos aceitar essa situação dizendo que a responsabilidade é alheia. Na realidade, temos que encontrar um caminho para resolver isso, porque quando se fala em SUS se fala em parceria. Não me parece sadio que parceiros tenham que procurar a justiça para receber por serviços que prestaram, que foram autorizados por emissão de AIHs, que são autorizações de internações hospitalares. Isto é bastante complicado e, portanto, um ponto que gostaria que colocássemos em

debate. Como resolver esse problema do excedente do teto, como bem disse o nobre deputado.

Outra coisa que temos notado, e nesse ponto também gostaríamos que houvesse uma discussão, para saber qual é o tipo de encaminhamento que a própria Secretaria Estadual da Saúde tem dado, é que existe um gradual descredenciamento da rede privada lucrativa. Evidentemente, sabemos que a Constituição Federal estabelece uma preferência para a rede filantrópica, ou seja, primeiro a rede pública depois a filantrópica e, por último, a lucrativa que está na ponta da corda. As notícias chegam praticamente todos os meses, mostrando que existe um descredenciamento gradativo da rede lucrativa. Inclusive, recentemente, foi descredenciado o Hospital de São Roque, que é uma maternidade tradicional na região. Sabemos também de outros casos que ocorreram nos últimos meses do ano passado. Gostaríamos de saber se realmente é uma política que vai ser dada prioridade, porque não podemos esquecer que esses também são parceiros e, se essa for a política, que seja clara para que o empresário da área da saúde, no caso, os lucrativos, também possa ter tempo hábil e suficiente para saber o que fazer da vida, após o descredenciamento. Não podemos esquecer que o SUS hoje está no Brasil montado em cima da rede privada, seja filantrópica ou não. A rede pública responde por uma parcela relativamente pequena da prestação de serviços em relação à privada. Se os hospitais são parceiros, também precisam ter uma satisfação com certa antecedência sobre o descredenciamento do seu hospital, se é econômico ou não se a prioridade vai ser dada à rede filantrópica ou à rede pública. Esse parceiro deveria ser informado com uma antecedência maior do que está acontecendo, porque os contratos estão chegando ao término de vigência, os parceiros estão aguardando a renovação desses contratos que não está ocorrendo e estão sendo descredenciados. O hospital acaba tendo que fechar, porque sem financiamento ninguém consegue sobreviver e não existe tempo hábil para redirecionar esse leitos para clientes particulares ou medicina de grupo ou outra utilização. Obrigado.

**SR. PEDRO TOBIAS** – Vamos definir a nossa discussão na municipalização, na injeção municipal. Na questão do credenciamento e descredenciamento, tenho conhecimento que a maioria dos hospitais tiveram problemas. O poder público precisa fiscalizar também esses hospitais, porque o que estou sabendo é que a conduta não é a melhor. Sabemos que o médico e os hospitais têm “cheque em branco” e o poder público não faz mais do que a sua obrigação fiscalizar, porque sem dúvida nenhuma a maioria desses hospitais pertence a gente de bem, que não quer fazer falcatruas, mas alguns fazem. Se o poder público fechou alguns hospitais, o fez tarde, porque desviaram muito dinheiro público.

**SR.**– Quero deixar claro que não estou defendendo ninguém que esteja fazendo coisa errada, seja filantrópica, seja lucrativa ou seja público. Evidentemente, abusos devem ser corrigidos, coibidos ou até o descredenciamento se for o caso. De qualquer maneira, é preciso abordar essa situação, porque está intimamente ligado, quando se fala de municipalização e estamos falando, justamente, duma rede, seja municipalizada de forma plena ou não, de prestação de serviços.

**SR.**– Essa discussão é bastante complexa, principalmente para mim no nível de conhecimento que tenho e, fundamentalmente, na posição que defendo esse sistema de saúde, ou seja, o SUS, na condição de usuário. Tive oportunidade, algumas vezes, de dizer nas reuniões plenárias do Conselho Estadual de Saúde, que durante muitos anos da minha vida ligada às lutas populares, políticas e assim por diante, uma das tarefas mais difíceis que eu recebi e estou exercendo é a chamada representação do usuário, principalmente dentro do sistema de saúde. Ao abraçar o SUS, que defendo com toda a minha energia que ainda possuo, baseio-me no texto constitucional, que é o SUS – Sistema Único de Saúde constitucional, para os Estados que adotaram os princípios do SUS constitucional e para os

municípios. Se nós estamos numa casa legislativa que também contribuiu para esse sistema por meio da discussão e aprovação de uma lei que podemos chamar Lei Orgânica da Saúde no Estado de São Paulo, que é o Código Estadual de Saúde, que complementa o SUS e que foi discutido, aprovado com quatro vetos que foram transformados em lei e sancionados pelo governo do Estado, ou seja, dentro de toda uma estrutura constitucional, ela não separa de maneira arbitrária o público, o filantrópico e o privado. Ela define lendo com cuidado a Lei n.8.080. Encontraremos o papel de cada uma dessas representações: público, filantrópico e privado. A lei não fecha as portas. As condutas são outras questões. Tem o bom, tem o razoável e tem o péssimo negociante. Infelizmente temos encontrado por aí pessoas, entidades, tanto pessoas físicas ou jurídicas, de comportamento pouco recomendado, principalmente quando lida com a coisa pública, claramente quando lida com o dinheiro público.

Portanto, ao tomar essas posições, é obrigação do poder público, no caso quando o Sidorsp, por meio de sua representação, principalmente na pessoa do seu presidente faz denúncias, esclarecê-las para que não se tornem injustiças do privilégio. É preciso que fique claro, principalmente para nós usuários e contribuintes. Entretanto, entendo como usuário que sou e não tenho condições de aprofundamento técnico numa questão tão importante como essa, mas defino que a iniciativa privada tem o seu papel defendido na constituição. Não é proibido a ninguém montar um belíssimo hospital, permita-me a expressão, “até mesmo com letras de ouro,” enfim, ninguém é proibido, é preciso ter quem vá lá gastar o dinheiro, procurar essa unidade nessas condições. A Constituição garante, como garante os filantrópicos, que têm papel importante na história da saúde do Brasil. Existe uma série de considerações, mas, fundamentalmente, não podemos esconder o papel que essas entidades têm prestado ao país. Muitas vezes em determinados municípios não existe consultório particular de um médico, mas tem pequeníssimas Santas Casas, ou algum trabalho ligado a esse princípio filantrópico. Lógico que muitas vezes a filantropia deixa de ser filantropia para ser esperteza,

mas não vamos partir desse princípio como centro da questão, mas devemos partir do princípio da seriedade, honestidade e da lei. Vamos cumprir e fazer cumprir a lei. Essa é a questão como eu vejo. Não estou revidando ou contradizendo as opiniões, mas apenas fazendo uma troca de opiniões, fundamentalmente naquelas que defendo com todo esforço, que são as leis do SUS. Temos o SUS em nível nacional que é constitucional, na Constituição do Estado e nas leis orgânicas dos municípios.

Essa casa tem papel importante, principalmente para cumprir e fazer cumprir a lei, por isso que esse Fórum Século 21, promovido pela Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo, vai ter um papel importante. Em vez de partirmos para reivindicações específicas e acontecidas não numa boa administração ou até às vezes com algumas infrações, nesse momento, temos que partir para defesa do sistema de saúde, que sofre as maiores ofensivas e até retrocesso. Esse é o nosso papel, antes de qualquer coisa, porque a Constituição, e repito pela terceira vez, está lá, consignando direito de tudo e de todos, inclusive o meu de usuário. Na questão da assistência à saúde nos municípios, e gostaria de dar um exemplo prático. Estivemos, há pouco, no município de Carapicuíba, e foi muito triste o que vimos lá. Primeiro, não sei do fundo de verdade, o que é que está existindo. Médicos estão em greve há cinco meses. Por quê? Diminuiu? Aumentou? Houve uma suspensão para conversar? Mas são cinco meses em greve. Os trabalhadores também estão em greve. Unidades básicas daquele município foram fechadas e os trabalhos foram suspensos. Hospitais também deixaram de funcionar. Afinal quem é o responsável? Quem é o Herodes da questão? É o prefeito? É possível que seja. Como ficam os trabalhadores dessa cidade, que são prejudicados, sem dinheiro, sem receber salários e foram à greve. Inicialmente os médicos e subsequentemente os outros trabalhadores do município, não só da saúde, mas de modo geral. Neste caso, qual o papel do Estado? Será que lavou as mãos? Na minha opinião, o Estado tem uma seríssima responsabilidade, porque tem uma estrutura administrativa pela Secretaria do Estado da Saúde, na prestação de serviço público. Quer dizer, nesse desdobramento administrativo a Secretaria de Estado, as duas

coordenações de saúde da Grande São Paulo e do interior e depois se desdobra para as DIR, que são direções regionais. O caso de Carapicuíba é apenas um exemplo. O mesmo problema poderá acontecer em outros municípios, em maior ou menor gravidade. Qual é o papel do Estado? O que está fazendo essa DIR? Eu protesto veementemente. Sinto vergonha do Estado em não tomar uma posição, não intervencionista por causa de um prefeito bandido, mas por seus atos. Foi eleito e perante um processo vai responder à própria população a sua atuação. E o Estado perante a DIR? Essa DIR tem uma circunscrição e qual é o papel dessa DIR? Portanto, essas questões têm que ser aprofundadas senão fica naquilo que o Deputado Pedro Tobias, Presidente da Comissão de Saúde da Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo falou: é uma questão política. Se entra um político, no caso prefeitos, com idéias do SUS ele implanta, depois vem outro prefeito com idéias diferentes e resolve montar um PAS. Por exemplo, montaram um PAS na cidade de São Paulo e não está fácil acabar com isso. Essas contradições acabam nisso que estamos vendo.

Para finalizar, repito as dificuldades que o usuário tem. Quem quiser saber o que é saúde pública inclusive, privada não discuto, porque não entro num hospital privado, apesar que muitas vezes entro a serviço, e só uso exclusivamente serviço público de saúde, que vá ao hospital do Mandaqui ou qualquer outro hospital da rede. Uns quatro ou cinco hospitais podem ser exceção, mas a maioria é esmagadora. Passem à meia noite, a uma hora da manhã nesses hospitais para sentir o drama terrível como é tratado o cidadão. Muitas vezes tenho dito, a vida de um mendigo é vida, as condições sociais, as condições econômicas são outras. É de miséria. A vida do Antônio Ermírio de Moraes é vida também. Na hora de ajustar as contas, lá em cima, não é preciso saber se ele é podre de rico, ou se é podre de pobre. E o sistema de saúde para essa gente, como funciona por aí afora? São as unidades básicas, e assim por diante. E as chamadas “medicina preventiva”, como estão por aí? E, para finalizar, dentro desse contexto me causa estranheza e confusão na cabeça, membros do Conselho Estadual de Saúde, participantes dos

movimentos populares da cidade e do Estado de São Paulo, participantes de algumas conferências internacionais em nome dos usuários de São Paulo e assim por diante, todos os eventos de São Paulo que estamos sempre participando, não posso entender que o Estado crie para si um programa específico. Na região onde moro, que é a zona norte, existem quarenta e duas unidades básicas presentes e o responsável por essa situação da grande São Paulo, está aqui presente, que é o coordenador. Seis funcionam como um programa de vitrine e o restante está lá, quando não estão sucateadas ou semi-sucateadas, funcionando como uma velhinha no final da vida, que está apagando. Qual é a política existente? Esse programa tem um nome e não se chama SUS, ele se chama QUALIS. No município de São Paulo tem outro programa que agora mudou um pouco, porque foi maquiado e recebeu um reforço muito importante da prefeitura, que é dinheiro, uma verba superior a quatrocentos milhões para o ano 2000. Que confusão é essa? Como é que um usuário, membro de um conselho estadual de saúde, que briga pelo controle social, para que se cumpra e faça cumprir a lei, briga pelas leis, inclusive aprovadas por esta Assembléia Legislativa, e os municípios fazem isso?! Qual é o exemplo que estão dando aos municípios? Soube outro dia que numa das reuniões, um município, que não lembro o nome agora, foi destacado pelo programa QUALIS. E os outros municípios como ficam? Tenho a impressão que isso precisa mudar. O comandante nacional do SUS e do Ministério da Saúde na representação do SR. Ministro, comandante estadual do SUS, Secretaria do Estado da Saúde na pessoa do SR. Secretário de Estado da Saúde, em igual condições os municípios e, dentro disso está inserido os poderes legislativos e quando necessário judiciário e o Ministério Público desde que hajam transgressões ao que está na lei, a lei maior até aos municípios, como é que vamos ficar? Estou falando tudo isso pela minha responsabilidade pessoal como usuário, como estudioso que sou do SUS. Ainda hoje de madrugada li o regimento interno do Conselho Municipal de Saúde, que foi tirado na última conferência ocorrida na cidade de São Paulo. Li todo o regimento

interno, porque o conselho deverá discuti-lo no próximo dia 17, na reunião do conselho.

Portanto, podemos ver as contradições que existem de desrespeito à lei, eu chamo isso de desrespeito à lei. Combato com unhas e dentes o PAS de São Paulo mas combato com tranqüilidade, combato com consciência. O PAS tem o seu programa, permitam-me a expressão da crítica, é um programa de vitrine e se nós não tomarmos cuidado, ele vai ser um programa de eleição para os palanques eleitores apresentaram essa idéia. Por quê? Porque o programa saúde/família não precisa ter privilégios e nem precisa ter grandes personagens para executá-lo. Precisa apenas ser colocado em prática o SUS, respeitar o SUS e fundamentalmente desenvolver o total respeito a autonomia aos municípios e fazer com que o programa de médico x família — porque há uma experiência em âmbito nacional, inclusive no Estado de São Paulo, de desenvolvimento sem essa vitrine — e outros programas que ferem um princípio fundamental que é o da universalização ... Essa é a minha opinião como usuário e gostaria de ver problemas como os de Carapicuíba, de Jundiaí e tantos outros, inclusive da própria cidade de São Paulo, resolvidos. Quem quiser que visite, os hospitais à noite, de madrugada, os pronto-socorros e vá visitar também as unidades. Outro dia fui visitar uma unidade e chegando lá encontrei a seguinte advertência: Senhoras mães: “Tragam água para os filhos, porque o nosso bebedouro está quebrado.” Ou seja, cerca de cinquenta crianças que passam por ali com as respectivas mães precisam trazer água, porque o bebedouro da unidade básica, onde dá vacina, onde faz atendimento à mulher, muitas vezes em caráter preventivo e tantos outros atendimentos, estava quebrado. Portanto, esse é o quadro que o serviço público deixa chegar e daí cria-se efetivamente toda uma possibilidade de se inverter o serviço público de permitir porteiros ou portas abertas para a penetração da privatização. Obrigado.

**SR. PEDRO TOBIAS** – Gostaria de anunciar a presença do nobre Deputado Jamil Murad e também da Maria do Sindicato da Saúde.



**SR. JOSÉ CARLOS SEIXAS** – Primeiramente gostaria de fazer alguns reparos sobre algumas coisas que foram faladas e se supõe certo desconhecimento. Na realidade, a relação empregatícia e a remuneração no serviço público, e eu também não estou contente porque sou funcionário público, também não está estagnada. No serviço médico, por exemplo, o aumento é significativo, ou seja, atendeu-se uma das pontas importantes da ampulheta. A rigor, dentro do setor saúde e do quadro do pessoal da saúde houve expressivos aumentos de todas as categorias.

Como todos sabem, na realidade algo dificulta a saúde e essa casa andou estudando isso para verificar a possibilidade de acerto. Temos algumas categorias que estão fora do quadro do setor saúde que não se beneficia das vantagens do próprio setor, mas não se beneficia, muitas vezes, de incentivos e tem referências salariais não ajustáveis.

Gostaria de considerar alguns aspectos dentre os que foram falados, inclusive do teto. O teto está ligado a outra comissão que é financiamento. Não tem possibilidade de resolver teto sem modificar as condições básicas de financiamento do setor saúde neste país. Disse outro dia na comissão e volto a repetir: Estamos com um financiamento do setor abaixo da capacidade operativa e não estou fazendo referências às necessidades da população. A necessidade da população é muito maior do que a capacidade operativa, e não estamos conseguindo financiar a plena capacidade operativa do setor. Por que é importante chamar a atenção disso? Na hora que não tenho recursos e isto é verdade? Ou é verdade ou nós somos uma cambada de idiotas que estamos lutando pela APEC. O que é a APEC? A APEC na realidade são duas coisas. Não é só vínculo do recurso público, contribuições e impostos ao setor saúde. É vínculo e aumento. São dois passos simultâneos, em que a nação, por meio da Câmara dos Deputados, acordou e aprovou. Supondo que não tenha aprovado o que foi feito, é reconhecido que tenho déficit sem o qual é impossível chegar a um bom equacionamento. Este é um problema básico central. O outro problema, que vale para o setor público e setor privado e que não se usa o

teto, para não se cumprir as mínimas obrigações de natureza ética que o setor exige. Isto é uma questão fundamental e não é coisa do momento. Não são circunstâncias atuais. É histórico. O setor diferente da fábrica de sapato, de lingerie, de louças e outras coisas, não tem uma relação direta entre a produção e a necessidade à medida que eu tenho dificuldade, interrompo a produção. Nunca foi assim. Não pode ser assim e não tem país que aja assim. Existe uma relação onde o teto é impossível de ser estabelecido no momento, num patamar equilibrado. Para isso é preciso uma luta conjunta, para mudar as condições da distribuição da receita nacional, pública e privada para o setor saúde. Uma coisa precisa ficar bem clara, é melhor dar teto do que não dar nada. Porque na carência se não der o teto aí vem o caos. Ou o privilégio escabroso de vantagens de alguns e total miséria de outros. A exigência do teto é fundamental sabendo que ele vai constranger o setor público e privado. Há um desempenho fora dos limites financeiros previstos para o desempenho da função. Se não ficar claro... e é preciso ficar claríssimo, porque é um compromisso ético e quem não gostar disso ou tem que sair da vida pública ou tem que sair do setor da iniciativa privada que operam esse setor.

Quando entramos numa situação de penúria e de penúria permanente, num curtíssimo prazo isso não tem solução, e temos que pensar realmente com muita seriedade o problema da gestão que não pega apenas o aspecto financeiro. Na minha opinião, algumas coisas precisariam ser um pouco exploradas para ver se encontramos melhores caminhos. Primeiro, profissionalização. O setor precisa seriamente se profissionalizar em dois campos fundamentais. Um é o gerencial propriamente dito, a capacidade de propiciar apoio logístico apropriado no momento oportuno que o setor exige. Se eu continuar, tanto no setor público quanto no setor privado, fazendo mudanças permanentes e colocando pessoas despreparadas, sob o ponto de vista da ética do setor e da tecnologia, e hoje disponíveis para gerência do setor, vamos ter dificuldades acrescidas àquelas de falta de teto e necessidade de atendimento fora do teto. Portanto, a profissionalização é fundamental e a capacidade de gerência com estabilidade. Vejam, estou falando em estabilidade que

hoje em dia é uma palavra mal sã, mas é condição essencial para o funcionamento, especialmente num setor de grande complexidade como é o setor saúde. Preciso profissionalização que passa pela estabilização do setor.

A segunda coisa fundamental, é o desenvolvimento de auditorias, que é o controle profissional. Estou ainda dentro do item profissionalização. Controles profissionais permanentes diferenciados, de instâncias diversas, se exercendo no âmbito do setor. Isto é válido para o setor saúde público, o SUS, e inclusive para o setor privado. Se quisermos ter medicinas complementares minimamente dignificantes e eficientes, na área da medicina de grupo, seguro saúde e companhias devemos estabelecer nesse país uma profissionalização, no âmbito da auditoria médica hospitalar profissional, séria e capaz ou não vamos ter isto nem no setor público, SUS, nem fora do SUS, por um simples problema, ou seja, o produto do setor econômico da saúde que é comercializado, distribuído, usufruído é um produto abstrato. Não se estoca. Eu não estoco cirurgias cardíacas, apendicites, consultas médicas etc. Só um sistema competente de auditoria substitui os controles físicos típicos de produção de pneu, lingerie e companhia limitada. Isto é uma coisa fundamental.

Outra coisa dentro da gestão, que nós precisamos fazer um esforço de institucionalizar e desenvolver, é a gestão colegiada. A profissionalização é o primeiro item, e a segunda questão é um colegiado com participação menos personalizada, porque não estamos trabalhando numa esfera técnica e econômica precisa. Parto do princípio que tenho déficits e este é um setor que até mudar PECs e companhia é um setor falido por princípios. E se é falido por princípios então eu digo: deixe morrer. É a alternativa de economicismos que existem por aí. Se esta é a alternativa, muito bem. Só que esta não é a ética que eu defendo e que eu acredito que exista na história e na cultura do Brasil. Não é assim. Se não tenho, tenho que inventar e tenho que fazer. Tenho que procurar fazer.

Nesta coisa é preciso descobrir mais meios de fazer. Temos que descobrir alternativas. Não podemos partidarizar, e entendam partidarização como uma coisa

mais séria do que simplesmente o partido no poder com os seus asseclas, depois saem esses e entram todos os asseclas de outro partido. Não é só isso. Não posso partidizar, particularizar as soluções sem encontrá-las num setor com essas características. É preciso apelar para uma visão colegiada de administração que infelizmente não faz parte da nossa cultura e é uma dificuldade adicional, ou seja, a dificuldade existe, mas não quer dizer que não podemos fazer, temos que enfrentar essas dificuldades.

A terceira coisa que me parece fundamental, nesta visão de déficits permanentes, é tentar recuperar, e já estamos na fase da recuperação, e colocar em funcionamento a chamada participação social prevista na nossa Constituição, que infelizmente ficou limitada na prática. Posso dar o significado que eu quiser às palavras, desde que explique. Controle social é ação de verificação se o que foi feito foi cumprido ou não e propor medidas corretivas. Isto é controle. Só que a Constituição não pediu só isso. Pediu especialmente, no setor saúde, uma participação social. É uma contribuição. É uma agregação. Isto supõe um conjunto de medidas de natureza política organizacionais que leve até a população poder pressionar com mais tranqüilidade a formulação ou não de uma APEC consensuada no Brasil, porque estamos novamente brigando nas lideranças para ver se elas fazem uma concessão de tentar cumprir as preliminares da Constituição, quando não devia ser assim. Devia ter medo da não aprovação da APEC e por quê? Porque, evidentemente, nós não soubemos fazer adequadamente e precisamos desenvolver uma capacidade de participação social para que mais do que controlar sejamos capazes de intervir e modificar.

Estes três itens precisam ser levados no âmbito da nossa gestão que necessariamente já está definida. É basicamente municipal. Se houver esses três itens, ela se associa necessariamente ao Estado e ao governo federal. Por outro lado, existe uma vertente adicional dentro do colegiado de participação que é a regionalização. Somos um país ainda carente de investimentos em tecnologia, principalmente em recursos humanos. Se não aprofundarmos essa temática da

regionalização que articule recursos disponíveis para dar a ele maior rendimento, vai ficar muito ruim. Ou seja, existe redução de credenciamento? Por princípio, é preciso aproveitar o que tem disponível para oferecer à população, aquilo que ela precisa. Não existe nenhuma disposição de reduzir a participação da iniciativa privada. Existe uma carência objetiva, que nos obriga a pensar, que na carência dos recursos hoje disponíveis, se eu tenho capacidade operativa, tenho que dar pleno funcionamento à minha capacidade operativa, antes de ficar dando plena capacidade operativa de conveniados. E lucrativos em primeiro lugar. Por quê? Por uma questão de decência, porque não existe mal nem pecado ser lucrativo, mas é evidente que a partir do momento que eu faço um serviço, produzo algum serviço ou bem, tenho que retirar dele o retorno do capital e do custeio e mais o lucro. Esse serviço para mim é menos conveniente daquele que necessariamente não precisa associar ao retorno do capital e do custeio uma margem de ganho, que é absolutamente legítimo e inclusive legítimo no setor saúde e não sou eu que estou dizendo, é a própria Constituição que diz. Mas é questão de oportunidade, ou seja, se tiver que cortar, corto naquele que me dá menos despesas.

Tem gente que diz assim: “De repente vocês estão fazendo um omelete e acham que a iniciativa privada pode ajudar os serviços públicos a se desenvolverem”. Se existir clareza onde estão os pontos de estrangulamento e se souber que estão faltando recursos básicos — o que pode estar na luta pela APEC, hospitais de fins lucrativos sérios, hospitais filantrópicos e do Estado, — deve dar um melhor equacionamento no pleno funcionamento do sistema.

Para finalizar, peço que me desculpem, mas realmente não consigo deixar de dizer, que sinto um pouco como provocação a insinuação de que o governo do Estado, esse ao qual eu pertencço e do qual muito me orgulho, esteja privatizando, porque estão aí os dados. Tem menos hospitais contratados na iniciativa privada, e nunca teve tão pouco, não por questão ideológica, mas por questão objetiva. Nunca se investiu tanto em saúde. Repito, nunca se investiu tanto em saúde para a criação de infra-estrutura básica, especialmente na capital, como neste governo. Vejam,

existe diferença entre privatizar e investir e depois tentar um sistema de parceria com a iniciativa privada, não lucrativa, que aceitou os condicionamentos desta casa de não deixar que entre na concorrência e na disputa da clientela eventualmente pagante por seguro ou conta própria. Há um esforço muito grande em investir no setor público, no setor público do Estado e no setor público inclusive municipal. Por outro lado, nunca se investiu também na iniciativa privada do setor saúde filantrópico. As Santas Casas foram beneficiadas ao longo deste governo, mais do que em qualquer outro governo, com critérios geralmente negociáveis, com as coordenações e, agora, à medida que se assume a gestão plena tem-se negociado muito. Outro dia, parceiros desta casa, nos consultaram para fazermos um esforço de credenciamento de um hospital filantrópico, no atendimento cardiológico de ponta, de acordo com os gestores municipais.

Portanto, existe grande esforço de fortalecer e diga-se, de passagem, qual é a visão? A visão é de que esse setor, pela suas peculiaridades, tem que ter a presença do Estado de maneira não só reguladora fiscal, mas reguladora concorrencial. Se o Estado se omitir da participação desse setor no processo produtivo dificilmente conseguirá promover a regulação produtiva com senso ético, pela natureza da produção do serviço. Portanto, a presença se faz, e não seríamos nós, pelo menos nesse governo, que iríamos desestatizar totalmente o setor, ao contrário. Ao mesmo tempo que tem uma série de desestatização em outros setores produtivos dentro do Estado, este setor foi beneficiado por investimentos. E digo mais, ainda, numa primeira etapa na carência, e aí eu sei que a crítica de vocês tem alguma veracidade prática, a rede, por exemplo, esteve carente de recursos humanos para operar a contento, mas não é verdade que continue assim, ao contrário. Outro dia fiz uma reunião de recepção de mais de seiscentos médicos. Não se conta na história admissões desse volume dentro do Estado. E para quem era? Para a rede de unidades de saúde da capital.

Finalmente, não existe programa especial de vitrine. Existe programa de experiência e de amadurecimento de uma prática que não era prevista, como do

Estado. Não tinha passado de experiência do Estado, porque o Estado nunca desenvolveu programa de médicos de família, coagentes comunitários, porque isso sempre foi uma proposição feita para os níveis municipais desenvolver. Portanto, a primeira coisa foi: entramos ou não entramos nisso na capital, diante de uma capital cujo poder político se declarava à margem do setor saúde. Fizemos isto experimentalmente, chamamos gente capacitada, experimentada, crítica, — pelo menos na nossa cabeça eram esses os critérios que orientavam fazer experiências pilotos de programas de saúde da família e agentes comunitários. Tende-se a acabar com as experiências especiais e expandir-se num processo que acredito acompanhe o da municipalização. Havendo municipalização da prefeitura, muito provavelmente será fácil transferir e sair das condições de excepcionalidade das experiências iniciais que foram o QUALI da Fundação Zerbini e de o Itaquera. Não sei se respondi, mas pode até ter resultados diferentes do esperado. A intenção foi essa e a razão de ter entrado nessa linha foi porque estávamos numa ação de obstaculização que só recentemente está mais ou menos resolvido, porque nem o recurso federal vinha para esse tipo de ação no Estado. Só recentemente, até por conta da experiência paulista, é que passou a ser possível a nível do SUS. Obrigado.

**SR.**– Queria aproveitar essa discussão para falar o seguinte. Um ponto em que se ousou muito pouco na discussão da gestão do SUS no que diz respeito a financiamento é na questão da produção de serviço, e também no resultado para relacionar com o financiamento, ou seja, essa é uma questão que precisamos estimular um pouco. Podemos pegar o exemplo da tuberculose, que está pagando o paciente curado. Precisamos explorar essa questão, quando discutimos gestão e municipalização. Referente ao que o Seixas levantou, na questão da profissionalização do colegiado e da participação social, porque são pontos fundamentais para pensar na discussão da gestão do sistema, ou seja, constitucionalmente os municípios deveriam estar trabalhando com pronto

atendimento. Só que se altera a partir da Constituição. Na concepção do sistema único, as grandes bases do sistema que é a universalização, o sistema como um todo e no papel do nível federal e do nível estadual, na concepção do novo modelo, fizemos pouco e tudo isso se integra nesses pontos que foram levantados.

Por exemplo, quando fico pensando na participação social, é uma questão de construir identidade do sistema com os próprios servidores e funcionários que participam dele e não foi feito. O que diferencia trabalhar na fábrica de lingerie ou trabalhar no sistema único de saúde? Não discutimos nem construímos essa diferença e eles são aquelas pessoas que vão atender à meia noite ou uma hora da manhã. Discutir esses pontos que são básicos para que possamos elaborar uma proposta para a gestão só que é preciso efetivamente, a nível estadual ou a nível federal se incumbirem desse espaço, trabalhar para encontrar a hegemonia da discussão que é basicamente da falta da fila, para discutir o que é o sistema único de saúde além dessas grandes questões. O que muda tudo isso? O que ele é diferente do PAS? Esses pontos deveriam fazer parte de uma disposição de trabalhar efetivamente a comunidade pensando também naqueles que participam da prestação. Obrigado.

**SR. JAMIL MURAD** – Gostaria de cumprimentar todos os participantes desta reunião e ao mesmo tempo falar que estou acentuando a minha conduta de discutir apenas problema do dinheiro, porque de alguns anos para cá nos colocaram uma camisa de força e o governante fica no seguinte julgamento: se deu ou não o dinheiro, ele justifica que o dinheiro é curto e tudo mais. Não. O governante é responsável pela situação de saúde da população. O dinheiro é uma parte. Com o dinheiro que existe no Estado de São Paulo e que é aprovado nesta casa, com o correr do tempo, e não depende do governo federal, só do governo estadual, surgem os cortes, as limitações, porque o problema é político. Os que estão no poder não querem garantir saúde; o problema não é que não querem garantir o dinheiro; não querem é garantir saúde. Estão deixando a população pegar



leishmaniose visceral, que é gravíssimo; estão deixando a população ficar com dengue, e começa a chegar a dengue hemorrágica; estão deixando a população ter leptospirose aos montes, mesmo aqui em São Paulo, e também a hepatite. Inclusive, gostaria de lembrar que foi nesse governo que precisou morrer dezenas de pessoas para reconhecer que tinha que tomar atitudes contra a epidemia de sarampo. Ora, conhecimento não faltava porque temos a USP, temos a Faculdade de Saúde Pública da USP, tem intelectuais que conhecem o problema, tem instituições que analisavam o problema. Quando pegamos os dados, verificamos que havia diminuído a vacinação contra várias doenças e por acaso foi o sarampo que estourou. A nossa saúde está mal cuidada e quem é o responsável é o governo do Estado na parte que lhe compete.

Aconteceu com a saúde do município o mesmo que aconteceu com os perueiros. Um prefeito irresponsável, na minha avaliação, setores do governo estadual usavam o PAS para fazer campanha contra o prefeito e ele o merecia; portanto, essa guerra contra o PAS deu folga para o governo estadual, quando, na verdade, os dois eram responsáveis por São Paulo. Ou a população de São Paulo não pertence ao Estado de São Paulo? Inclusive vacinação que dependia do governo estadual. É muito simples querer apenas que os setores progressistas do nosso Estado e do nosso país fiquem indo para Brasília porque nunca negamos o nosso comparecimento; inclusive estivemos lá com todos os senhores que se encontram presentes neste fórum para pedir dinheiro, para aprovar a PEC, mas discutir só sobre o funil da APEC, no meu entendimento, acaba dando folga para os setores responsáveis pela situação em que nos encontramos. Se há alguém que pode ter voz ativa é o governo do Estado de São Paulo junto ao governo federal, junto ao Senado, enfim, junto aos poderes políticos de Brasília, para aprovarem tudo isso.

Estão nesta casa duas propostas de PEC aguardando para ser votadas, ou seja, podemos votar aqui também. É fácil ficar imaginando que o Senado não quer votar quando, na verdade, o Estado corta as verbas e impõe tetos como ao Hospital

Universitário, alegando não ser lucrativo, não tem superfaturamento, o que significa: pagamos mal, mas ainda vai atender uma parcela da população de graça e, portanto, o pagamento é pior ainda. Se os índices já são baixos e quando impõem aos hospitais públicos, privados, filantrópicos não atender com os tetos, quem tem espírito mais empresarial acaba não atendendo e o prejuízo é menor. Os filantrópicos e os universitários acabam tendo prejuízo maior ainda porque não têm escapatória e acabam atendendo, não vão receber e quando recebem o valor ficou menor, ou rebaixado.

Sobre o controle social não sei qual é o peso do Conselho Estadual de Saúde na saúde do Estado e poderíamos também fazer uma discussão para falar sobre esse peso, inclusive esse programa de médico da família. Qual é a situação? Como isso é gasto? Qual é o controle sobre isto? Não estou contra o médico de família, só que é a mesma lógica de ir colocando na mão de instituições que vão ficando fora do controle social. Isso é fortalecer ou negar o SUS? Na minha opinião é negar o SUS, é enfraquecê-lo, porque está fora do controle social.

Gostaria de dizer que não se deve partidizar a saúde, como bem disse o professor Seixas, e assim o próprio governo do Estado poderia diversificar um pouco e não só chamar tucano para ser secretário, secretário adjunto etc. Obrigado.

**SRA. ANINHA** – O que me chama atenção na Lei Orgânica da Saúde há dez anos e há doze anos com o Sistema Único de Saúde, e continua sendo o centro das atenções do SUS, é a discussão dos recursos, e quando discutimos recursos giramos sempre em torno de quem é quem faz a arrecadação centralizada é o Ministério da Saúde, o que acaba centrando sempre no Ministério da Saúde, como se o SUS como um todo fosse apenas essa divisão de recursos e o Ministério da Saúde fosse o único que define as políticas de saúde para o país inteiro. Por outro lado, nunca escutamos uma coisa que está na Lei Orgânica da Saúde e está muito bem colocada no código de São Paulo, que é a questão do planejamento. Não ouvimos falar em planejamento na área da saúde. Não se fala em planejamento,

não se fala em plano de saúde, que é uma mera peça para cumprir uma formalidade no repasse dos recursos da União entre estados e municípios. Não é discutido com a seriedade que deveria ser, com a seriedade que deveria ser colocada na lei, porque o plano de saúde é a base de todas as atividades desenvolvidas nos municípios, nos estados e nas regiões. Esse planejamento é ascendente, é local, é regional, é estadual para ser nacional. Ele não nasce nacional. Tem que começar do local para depois ser feita a compatibilização de todas as necessidades do Estado para depois ser discutida essa parte da repartição dos recursos.

Também me choca continuar ouvindo se o hospital público tiver que funcionar plenamente com toda a sua capacidade, uma vez que foi criado para atender 400 leitos e se usar toda essa capacidade vai acabar prestando um serviço e não vai ter remuneração, porque vai passar o teto. Pois bem, isso pode ser uma verdade para o hospital contratado privado uma vez que existe um contrato e vai receber pelo que consta no contrato e se ultrapassar vamos ter problemas, mas o público vive de quê? O público vive de planejamento e de orçamentação. Portanto, é preciso planejar qual é a necessidade e a capacidade daquele hospital, enfim, é preciso fazer o seu planejamento e a orçamentação para que ele possa atender o seu público. Não dá para ficar com essa dicotomia se o recurso é municipal, estadual ou federal. O recurso é único porque vai para o fundo de saúde para executar o quê? Aquele plano de saúde daquele hospital, daquela região, daquele município sem ter carimbos. Inclusive, o Secretário Adjunto tocou num ponto que é a questão das auditorias. A coisa mais perversa que nós temos são as auditorias federais, porque são de uma burrice que não tem tamanho e só quer ver a cor do dinheiro. Ela é a cor do dinheiro. Esse dinheiro aqui tem cor federal. Esse dinheiro que tem cor federal só podia fazer determinada atividade de saúde, não podia fazer outra atividade, agora você devolve o dinheiro para o Ministério da Saúde e inclusive são uma aberração essas ordens de recolhimento; são ilegais porque o dinheiro pertence aos municípios ou ao Estado. Inclusive a própria Lei Orgânica da Saúde diz que quando o município ou o Estado não preenche todos os requisitos para

receber os recursos, os recursos pertencem ao Estado e ao município e são administrados do município pelo Estado ou do Estado pela União para aplicar naquele local, portanto, o dinheiro pertence àquele local. Se ele foi mal aplicado, de repente houve um desvio do recurso que deveria ter ido para a saúde daquele município e foi para outra secretaria, por exemplo, Secretaria dos Transportes, ou outra secretaria tem que voltar para a saúde. Portanto, tem que ficar na saúde daquele município e não voltar para cima, o que é um absurdo. Apenas a arrecadação é centralizada. Temos uma arrecadação centralizada, mas temos que seguir todos os critérios do repasse dos recursos obrigatoriamente. Não temos que discutir esse assunto porque o recurso tem que vir e o recurso não pode ter cor. O que é preciso discutir como vai ser financiado aquele plano para aquele município, tanto vai ser federal, tanto vai ser estadual, e tanto vai ser municipal. Vai virar um bolo só e é preciso ser executado. E esse plano tem que ser discutido com o conselho.

Só para lembrar também o Professor Seixas essa questão da participação da comunidade, o Código de Saúde de São Paulo não fala em controle social, fala da participação da comunidade na gestão do SUS. Ele usa a palavra da maneira mais acertada e adequada e diz o tempo todo: a participação da comunidade na gestão do SUS é uma das formas de controle da atuação do poder público. Depois vem e diz novamente: sem prejuízo da sua atuação institucional na gestão do SUS, por meio dos conselhos e conferências de saúde, a comunidade poderá participar do aperfeiçoamento do SUS mediante outras iniciativas próprias. O que ocorre na realidade é uma prática distorcida do que seja o papel do Conselho de Saúde, porque não se discute com seriedade no Conselho de Saúde o planejamento e o seu orçamento, que é a base de tudo e está escrito na lei. A base da atividade de tudo está no planejamento, que vai ser consubstanciado no plano e é preciso ter um orçamento para o seu financiamento; a política de saúde precisa ser discutida com o Conselho porque está escrito na Lei Orgânica da Saúde Nacional e na lei do Estado. Portanto, você nunca ouve ninguém falar em planejamento e está na nossa

Constituição; inclusive a parte econômica da Constituição Federal fala em planejamento porque o planejamento no setor público é obrigatório. Tem que ter planejamento. Todo mundo tem que planejar e tem que seguir o que planejou. Só escutamos uma discussão de repartição de recursos do Ministério da Saúde como centro de tudo porque arrecada centralizadamente esses recursos que precisam ser repartidos, mas nunca se discute planejamento que precisa vir de baixo para poder ter compatibilidade e aí sim ter um grande planejamento nacional, um plano de saúde nacional, e a partir daí com certeza deveria ser discutido como isso seria financiado.

Portanto, há doze anos, a partir do momento que foi promulgada a Constituição Federal, continuamos discutindo as mesmíssimas coisas. Poucas coisas infelizmente mudaram no bom sentido. São sempre as mesmas coisas e, aparentemente, sempre para pior, o que é uma tristeza.

**SR.**– Gostaria de fazer algumas colocações. Primeiramente, para SR. Natanael. Não estou aqui para defender nem a iniciativa privada, nem a iniciativa administrativa lucrativa ou filantrópica. Estamos aqui para defender e discutir o problema da municipalização. Gostaria de dizer que sou formado há quarenta anos em medicina; portanto, conheço profundamente os problemas das Santas Casas desde quando existia o Funrural e tenho por elas um grande respeito e realmente são hoje o sustento do SUS nesse país e são elas que ficam com todos os ônus porque o número de internações que executam e não recebem é demais.

Quanto ao Dr. Seixas, gostaria de dizer o seguinte: temos problemas com o teto financeiro e com o teto físico. O teto financeiro e o teto físico para o hospital é um pouco mais difícil do que do atendimento ambulatorial, por exemplo, exames de laboratório. Quando o paciente vai fazer um exame no laboratório já vai com a guia emitida pelo gestor. Cabe ao gestor saber se aquele laboratório já atingiu o seu teto ou não. O que acontece é que o gestor não quer assumir o ônus político de não encaminhar ou então encaminha para a rede pública, mas não deve encaminhar para a rede conveniada porque já atingiu o seu teto.

Outro aspecto é o seguinte: Por que aspecto físico e aspecto? financeiro. Quando atinjo o meu teto físico, sou cortado mesmo que não tenha atingido o teto financeiro, portanto deveria ser uma coisa só. Se ultrapassei o teto físico mas o financeiro ainda não atingi, não devo ser cortado.

Quanto ao aspecto profissionalização, realmente estou de acordo, mas também de nada adianta a profissionalização se os custos já demonstrados estão bem abaixo daquilo que qualquer clínica ou hospital gastam. De nada adianta ter um profissional porque o seu custo está bem abaixo daquilo que recebe.

Outro aspecto que gostaria de colocar, inclusive poderíamos levantar esse problema, ou seja, estudar o tipo de redistribuição de pagamento para todos os prestadores. Por exemplo, o prestador recebe SUS limpo. As organizações sociais recebem cinquenta por cento acima da tabela do SUS, mas a Santa Casa de Apiaí, que só atende SUS, e também a de Avaré e de Piraju recebem o SUS limpo. Por que as organizações sociais recebem cinquenta a mais? Então vamos pagar cinquenta por cento a mais para todos os prestadores de serviço.

Outro aspecto que gostaria de colocar e realmente é um problema sério são os hospitais universitários. Eles têm setenta e cinco por cento sobre todo o atendimento feito. Quando me formei, o hospital universitário só atendia as verbas públicas; hoje praticamente as verbas públicas estão sendo colocadas de lado e esses hospitais só sobrevivem com os recursos do SUS. Deveríamos reestudar talvez essa redistribuição para ver se conseguimos encontrar mais recursos para fazer uma distribuição homogênea para todos. Obrigado.

**SR.** – Gostaria de dizer para todo o pessoal do Sidorf, com todo respeito que tenho pelo seu trabalho, que, embora tenhamos posições diferentes, quero deixar bem claro que o trabalho da crítica é esse, paciência, inclusive à sua pessoa.

**SR.** – Muito obrigado.

**SR.** – Temos uma proposta de encaminhamento e todo o debate foi gravado. A nossa idéia é de uma proposta, inclusive toda a reunião foi gravada e todos vão receber a sua transcrição na forma de rascunho. Se alguém tiver alguma sugestão melhor, por favor, fique à vontade para podermos atualizar o encaminhamento. Ou seja, com base nas falas, encaminharíamos, nas principais questões, uma espécie de roteiro das principais questões elaboradas, não um roteiro obrigatório, mas um roteiro para nos ajudar a lembrar, refrescar a cabeça.

A cada participante que se encontra presente e ao pessoal que não pôde comparecer, encaminharíamos esse roteiro para que cada um, de modo sintético, nos enviassem em uma ou duas laudas um diagnóstico que fundamentalmente apontasse, com base na discussão, os nós críticos e as propostas de cada segmento privado, filantrópico, universidade, secretaria de Estado, secretarias municipais, trabalhadores, usuários e os setores que estão envolvidos. Uma coisa curta até porque em respeito às pessoas, para que todos possam ler o trabalho de todos. Para evitar uma nova reunião, tomaríamos a liberdade de sistematizar nesta casa, pegar todos os roteiros e distribuí-los para todas as pessoas, e marcar, no caso seriam os deputados que marcariam, uma agenda onde cada pessoa que fez a sua proposição tivesse acesso à fala. Ou seja, em vez de formarmos uma mesa para debate com agenda das datas, de pessoas, enfim, a coordenação ficaria a cargo dos Deputados Pedro Tobias e Roberto Gouveia, e as pessoas que tivessem efetuado contribuições apresentariam essa contribuição, pelo menos teoricamente já poderia ter sido lida pelos demais de modo podermos tirar alguns consensos ou alguns dissensos que haverão com certeza que ajudem no encaminhamento das coisas, a ser levado, em seguida, para o grupo geral, os oitenta conselheiros. Talvez essa idéia possa ser mudada ou melhorada, se for o caso.

**SRA.** – Sou da Pastoral e tenho uma história de trabalho na Secretaria da Saúde e na Secretaria Municipal de Saúde. Achei uma grande falta nessa reunião da visão do município porque é essencial para a continuação dessas discussões

porque temos muitos problemas, apesar de não estar falando como representante da Pastoral, mas são problemas que não foram levantados e que são inerentes aos municípios de grande, médio e pequeno porte. É essencial a presença de alguém da Associação dos Secretários Municipais.

**SR. PEDRO TOBIAS** – Foram convidados, mas, infelizmente, não compareceram.

**SRA.** – Para qual endereço devo encaminhar o material? Pode ser via fax ou não?

**SR.** – Pode ser para o Fax número 884-4633.

**SR. JOSÉ CARLOS SEIXAS** – O deputado disse que o governo diminuiu as suas verbas e responsabilizou algumas ocorrências mórbidas a esse fato. Gostaria de dizer que na minha contabilidade isso não é verdade, inclusive estou estudando mesmo porque a Fundação Seade apresentou um dado, mas a minha informação, até 99, o governo estadual colocou mais recursos ano a ano do que recebeu como limite dos recursos do governo anterior. Estamos estudando 99 e sabemos que em 1999 e 2000 a proposta veio a menor, mas com autorização até do senhor governador essa proposta com a colaboração indiscutível dos deputados desta casa houve mudança na proposta orçamentária do Governo do Estado. Portanto, não posso dizer agora com certeza como ficou o ano de 99 até 2000, mas, com certeza, o governo colocou mais recursos. E as ocorrências mórbidas na realidade não guardam diretamente relação com isso. Guarda, sim, com a desorganização na capital do sistema apesar daquela coisa que concordo com o nobre deputado, o problema todo não está centrado no dinheiro, tem algo mais no “reino da Dinamarca”.



A segunda coisa é que a leishmaniose também não guarda relação, o que não é uma ocorrência mórbida que ainda hoje está nos preocupando, à medida que ficou caracterizada como um problema sério porque está se investindo e vamos ver o que vai acontecer. Parece-me que talvez tenhamos algum sucesso no controle dessa nova endemia, que não é fruto do subdesenvolvimento, porque antigamente era assim, e também porque o subdesenvolvimento diminuiu. Não é verdade. Muitas vezes ocorrem mudanças ecológicas, ambientais, até com desenvolvimento, que determinam uma ocorrência epidêmica.

**SR. JAMIL MURAD** – O problema é que a marca da política da saúde do governo do Estado de São Paulo é correr atrás do prejuízo, ou seja, é a dengue, é a leishmaniose, é a tuberculose. Por exemplo, temos três mil novos casos de hanseníase por ano; quer dizer, estamos sempre correndo atrás do prejuízo e, que eu saiba, o SUS não prevê isso. Os bons preceitos da saúde pública não prevêm isso.

**SR. JOSÉ CARLOS SEIXAS** – Desculpe deputado, não quero continuar o debate, não aceito essa colocação porque retomar a construção de mais de oito hospitais para colocá-los em dia não significa correr atrás do prejuízo; sob o ponto de histórico é. Se for assim, significa correr atrás do prejuízo mesmo. Com certeza houve inovação, estabeleceu-se novas possibilidades de atendimento e a população da periferia vale a pena dar uma visitada e o senhor vai ver que está satisfeita. Poderia dar outros exemplos. O CRT Aids, que é um orgulho nacional e internacionalmente reconhecido, as suas instalações foram refeitas e reequipadas nesse governo. Se o senhor não conhece esse hospital, recomendaria que o conhecesse porque vale a pena e é um negócio que envaidece a nossa brasilidade. Isto não é correr atrás do prejuízo e infelizmente eu sei que o povo não foi comunicado com a devida insistência.

**SR. JAMIL MURAD** – Aceito o convite para visitar esses locais que estão funcionando muito bem, mas gostaria que V.S. a visitasse essas áreas que estão sendo acometidas com essas epidemias, com falta de assistência e tudo mais.

**SR. JOSÉ CARLOS SEIXAS** – Conheço essas epidemias como a “palma do meu pé”.

**SR. PEDRO TOBIAS** – Agradeço a presença de todos neste fórum, especialmente a Dra. Heleninha quando falou da falta de planejamento. Gostaria de falar da minha área, que é câncer de mama. Se a doença é diagnosticada cedo, o custo da paciente é de cerca de oitocentos reais com a cirurgia e com a radioterapia e tem chance de cura de cerca de noventa por cento. Infelizmente, no nosso país, 80% dos diagnósticos é tardio, o que significa que o tratamento vai custar R\$ 4.800,00 (quatro mil e oitocentos reais), inclusive com a retirada do seio da paciente e ela não vai ser curada. Mesmo para os financistas, para os economistas que não ligam para a vida, não enxergam a falta de planejamento que tornaria o tratamento mais econômico. Além de sermos muito pobres, ainda gastamos muito mal o dinheiro público porque depende da vontade do prefeito e também da vontade política dos deputados, uma vez que eles têm força junto ao governador, que por sua vez consegue as unidades. Com certeza deveria haver um planejamento a nível estadual por parte do governo do Estado e não depender da vontade dos prefeitos que pertencem a “x” partido ou “y” partido e também porque os deputados têm força nesta Casa e tudo isso devia acabar.

Tempos atrás, estava na França e pedi um hemograma para uma paciente. Um professor meu tirou um “sarro” de mim porque pedi um hemograma pré-operatório e disse: você esqueceu tudo o que lhe ensinei? Não sabe se a paciente tem anemia ou não? Quer dizer lá no Brasil, que é muito pobre, gastam muito mal o dinheiro. Com certeza, estamos gastando muito mal o dinheiro público na saúde, especialmente na área de exames porque não tem serviço público que agüente, não

tem sistema particular que agüenta. essa falta de formação dos médicos, essa falta de planejamento enfim todo o dinheiro que é gasto com besteiras e para as epidemias como é o caso do sarampo, da desidratação infantil e outras epidemias não tem dinheiro. Infelizmente no dia de hoje discutimos muito pouco, só tenho a lamentar a ausência dos representantes dos municípios inclusive sentimos a falta do Natalino que é um grande lutador nessa área da municipalização.

Infelizmente a Secretaria da Saúde quer empurrar para os municípios a área da saúde só que estão sem dinheiro e essa é a nossa discussão. Vamos municipalizar mas de que maneira? Dá para municipalizar tudo? A meu ver não dá. O Estado deveria assumir muitos municípios porque o Estado em muitos casos é o responsável pela área da saúde e em alguns casos algumas prefeituras têm condições.

Agradeço a presença de todos e até a próxima reunião. Muito obrigado.

**16.02.2000**

- Pedro Tobias – Presidente na Comissão de Saúde. Relator do Grupo Temático Saúde
- Neusa – Associação Brasileira dos Talacênicos e da Associação Defesa dos Usuários do SUS
- Teresa Ferraz – Representante da Pastoral da Criança do Estado
- Herval – Professor. Faculdade de Saúde Pública da USP
- Marina – Secretaria da Saúde
- Gisval Meinão – Associação Paulista de Medicina
- Massaco Ida – Departamento de Saúde Pública da UNESP de Botucatu
- Luiz Felipe – Membro da Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina
- Cristina – Representante da Comissão Estadual de Reparo em Saúde Mental
- Diane – Sociedade Brasileira de Vigilância e Medicamentos
- Pedro Ribas –
- Rubens Alcântara – Médico Sanitarista e Coordenador da Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos
- Paulo Carputi – Associação Paulista de Saúde Pública
- Ana Chiesa – Departamento de Enfermagem e Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP
- Emico Yoshikawa Egry – Escola de Enfermagem da USP
- Riani – Curso de Administração Pública da UNESP de Araraquara
- Palma –
- João –
- Ana –

**SR. PEDRO TOBIAS** – Bom-dia a todos, estamos atrasados, sou muito sistemático com relação ao horário, mas infelizmente algumas vezes precisamos tolerar um pouco. Hoje o nosso assunto é sobre política de saúde. Antes de começar, quero dizer que na segunda-feira tivemos um debate sobre “Gestão e municipalização”, quando fizemos uma discussão sobre a municipalização. Ficamos preocupados porque hoje estão aparecendo problemas para a Secretaria Estadual de Saúde, uma vez que os municípios, muitas vezes, não têm condições de fazer política própria para a saúde.

Daqui saiu uma proposta que vai ser discutida mais para frente de que a política em linhas gerais deveria ser em nível de Estado. Depois, os grandes municípios que, pelo menos, têm condições, fariam alguma coisa, mas dentro da política estadual ou até federal. Cada um dos 600 municípios de São Paulo não pode fazer a política que quer. Constatamos que algumas cidades da municipalização plena estão dando muitos problemas, porque precisa haver um maior controle sobre o prefeito que está recebendo dinheiro e não repassa. Além deste assunto foi discutido também o problema do financiamento. Hoje, a política de saúde é um termo genérico, grande, que, depois, vamos dividir em grupos, tais como política de saúde da mulher, do idoso, da criança, política conforme a categoria. É isto que pretendemos discutir hoje. Esperamos, por exemplo, que daqui saia um subgrupo. Falamos sempre em saúde da mulher, porque estamos nesta área. Fazemos a sugestão e, mais para frente, passamos material para fazer esses subgrupos.

Hoje existem projetos para a saúde, mas somente na teoria, porque, na prática, não temos nada. O poder público, todo mundo fala muito da saúde da mulher, mas na minha pequena cidade de Bauru uma mulher leva de 8 meses até um ano para fazer mamografia, porque o acesso é difícil.

O papel deste Fórum é dar sugestão tanto para o governo estadual, como federal e ficaremos muito felizes se conseguirmos implantar as idéias que saírem daqui. No que depender da Assembléia Legislativa, no orçamento do ano que vem

ou no plano plurianual que está sendo discutido agora, se tivermos condições de colocar algumas coisas a nível estadual tudo bem, mas muitos assuntos são a nível federal.

O meu amigo, Professor Herval, nos traz material sobre o LER. O dia 29 é o “Dia Internacional do LER”. Vou pedir à minha assessoria para que faça uma cópia deste material para passar para todos os senhores. Se alguém estiver interessado, no dia 19, às 14 horas e 30 minutos, vai haver, na Comissão, um debate sobre “LER e globalização”.

Estão sugerindo que cada um dos senhores se apresentem, dando os nomes, o que fazem etc.

**SRA. MARINA** – Sou da Secretaria da Saúde.

**SR. GISVAL MEINÃO** – Sou da Associação Paulista de Medicina.

**SRA. MASSACO IDA** – Sou do Departamento de Saúde Pública da UNESP de Botucatu.

**SRA. DIANE** – Sou da Sociedade Brasileira de Vigilância e Medicamentos.

**SR. RUBENS ALCÂNTARA** – Sou médico sanitário e Coordenador da Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos.

**SR. PAULO CARPUTI** – Sou da Associação Paulista de Saúde Pública.

**SRA. ANA CHIESA** – Sou do Departamento de Enfermagem e Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP.

**SRA. EMICO YOSHIKAWA EGRY** – Sou da Escola de Enfermagem da USP.

**SR. RIANI** – Sou do Curso de Administração Pública da UNESP de Araraquara.

**SR. HERVAL** – Sou da Faculdade de Saúde Pública da USP.

**SRA. NEUSA** – Sou da Associação Brasileira dos Talacênicos e da Associação de Defesa dos Usuários do SUS.

**SRA. TERESA FERRAZ** – Sou representante da Pastoral da Criança do Estado.

**SR.** – Em primeiro lugar, quero justificar a ausência do Deputado Roberto Gouveia. Sua Excelência estava vindo para cá e surgiu um contratempo. Agora, como membro da Mesa Diretora, para infelicidade da sua assessoria, esses contratempos estão acontecendo mais freqüentemente. O Deputado Roberto Gouveia tentará passar por aqui até o final desta reunião e eu, na medida do possível, tentarei representá-lo nesta Mesa.

O Professor Pedro Paulo Monteleone, do CRM, acabou de ligar explicando que estava vindo para cá, mas teve que fazer um parto. Ele tentará, também, se possível, passar aqui até o final da reunião.

Esta é a quarta reunião que realizamos e não tem um caráter propriamente específico sobre o tema, mas julgamos que seria interessante termos um método de trabalho. Como o grupo é muito grande, pois conta com cerca de 80 pessoas, pensamos constituir aqui como espécie de grupo de trabalho com a finalidade de aprofundar sobre o tema política de saúde, política das ações problemáticas nas várias áreas, e política voltada para os grupos sociais. Conforme o Deputado Pedro

Tobias colocou bem no começo, seria uma reunião bem curta para tirarmos a possibilidade de um debate ampliado para o conjunto das 80 pessoas. Seriam convidadas entidades, movimentos, sindicatos e universidades que não fazem parte deste Fórum, com os quais faríamos um debate grande e tentaríamos simultaneamente fazer um aprofundamento do tema, para obter algumas diretrizes que possam impactar as políticas da própria Assembléia Legislativa, para cada área temática dessa.

A primeira reunião dos outros grupos aconteceu na segunda-feira sobre o financiamento. Foi uma discussão bastante interessante. Pela natureza do assunto, foram tiradas algumas coisas bem práticas, particularmente quando se discutiu a situação da PEC da Saúde, em Brasília. Estamos falando isso só para os senhores terem uma noção de como os outros grupos se constituíram e até para procurarmos nos entender aqui.

Nessa reunião decidiu-se pedir uma audiência com o Governador Mário Covas, por parte de uma representação do Conselho da Saúde do Fórum. Este pedido já foi encaminhado à Presidência desta Casa e estamos aguardando uma notícia para hoje. Esperamos, nessa audiência, verificar como o Governo do Estado está se posicionando a respeito da questão do financiamento da saúde ante a questão federal. No próximo dia 23, essa mesma Comissão deverá ir a Brasília para a Comissão de Assuntos Sociais do Senado, onde está tramitando a PEC, a fim de fazer um debate e enfrentar as resistências que estão acontecendo lá, particularmente por parte da Bancada do PFL. Num certo momento a Bancada do PFL comunicou a retirada do seu apoio ao PEC, que gera uma situação complicada no Senado. O último jornal do Conasemis, que chegou para nós esta semana, informa que está começando a haver reversão dessa situação. A pressão é válida. E esse assunto até que mistura com o nosso aqui diretamente.

O Grupo de Recursos Humanos fez uma pequena reunião, mas muito produtiva, e graças ao pessoal da Escola de Enfermagem, principalmente da Professora Emiko, tirou o aprofundamento das questões relacionadas aos recursos



humanos na saúde, através do aprofundamento de estudos, com a participação de conselhos, sindicatos, universidades e grupos de trabalho que lidam com essa questão, tendo por base dados que já se dispõem e alguns dados que a própria Fundação Seade nos colocou.

A Fundação Seade foi contratada pelo Fórum da Assembléia Legislativa e está dando uma assessoria técnica importante. Rodou-se um caderno que, infelizmente, só chegaram cerca de 30 cópias para cada um de nós. Alguns estão circulando e seria bom os senhores verem. Agora está havendo uma tiragem de 10 mil exemplares que deve ficar pronta dentro de 20 a 30 dias. De qualquer maneira, temos capacidade, dentro da nossa área, de fazer cópias e distribuir aos conselheiros. Este caderno é muito importante porque consegue fazer um levantamento sistemático de todas as questões da saúde que estavam, até então, dispersas em várias publicações. Trata-se de material que vale quase como um curso de saúde pública, com dados bens atuais, particularmente da pesquisa municipal unificada, que foi cruzada, pela Seade, com diversos outros bancos. A nossa idéia é de que nos vários grupos, tendo por base esta sistematização que a Seade nos fez, verificássemos a possibilidade de fazer o aprofundamento deste trabalho, de modo a resultar em debates e na tirada de diretrizes que possam impactar a Lei de Diretrizes Orçamentárias da Assembléia, Orçamento-Programa etc.

Para não divagar muito e encerrando a nossa conversa, queremos dizer que um outro dado importante, e que os senhores já estão sabendo das reuniões anteriores, é a idéia de se criar para o Estado de São Paulo o IDH – Índice de Desenvolvimento Humano para cada município, baseado grosseiramente no IDH da ONU, mas com indicadores precisos para o Estado de São Paulo. Gostaríamos que tivéssemos interferência nisso para que alguns indicadores, como desemprego e desigualdade social, pudessem também estar presentes aqui. Esse índice seria lançado anualmente e as universidades participariam disso. Alguns estudos já se iniciaram junto à Fundação Seade, e isso serviria também para tentarmos tirar

diretrizes para o Orçamento e para as políticas públicas desta Casa. Trata-se de um índice bastante refinado, com um processo técnico complicado, mas que já fica aberta para as pessoas que já querem, de algum modo, se incorporar nisso.

Essa discussão deverá desenrolar nos próximos dois ou três meses, até se ter a base técnica disso. Então, os cerca de 600 municípios teriam uma lista e esse índice poderia ser ajustado por algumas questões. Seria o IDH dos municípios, onde poderia ter o IDH por gênero, por exemplo, a questão da mulher como fica.

O Grupo de Recursos Humanos, por exemplo, está seguindo essa linha, ou seja, tentar aprofundar os estudos. O grupo que discutiu a questão da gestão do SUS, conforme o Deputado Pedro Tobias já colocou na abertura, seguirá um caminho semelhante também de aprofundamento, devendo confluir para um debate nesta Casa. Hoje, temos o debate sobre as políticas. Originalmente, pensamos que as políticas, conforme o Deputado Pedro Tobias já colocou, é um tema muito complicado num grupo heterogêneo como este, de se fazer um aprofundamento detalhado. Por isso, estaríamos separando isso em dois temas, como proposta. Vocês pensariam a respeito. As políticas setoriais, ou seja, política de medicamento, política de assistência, política sobre a saúde da mulher, política sobre saúde mental – que é aquele pessoal do SOS – a questão do sangue, cada área temática desta, com o apoio dos outros grupos, poderia passar por um processo de aprofundamento e ser trazido para cá. Durante esta reunião poderemos ver uma maneira de tornar isso concreto. Tentaríamos verificar, no nível mais geral, como conseguiríamos, já que somos um grupo de trabalho, levar para o Fórum este debate de forma ampliada e produtiva.

**SR. PEDRO TOBIAS** – Na nossa reunião aqui, vamos preparar um anteprojeto para cada tema, para ser discutido coletivamente pelo Conselho do Fórum, que, depois, vai decidir o relatório final.

**SR. HERVAL** – Queria um esclarecimento da Mesa, até para me situar em relação a este grupo. O grupo fala em política de saúde e ações programáticas. Vejo no caderno 4, publicado sobre saúde, que na página 17 fala-se em política de saúde e ações programáticas e a partir daí divide as questões em saúde da criança, saúde do adolescente, saúde da mulher etc. Obviamente não se poderia esperar outra coisa. Esse tratamento dado pela Seade é fundamentado em programas preestabelecidos e dados estatísticos. A minha pergunta: é que tipo de política vamos discutir? Se vamos discutir o papel do Estado nas políticas de saúde, ou se vamos nos prender meramente a programas verticais já estabelecidos que, a despeito dos méritos, talvez não fosse aqui o momento oportuno para discutir. Lembro-me de que, recentemente, a Fatesp pretendeu discutir políticas públicas, um projeto financiado, escreveram-se 264 trabalhos nas várias áreas, onde continha também a área de políticas públicas de saúde. Não sei até que ponto foram estabelecidos os critérios para o financiamento desses projetos. O fato é que há uma preocupação de se discutir políticas públicas, ou seja, na medida em que se discute é porque se acha que as políticas públicas neste momento estabelecidas estão sendo questionadas, porque são insuficientes. Por exemplo, qual é o papel do Estado da unidade federada, neste caso o Estado de São Paulo, nas políticas públicas de saúde? Tenho a impressão de que isso deveria ser o eixo, porque não me parece claro, salvo engano, que se saiba efetivamente qual é o papel da Secretaria de Saúde do Estado e do próprio Estado nas políticas, uma vez que elas estão predeterminadas e prefixadas a nível federal. Quer dizer, aí são os programas verticais. É isso que estou entendendo ou se vamos tentar melhorar os programas de saúde do adolescente, do menor etc.

**SR. PEDRO TOBIAS** – Dr. Herval, sem dúvida que se trata de política de Estado na saúde, porque acho que não podemos se perder muito nos programas. Programas são conseqüências de uma política de saúde. Trata-se de política no

atacado, porque o Fórum não vai atrás do varejo. Se fizermos a política no atacado direito, o varejo vem sozinho como política geral.

Na quarta-feira esteve presente SR. Secretário-adjunto da Secretaria Estadual de Saúde que falou de política sobre o teto. Muitos hospitais têm problemas de teto, tanto os hospitais públicos, as faculdades de medicina e hospitais conveniados. Com todas as letras, SR. Secretário-adjunto respondeu que não tem dinheiro, não vai levantar o teto, o hospital que internar mais do que o teto vai arcar com o prejuízo. Foi o que disse o Dr. Seixas, Secretário que representou o Estado aqui.

Para nós, a Política de Estado, o que representa a Secretaria Estadual na saúde, é a nossa base de discussão hoje.

**SR.** – O Dr. Herval fez essa observação de discutir o papel do Estado, especialmente no momento em que estão acontecendo tantas mudanças no nível estadual e federal em relação à prestação do serviço de saúde, o papel de cada esfera e a relação do Estado com a sociedade. Mas há uma outra variável. No primeiro debate que teve, quando estavam falando desses subgrupos, eu me coloquei pensando também na determinação da saúde. Ou seja, não só política de saúde no sentido de prestação de serviços de saúde, a questão do cuidado, mas também a interface da política de saúde no sentido mais estrito, com os determinantes da saúde. Isto é, as demais políticas, envolvendo a questão do meio ambiente, habitação, saneamento, transporte, trabalho, política salarial, enfim, todas as outras políticas que, na verdade, vão determinar a saúde das pessoas. Verificar, então, o que o setor saúde, como termômetro das outras políticas, pode interferir na formulação e implementação dessas outras políticas. Eu também teria essa expectativa de que nosso grupo, neste subgrupo como políticas de saúde, tivesse uma abrangência maior.

**SRA. MARINA** – Acho que estamos enlacados em relação a essa temática tal como ela está montada. De um lado, temos questões de políticas que trabalham num nível de abstração maior, de questão de conjunto de intenções do plano político de determinação para alguma ação do Estado, e, do outro lado, um conjunto de ações programáticas. Essa relação é sempre complicada de ser feita. Normalmente, até se supõe que o conjunto geral da discussão amarre uma política de Estado que nem sempre é verdade, e normalmente não é. Ela vira uma colcha de retalhos, porque na discussão vão sendo construídas intenções que não se justapõem, depois, no conjunto geral do que a gente imagina uma política. Estamos numa coisa meio complicada. Deveríamos fazer um esforço da discussão neste plano mais amplo, ou seja, quais são o nexos e o núcleo da questão da saúde no Estado e, depois, discutir pedaços, e aí sim com o limite da composição do que está na composição mais ampla. Nos pedaços, ou seja, saúde da mulher, do trabalhador, e outros, é possível todos os nexos e relações com o meio ambiente, com renda etc. Neste conjunto geral, que é em nível de um plano maior, é complicado, porque vamos patinar.

Se achamos que saúde é mais do que ação específica – e a maioria das pessoas acham – ou não vamos conseguir dar esse contorno, e aí fica complicada a discussão das ações, ou começamos discutir a ação e não conseguimos ter a visão do contorno. Aí fica difícil até de fazer uma posição mais programática. Deveríamos discutir em grupos e posteriormente discutir as questões específicas das ações. Mas deveríamos fazer um esforço e saber, afinal de contas, para que lado queremos andar, com uma política de Estado na área de saúde. Quais são os limites disso, por onde achamos que essa coisa tem que caminhar e depois dividimos. Depois, quando formos dividir os grupos, deveremos ter por horizonte esses limites mais claros.

**SR.** – Parece que construíram uma proposta de trabalho e falavam dos grupos setoriais e engataria uma outra divisão. É mais ou menos isso que as pessoas falaram ou não?

**SR.** – O que estou compreendendo aqui, quando bolamos este desenho, ele vai bem na direção do que a Marina colocou, que não é contraditório com a fala do Dr. Herval e nem o SR. Riani, pelo contrário. A saúde, pelo jeito que foi tomando na história, está toda dicotomizada. Temos o planeta da saúde da mulher, o planeta da saúde mental, o planeta da saúde do trabalhador. Essas práticas estão cada vez mais dicotomizadas, espalhadas, e acabamos perdendo a visão mais do todo que possa dar sentido para amarração das partes que estão compondo o todo.

Como encaminhamento nosso, pelo que estou compreendendo, num primeiro momento, sem perder as características de representação de partes, ou seja, de pessoas que lidam com áreas específicas, tentaremos fazer um esforço – que é complicado nesta Assembléia, é complicado na Secretaria e também na vida lá fora – para uma discussão mais ampla dos caminhos que a questão política de saúde está tomando aqui no Estado, como estão organizados os serviços e como isso rebate nas várias áreas, para, com base nisso, podermos partir para as políticas específicas, para o aprofundamento da saúde da mulher, mental, bucal etc.

**SR. PEDRO RIBAS** – A política de saúde está ligada à questão do financiamento também. Na teoria falamos que a saúde é para todos e é dever do Estado. É uma frase bonita, não existe melhor. Mas na prática isso não está acontecendo. Ontem, lemos na *Folha de S. Paulo*, que a Justiça não foi a favor da ação da fila dupla em hospitais públicos, hospitais conveniados e particulares. Não existe política de saúde. Acho que algumas coisas que queremos na política de saúde deveriam ser incluídas. O que está acontecendo na política atual de poder público, de secretaria estadual de saúde? SR. Secretário-adjunto da Secretaria da Saúde disse que é a favor de abrir hospital-escola para convênio particular. Isso

deve ser discutido com o usuário, com a população, com os senhores, para falar se é ruim ou bom. Esses itens são importantes também para nós na política de saúde. Este não é o meu ponto de vista. É um ponto de vista coletivo. Os senhores representam a sociedade, o usuário, o prestador de serviço. Existem alguns problemas a varejo, como é o caso do Hospital Pérola Bygton, sobre o qual teve debates várias vezes aqui. Era um hospital aberto para todas as mulheres que chegavam. Com a política de hoje virou hospital fechado e só pode receber pessoa encaminhada de uma unidade de saúde. Teremos que definir que política de saúde queremos. Por exemplo, política de saúde da mulher. Falo sempre no câncer de mama. Qual é a política? Preventiva? Ou deixa todas as pacientes chegarem, como hoje, que 80% que chegam às nossas mãos, já é tarde, por falta de mamógrafo. Isso também está ligado a financiamento, política de saúde, conduta de Estado que eles querem. São questões complexas, porque as políticas de saúde, de gestão, de financiamento, estão ligadas. Nenhum item é independente de outro. Queremos saúde pública? Queremos saúde mista? Queremos privatizar a saúde? Isso é política de saúde para discutirmos.

**SR** – A iniciativa do Fórum é fantástica. Só o fato de ela ter surgido no cenário da nossa agenda valoriza por si só a iniciativa que parte, inclusive, do Legislativo. Mas acabamos perdendo talvez a oportunidade de diversificar os benefícios de uma reunião como esta. Padecemos de um vício na área da saúde, porque sempre realizamos bons diagnósticos, mas temos dificuldades para escolher um caminho para seguir. Neste Fórum, por exemplo, não falta sequer nenhuma representação da sociedade no que diz respeito aos tomadores de decisão para onde temos que ir. Temos aqui o Executivo, o Legislativo, representado por pessoas que têm autoridade dentro do próprio Legislativo para propor iniciativas, temos representação de movimentos sociais e lutas específicas, que, pela militância, tem uma compreensão bastante ampla do processo político de decisão e de formulação de políticas, representação dos trabalhadores, representação por segmento de

profissionais. O Fórum foi muito feliz quando se preocupou em garantir esta representatividade. O que fazemos com ela?

Precisamos assumir uma metodologia de trabalho que faça girar entre nós informações e debates sobre a situação em que nos encontramos, mas, sobretudo, para sairmos daqui com um compromisso setorial ou não, de desenvolvermos algumas estratégias comuns para caminharmos do estado onde estamos para um estado mais avançado. Essa perspectiva de vir a um Fórum como este, deixar as suas impressões ou a sua contribuição a partir do segmento no qual você se insere, e ir sem levar nada, é uma prática que precisamos superar. Precisamos fazer um certo acordo para que o segmento da universidade, o segmento do governo, o segmento da sociedade civil, o segmento dos trabalhadores, o segmento dos usuários e outros adotem posturas comuns, identificadas, consensuais, a respeito de como fazer certas medidas, que atitudes vão tomar, que agendas vão propor ou que organização vão transformar.

A Secretaria de Estado, na voz da Dra. Marina, vive um dilema quase ancestral. Ela se sente fragmentada na possibilidade de fazer política e busca um modo mais integrado de gerir essas políticas de um governo, formulá-las e aplicá-las. A sociedade civil sente isto na pele. Como diz o ditado: “Os políticos tratam dos problemas e a população sente os problemas”. Acabamos examinando essa possibilidade, sempre do ponto de vista de uma macropolítica, o que não é verdade. Ela se traduz, depois, na agenda que a associação que represento vai propor, na agenda que a Sobravime vai estabelecer, que o movimento de defesa dos usuários e seus vários segmentos vão propor na pauta que a própria Assembléia pode vislumbrar como um progresso ou processo de mudança, o que a universidade vai levar para dentro dela, a partir de um Fórum como este. Se começarmos a desperdiçar esse tipo de esforço, ficaremos duvidando se, de fato, vamos poder avançar em relação ao estado que estamos.

Gostaria de propor que na metodologia, considerando todas essas intervenções que procuram analisar a política como um processo de mudança, que



tivéssemos no documento, ainda que fosse reduzido do ponto de vista formal, além da análise brilhante, uma seqüência de passos, de medidas, de atitudes que devêssemos tomar. Daí poderemos voltar para os nossos segmentos com a contribuição que alcançamos aqui e não só trazer, em mão única, uma reflexão que a gente vem acumulando setorialmente, seja onde for. Gostaria de recomendar que na metodologia do grupo, conforme fôssemos organizando, saíssemos com uma lista de compromissos, o que temos que fazer como cidadãos, porque não dá para chutar o balde. Não dá para reclamar de alguém que não está aqui, porque está todo mundo aqui, pelo menos a nível que nos cabe, de gestão, de discussão, que é um nível mais regional de políticas, o que não impede que ajamos também nos outros níveis.

**SR. PEDRO TOBIAS** – Não sei se cabe falar sobre isto agora, mas vou fazer uma provocação. Para mim, hoje, a política de saúde começa com a formação dos médicos. Poderíamos começar discutindo como as Faculdades de Medicina estão formando os médicos hoje. Do jeito que está, a nossa formação de médicos e de especialistas acabou e não serve para o nosso país. Sessenta por cento de gasto na saúde é com exames. Poderíamos sugerir para as Faculdades de Medicina currículos de médicos. Hoje, 90% dos ginecologistas que examinam a mulher pedem ultra-som, se não pedem tomografia. Vale a pena discutir como política de saúde a formação de médicos também. Isto é política de saúde que deve começar também na escola. É um tema muito importante.

**SR.** – Realmente V. Exa. fez uma provocação, porque é um dos tópicos que nós, da Associação Paulista de Medicina, pretendíamos trazer a este Fórum. Mas antes de falar sobre isto, quero transmitir aos senhores presentes uma expectativa de nossa Associação. Quando recebemos o convite para participar deste Fórum, vislumbramos uma oportunidade de a sociedade vir a se manifestar a respeito de uma coisa muito ampla, que é o desenho do nosso Estado. Esperamos, firmemente,

embora hoje vamos discutir um assunto muito específico, que é política de saúde dentro de todo este conjunto do Fórum, que saia destes debates uma proposta que redesenhe o Estado. Hoje, objetivamente, o Estado como está, no seu perfil de condutas e de alocação dos recursos arrecadados, não atende aos interesses da sociedade. Ao longo dos anos, o que se viu foi um aprofundamento do abismo que separa as classes sociais. Hoje vivemos uma situação em que uma grande parcela da população é excluída da vida social, faltando a infraestrutura básica para a sua vida, em função de um Estado que se desenhou ao longo do tempo sem investir nas áreas que são importantes do ponto de vista social.

Foram levantadas aqui questões que envolvem outras áreas, como habitação, transporte, saneamento básico e uma série de outras coisas que não dependem especificamente dos gerenciadores da área de saúde, mas que interferem diretamente com a saúde. Portanto, a nossa expectativa é de que dessa discussão se produza uma proposta da sociedade que modifique este perfil do Estado como um todo, transferindo muito mais os recursos e o interesse nas áreas sociais, em vez de que acontece hoje, em que os recursos são destinados muito mais para as áreas econômicas, especulativas etc. Portanto, esta é uma expectativa geral nossa.

Especificamente com relação às questões de política de saúde, trouxemos algumas propostas, e uma delas inclui exatamente a política de formação de profissionais de saúde. Nem diria que o problema se localiza especificamente na questão da formação do médico. Esta nos afeta mais diretamente porque diz respeito à nossa entidade. Mas é algo que envolve a formação da área da saúde como um todo. Hoje, formam-se, neste país, 8 mil médicos, a grande maioria em escolas particulares, que são caras e já selecionam esses alunos de maneira inadequada. O curso de medicina oferecido por essas escolas, que foram criadas muito mais por critérios políticos do que por critérios de necessidade social, é absolutamente deficitário. Estamos formando profissionais que não estão plenamente capacitados a exercer a profissão junto à sociedade. Pelo menos 40% desses profissionais não conseguem acesso à residência médica. Portanto, esses

profissionais vão ingressar no mercado de trabalho com uma formação absolutamente deficitária. As residências médicas, por sua vez, excetuando as de algumas universidades ou hospitais públicos, também deixam a desejar. Portanto, a formação de especialistas também não é aquela que atende aos interesses e às necessidades da sociedade. Posteriormente, quando esses médicos ingressam no mercado de trabalho, existe um perfil de contratação dessa mão-de-obra que também atende aos interesses econômicos de gerenciadores de planos de saúde e muito menos ao interesse da sociedade. O Estado contrata muito pouco, porque os investimentos do Estado em saúde são muito pequenos. Esses médicos são empurrados a trabalhar junto às empresas operadoras de planos de seguro saúde. Hoje, existe na cidade de São Paulo um médico para cada 350 habitantes, enquanto a expectativa, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, seria de um médico para 1.000 habitantes. Este excesso de oferta de mão-de-obra coloca os colegas submissos aos interesses dessas empresas. Hoje, objetivamente, o que essas empresas fazem é uma pressão excessiva para que os médicos contenham custos, restringindo a realização de exames etc.

Portanto, existem problemas que vão desde a formação do profissional, até os relacionados à sua atividade na vida prática. Trouxemos um conjunto de propostas que, no momento oportuno, vamos colocar. Mas as principais são a limitação do número de escolas, a reavaliação das já existentes, uma política de residência médica e de atuação profissional que possa atender aos interesses da sociedade.

**SR. PEDRO TOBIAS** – Queremos registrar as presenças do Sr. José Dini, assessor de planejamento do Dr. Guedes, Secretário Estadual da Saúde, e do Sr. Agostinho, nosso amigo, assessor de comunicação. O Dr. Guedes, por motivo de viagem, não pôde comparecer, enviando o seu assessor para representá-lo.

Doutor, gostaria que passasse uma cópia da sua proposta para todos. Não temos prato feito. Se os senhores têm propostas dos seus segmentos sobre a

política de saúde, entreguem para as nossas assessorias. Mandaremos reproduzi tais propostas para passar aos demais membros do Conselho.

**SRA.** – Queria pensar um pouco alto. Participei do subgrupo de recursos humanos e gostaria que me corrigissem se não entendi corretamente. Entendi que neste primeiro encontro talvez seja importante traçar uma certa agenda do nosso trabalho, devido a alguns tópicos ou temas mais candentes que deverão ser, de alguma maneira, debatidos com o grupo maior e sintetizar algumas propostas de transformação da atual política. É isso? Entendi bem?

Gostaria de encaminhar a discussão no seguinte sentido: acho extremamente importante as questões temáticas que foram colocadas pelas pessoas que me antecederam. Na verdade, entendi que as sugestões apresentadas até agora são questões temáticas. Queria encaminhar a discussão para que possamos estar entendendo outras questões temáticas, e selecionar, provavelmente, algumas delas para fazer um aprofundamento e uma agenda de aprofundamentos. Vou começar pela última fala, que é a questão da formação dos trabalhadores na área da saúde. Este assunto me toca diretamente por ser de uma escola de enfermagem e por ser da área de saúde coletiva, onde temos um trabalho mais multiprofissional e multidisciplinar também. Gostaria que a questão da formação e da redefinição da política de atuação do Estado na formação dos recursos humanos fosse um dos tópicos de debate.

Um outro tópico nosso de aprofundamento poderia ser aquele que foi citado anteriormente, de passagem, que são os critérios inovadores para verificação de necessidades da população, ou seja, em que direção as políticas atuam.

Um outro tópico que talvez seja importante para nós é termos uma avaliação do impacto das políticas até então. Esta apreciação precisa ser esmiuçada no sentido de que o Estado de São Paulo é grande e há particularidades municipais. Estou fazendo uma analogia com o grupo de recursos humanos, onde queremos fazer uma verificação de como os municípios se comportam também frente aos

recursos humano *versus* a situação epidemiológica, a própria conformação geopolítica, a distinção de determinadas condições de vida, de trabalho por classe social, ou por qualquer outra maneira. Devemos fazer as divisões de vida da população e não enxergar a população apenas como um número de habitantes *versus* o número de profissionais, o número de leitos etc. Temos que entender que, atrás das diferenças de classes, das condições de qualidade de vida, há diferenças por demandas em saúde. Até agora, consegui pensar nesses três tópicos que deveríamos aprofundar. Ao final dos debates desses três tópicos, provavelmente teremos uma idéia maior, mais abrangente, para redefinição da política de saúde do Estado.

**SR. PEDRO TOBIAS** – Como falei no início, a política de saúde é macroestado, não podemos passar para o município. Na área da saúde não adianta cada município fazer a sua política. O Estado não pode lavar as mãos. Como acontece, muitas vezes, todo o mundo lava as mãos e passa para os outros. A política de saúde é do Estado e da União. Cada município pode ter uma equipe fazendo a sua política de saúde específica, mas é a varejo. Mas a política geral de saúde pertence ao Estado. Hoje, querem passar tudo para os municípios. Volto a repetir o meu ponto de vista. A responsabilidade maior de saúde é do Estado. Vejam o que aconteceu recentemente na cidade de São Paulo. O SUS já existia legalmente. O prefeito de São Paulo disse que não queria mais o SUS e implantou a política de saúde, fazendo o PAS. Isto deveria ser proibido.

**SRA.** – Vossa Excelência entendeu quando falei que deveríamos visualizar como estavam sendo executadas as políticas como uma distribuição de poder nos municípios? Mas não foi isto que eu quis dizer.

**SR. PEDRO TOBIAS** – Mas no começo da minha fala concordei com a senhora.

**SR. LUIZ FELIPE** – Sou da direção executiva nacional dos estudantes de medicina. É com muita felicidade que chego aqui e encontro o tema da formação do médico e do profissional de saúde num subgrupo de discussões sobre política de saúde. Trata-se de uma discussão que os estudantes de medicina vêm trazendo há, pelo menos, 9 anos com várias entidades médicas, no sentido de reformular toda a formação de recursos humanos na área de saúde.

Paralelamente a essa pauta, gostaria de trazer a questão do serviço civil obrigatório. Atualmente tramita na Câmara dos Deputados, em Brasília, se não me engano, um projeto inicialmente de autoria do Deputado Eduardo Jorge, e que parece que sofreu uma releitura do Senador Antônio Carlos Magalhães. Esse projeto pretende interiorizar os recursos humanos em saúde. Gostaria de trazer também este tema para discussão, a fim de que seja aprofundada e para que reflitamos se é mesmo solução para a escassez de recursos humanos no Interior do nosso Estado.

Também gostaria de reiterar sobre a questão de aberturas de escolas médicas. O Estado de São Paulo tem o maior número de escolas médicas do país, em torno de 22, se não me engano, e se não tiver nenhuma outra em processo de abertura no momento.

Essa é a pauta para a qual os estudantes de medicina gostariam de estar contribuindo neste subgrupo.

**SR.** – Já fiz um pedido de esclarecimento e agora vou fazer o segundo. Quantas reuniões estão programadas para este grupo para se produzir alguma coisa com alguma eficácia?

**SR. PEDRO TOBIAS** – Não está fixado nada. Acho que já há consenso aqui para discutirmos a formação de pessoal na saúde. Os senhores trazem material de

cada área e marcamos um subgrupo para detalhar o que queremos na prática. Esta é uma proposta.

**SR.** – Deputado Pedro Tobias, gostaria de voltar à consideração inicial do Professor Herval. Vejo que todas as associações são muito ricas e procedentes. Mas esse balizamento que o Professor Herval está propondo é o que poderia, digamos assim, unir as nossas preocupações. Estava considerando a política nacional de medicamentos. Como os senhores sabem, como resultado de discussão na sociedade, onde houve participação de segmentos realmente representativos em outubro de 98, o Ministro José Serra assinou uma portaria da política nacional de medicamentos. Essa talvez tenha sido a primeira portaria realmente consistente do Ministério da Saúde, que foi o resultado de uma consulta relativamente ampla, teve tramitação até no Conselho Nacional de Saúde. É um documento sobre o qual os companheiros deveriam meditar, porque a simples leitura dele chega ao arcabouço que o Professor Herval Ribeiro estava considerando. Não é possível desenvolver uma política nacional de medicamentos sem uma consideração ampla de políticas intersetoriais, ou seja, políticas industriais. É algo que ultrapassa o âmbito da saúde.

Um outro aspecto tratado nesse documento que tem uma relevância extraordinária é a intenção do governo federal em relação à vigilância sanitária. Estabeleceu-se algo esdrúxulo no país. Existe uma agência nacional de vigilância sanitária que se preocupa. Embora diga que tenha esta intenção, ela está estruturada para atender aos interesses dos produtores, e não o interesse dos usuários. É uma agência que está voltada para a vigilância de produtos e serviços. Como consequência disso, os usuários poderão se beneficiar. Vejam, por exemplo, o Professor Herval conhece isto muito bem; o âmbito federal não tem responsabilidade nenhuma em relação à vigilância sanitária nos ambientes de trabalho. É um absurdo isso. Temos que tratar esta questão com profundidade porque mais da metade do parque industrial farmacêutico está localizada no Estado

de São Paulo, para não falar da produção, que é muito maior do que a metade das unidades fabris. Estas considerações que estou fazendo são no sentido de articularmos nos nossos debates e nas propostas as questões gerais e as ações programáticas. O que se refletir a respeito disso vai ter uma enorme influência para o conjunto do país. Vejo isso claramente no que diz respeito a políticas de medicamentos e à vigilância sanitária, não só de produtos, onde os próprios medicamentos estão incluídos, como também de serviços.

**SR. PEDRO TOBIAS** – Gostaria também de propor outro item para discussão, além da formação do profissional de saúde. Trata-se de prioridade para investimento. Vale a pena investir na Furp para vender o remédio mais barato? O SUS ou a Secretaria Estadual gasta muito dinheiro com tomografias para facilitar a venda de aparelho estrangeiro. Assim sendo, a política de formação do profissional de saúde seria um item e o outro a política de gasto. Não adianta ficarmos sempre chorando que falta dinheiro. Nós também gastamos muito mal na saúde. A política de gasto faz parte da política de saúde. Eu sou médico e vejo gastos desnecessários no dia-a-dia. Sempre cito um fato que aconteceu comigo. Sou formado na França e sempre falava com meu professor que para exame pré-operatório de câncer pedia hemograma. O meu professor perguntou-me se eu não sabia examinar se a paciente está anêmica ou não. Ele concluiu que somos pobres e gastamos mal. Eles são ricos e gastam melhor do que nós. Não adianta todo mundo falar que falta dinheiro. Temos que verificar também onde está se gastando e se está gastando bem. Muitos hospitais deveriam ser fechados. Em alguns hospitais públicos o custo paciente é quatro vezes mais que em hospital particular. Devemos discutir isso também com clareza, porque seria fácil se entrassem milhões de dólares para a saúde, mas o dinheiro é pouco. Precisamos também debater como subitem a política de prioridade no gasto.



**SR.** – Mais do que a questão do investimento, o que vem se discutindo hoje é que tipo de investimento se faz como desenvolvimento econômico que acaba gerando demandas de saúde. Como vamos interferir neste processo de análise e proposição política para que as outras áreas de desenvolvimento sejam coerentes com atitude de desenvolvimento num ambiente saudável, desde o ambiente fabril, o ambiente de trabalho, o ambiente de produção etc. Outro dia, numa Conferência Municipal de Saúde no Interior, numa espécie de prestação de contas, a prefeita se vangloriava de ter completado a rede de esgoto da cidade, de 20 mil habitantes, quando alguém de uma outra área levantou-se denunciando que toda a rede tinha sido jogada diretamente no rio, sem nenhuma tecnologia de tratamento desse esgoto e prejudicando cerca de cinco cidades que usavam o rio mais adiante, como fonte de abastecimento. Isso obrigaria essas cidades a fazer um tratamento de água mais sofisticado, acumulando um gasto que, regionalmente, não justificava o benefício causado pela colocação da rede de esgoto naquela comunidade de 20 mil habitantes. Este é um dos exemplos entre vários outros mais complexos que poderíamos colocar.

Nessa área de investimento, além de gastarmos melhor o pouco que temos e lutarmos por ter mais, nós da saúde temos que discutir seriamente em fóruns decisivos sobre que tipo de investimento a sociedade faz que não gere demandas, que reduza a qualidade de vida e onere o Estado no cumprimento de suas funções.

**SR. JOSÉ TOBIAS** – Sem dúvida que se entrarmos também nos temas saneamento-saúde, moradia-saúde, salário-saúde, vamos nos perder. Todo o mundo sabe que isso é prioridade, mas a longo prazo, é política nacional, é política de emprego. Nós não queremos apenas teoria. Gostaria de ter sugestões para o poder público estadual ou federal. Sem dúvida nenhuma é uma sugestão, mas se vamos considerar essa linha, talvez seja para os nossos netos. Sou realista nessa parte. É tudo muito bonito, mas o povo não vai ter resultado nenhum. No mínimo vamos tentar aumentar os recursos, por isso vamos debater o tema financiamento.

Se temos o dinheiro dentro da saúde, gastamos melhor. Todo o mundo sabe que saneamento-saúde e moradia-saúde requerem tratamento.

**SR.** – As universidades, temos aqui alguns setores representados, normalmente produzem, reelaboram, sistematizam uma série de conhecimentos na nossa área específica da saúde. Boa parte desse conhecimento acaba ficando dentro das gavetas ou nas prateleiras.

Por outro lado, temos um Fórum que está acontecendo na Assembléia Legislativa, a Casa de Leis do Estado de São Paulo, e que também tem a intenção de fazer uma comunicação com o Congresso Nacional naquilo que for de competência do nível federal. Fiquei pensando como poderíamos, no caso específico das universidades, pegar todo esse conhecimento que tem sido produzido, sistematizado, e verificar o que daquilo pode brotar em projetos de lei. Não é só a lei que vai mudar as coisas. Mas estamos numa Casa de Leis e há possibilidade de verificar o conjunto de produção que a universidade tem feito, aquilo que pode impactar a sociedade e a determinação da saúde e viabilizar isso com projetos de lei ou de cobranças que o Legislativo pode fazer em relação ao Executivo etc.

Seria possível dar essa demanda, isso vai um pouco de encontro com o que o Paulo falou, ou seja, de sairmos daqui com algumas tarefas. Será que isso é uma das coisas? E os outros componentes, do grupo também, entidades da sociedade civil, setores profissionais, estudantes, o que estão gritando para se transformar em projetos de lei, em ações do Legislativo e que nós não estamos tendo o respectivo canal. Hoje, vejo esta possibilidade do Fórum aqui na Assembléia Legislativa dar voz a essas produções que temos elaborado durante tanto tempo. Andei refletindo ultimamente, lá no trabalho de pós-graduação, a tese do Sérgio Arouca sobre o dilema preventivista, que foi defendida em 1975 e que agora vai completar 25 anos do dilema. Quanta coisa mudou nesse tempo. Ainda estamos vivendo o dilema do que fazer na escola médica, nos serviços de saúde, na organização da sociedade

civil. Eu, como representante das universidades, gostaria de conversar com os demais representantes para tentarmos vasculhar um pouco aquilo que temos produzido e aquilo que se pode manifestar com projetos de lei.

**SRA.** – Quero voltar um pouco à colocação anterior, não por discordância do que está sendo posto como área de discussão setorial, mas até para mostrar a necessidade de ter um pouco mais de clareza sobre uma questão mais geral. A área de recursos humanos é fundamental. Essa discussão, o papel do treinamento, a formação de recursos humanos, não só dos médicos, mas do conjunto dos trabalhadores da saúde. Hoje, temos uma situação difícil onde imaginamos a possibilidade de dar um salto direto —governo, população —, sem passar pelo funcionário. O funcionário está lá sem conhecer exatamente o seu trabalho, sem ter a possibilidade de construir criticamente o que faz. Aí tem um salto muito complicado.

Recursos humanos são uma área essencial. Mas recursos humanos, treinamento e formação para quê? Para que Estado estamos imaginando? É possível treinar e pensar sobre recursos humanos num Estado que tenha duas portas de entrada? Qual é a diferença que isto faz em relação à atividade desses profissionais? Pode ser que tenhamos recursos humanos montados num Estado que a sua atuação seja como o PAS. O que isso significa do ponto de vista dos recursos humanos? Isto é verdade para investimento, é verdade para todas as áreas, para que vamos trabalhar determinadas áreas, para que conformação do Estado, para que tipo de absorção, para que tipo de trabalho, para que papel de Estado? Se vamos pensar uma atividade de Estado, uma política de saúde onde seja possível trabalhar no Estado e na iniciativa privada, seja possível ter duas portas, seja possível construir alternativas de parcerias com a iniciativa privada no financiamento de questões básicas da saúde, por que não tem investimento na área de saúde? Se é esta conformação, isto muda do ponto de vista de que tipo de recursos humanos, que treinamento ele terá, como vai ser usado o dinheiro.

Uma outra dificuldade é que a Secretaria não tem, porque cuida do dia-a-dia e da rotina de tocar o seu serviço, como fazer uma avaliação. Não vi o caderno do Seade, mas existem trabalhos do Seade mostrando que, há pelo menos 15 anos, a população está envelhecendo e que terá problemas outros de saúde. Temos uma população que vai mudar o seu perfil biológico, temos uma outra demanda completamente diferente e já estamos tendo porque faz 15 anos que isto está sendo anunciado. Isto teve impacto de mudança na conformação do serviço?

Ainda temos programas em relação a pré-natal, estamos olhando o que acontece com o atendimento à gestante, estamos olhando que mortalidade infantil é esta para saber se o que estamos fazendo combina com o que está posto na realidade. Talvez pudéssemos ajudar este buraco, tentando olhar no sentido da avaliação. Talvez isto ajude na questão de uma avaliação do trabalho. Precisamos discutir e trazer pessoas para discutir conosco, a fim de facilitar, devido ao tamanho do grupo, um pouco sobre que Estado é este na área de saúde. Todas as áreas setoriais estão condicionadas a isso.

**SR. PEDRO TOBIAS** – Você enriquece a reunião, Herval.

**SR. HERVAL** – Antes, fiz indagações à Mesa, agora vou me colocar. Estou entendendo este Fórum, e aqui está dito “pensando São Paulo”, no sentido de alguma forma contribuir para que a sociedade (da forma limitada que está sendo convocada), no mínimo organizada, reflita as questões políticas maiores deste Estado. A partir daí construir propostas para o Estado de São Paulo.

Apesar da minha idade, não sou uma pessoa apressada. Já fui. Não sou mais. Não acredito que as coisas vão acontecer porque vamos fazer propostas e diagnósticos corretos, porque não sabemos se existe a vontade política de fazer. Esta vontade não existe neste momento. Vejam, até pegando o que a Marina disse sobre recursos humanos. O profissional de saúde, sobretudo aquele profissional

que capitaneia a intervenção, que é o médico, é um instrumento de venda de alguma coisa.

Temos uma sociedade de mercado em que o médico vende produtos, vende medicamentos, vende exames, vende tecnologia, vende uma série de coisas. Esta é a lógica do mercado. O problema é até onde vai haver intervenção da sociedade e do Estado organizado para que esta lógica seja mais social. Isto é, você controlar os investimentos do capital, na medida do possível, pelo Estado, no sentido de que haja, no mínimo, uma preocupação com o que está sendo produzido em termos de medicamentos, ou como está sendo usado em termos de tecnologia. Todo esse diagnóstico de uso abusivo da tecnologia já foi feito. Existem muitos estudos das universidades, da sociedade civil, teses de mestrado e de doutorado, etc., que podem encher esta sala. Aí o Riani vai sentar-se sobre este monte de produção científica e tentar racionalizar e trazer daí o conhecimento. Antes, porém, deve procurar saber se é conhecimento ou não, porque, segundo se diz, 95% das teses escritas podem perfeitamente ser jogadas fora, porque não têm nenhum valor. Não acrescentam nada ao conhecimento. Restam 5%. Certamente no nosso meio não é diferente. Não dá nem para fazer projetos. De qualquer maneira, existe uma produção científica, não importando o seu conteúdo e a sua consistência, que pode ser aproveitada. Certamente, enquanto participação aqui nossa, não vamos acrescentar muita coisa nisso.

Devemos definir o que queremos realmente aqui. Primeiro, lamento que o Estado de São Paulo esteja de joelhos perante uma política nacional em todos os setores. O Estado de São Paulo, que tem um quinto da população do país responsável por 45% do produto interno bruto deste país, está de joelhos, porque o Estado não está se colocando dentro da perspectiva de futuro. Então, está repetindo o modelo preconizado nacionalmente, que é o modelo em que o FMI precisa dizer hoje que até o consenso de Washington não está correto. Se não partirmos desta visão macro, não vamos fazer nem uma visão nacional de políticas de qualquer setor e uma política de Estado. O convite e a oportunidade é que comecemos a

contestar essa coisa maior que está por aí, porque as nossas práticas estão sendo pervertidas.

É evidente que não estou pretendendo que nos detenhamos nisso. O que quero dizer é que se não tivermos como parâmetro o que está acontecendo, vamos ficar nisso. SR. Secretário de Comércio dos Estados Unidos desembarca aqui com duas grandes indústrias farmacêuticas, a Pfizer e a Merck. É evidente que isso está relacionado com toda a política de medicamentos. Sabemos que a política de medicamentos é que determina as políticas de saúde neste país. Esta é a verdade. Esse é um mercado enorme. Com exceção dos Estados Unidos, o que eles não fazem na Europa, fazem aqui, porque as nossas autoridades, posso estar sendo dinossáurica, estão de joelhos e esta política está subordinada aos interesses do capital desse setor. Esta que é a verdade de fundo. Não adianta procurarmos soluções técnicas para questões que são, eminentemente, políticas. Primeiro política, depois o técnico. O nosso estudante de medicina colocou a questão da interiorização da medicina. Esse assunto é velho. Certamente o convite para as pessoas trabalhar no Interior não deve ser um processo autoritário. Tem que ser um processo democrático, discutido com a sociedade. O estudante de medicina, o médico, ou outros profissionais poderão ir para o Interior.

Esta Casa tem um papel fundamental pela sua própria importância no Estado de São Paulo. É preciso que os nossos governantes não fiquem administrando as pequenas coisas. Uma das questões da administração pública hoje é a mediocridade dos dirigentes desses setores. Só procuram o resultado pragmático, a curto prazo, que renda eleição, e que garanta a eleição do seu grupo político.

Essas coisas precisam ser realmente balizadas. Não estou pedindo que esse grupo temático se restrinja a isso. Mas isso tem que ser colocado dentro do horizonte. O que podemos fazer em face deste contexto adverso, no sentido de socializar uma discussão? Estamos às vésperas de eleição. Transmitiu-se, por exemplo, numa proposta generosa e democrática, uma série de coisas aos municípios. Mas os municípios têm pernas para isso? Estão com problemas

seriíssimos porque não têm renda, não têm dinheiro. O dinheiro está entrando aqui e saindo lá. A única advertência sobre a exportação de lucro está se dando no banco, onde os empresários se posicionaram em relação ao Banespa, admitindo uma coisa: mas não exporta, só exporta dinheiro. Por isso nacionalizado, e o BNDES deve colocar dinheiro para financiar o capital banqueiro nacional que quer ficar com o Banespa. Ninguém discutiu os 16 mil trabalhadores que foram demitidos do Banespa. Ninguém está discutindo a questão de 35% a 40% da mão-de-obra que está desempregada e ninguém está discutindo uma questão em que o Estado brasileiro está propondo que entidades civis, organizações sociais, contratem servidores para servir de agentes de saúde, porque o Estado não quer, o município não quer, e a União não quer. As organizações contratam da forma que devem contratar, numa desconsideração e criando uma situação que amanhã vai se discutir o que vai acontecer com um contingente que hoje é de quase 120 mil trabalhadores, sem uma relação de emprego definida e nas costas de organizações sociais, a maioria criada de uma maneira fantasma.

De repente esse projeto está passando por aí como uma salvação da lavoura. Eu não sou contra o Programa de Saúde da Família, enquanto estratégia para realmente melhorar a participação da sociedade, mas não concordo com a forma como estão fazendo. Não assistimos uma discussão nacional acerca dessa questão. A coisa está vindo de cima para baixo. Essa discussão precisa vir a lume. O que queremos com a política de medicamentos, com a política de recursos humanos, com a política na área de saúde.

A questão, por exemplo, do meio ambiente e da intersectorialidade tem alguns segmentos no Ministério que estão pensando bem. Se você não definir quais são as necessidades não apenas presente, como futuras, não vamos administrar nunca esta questão da saúde.

Agora está se propondo a terceira idade. Eu particularmente sou contra esta estória de segmentar as pessoas em idade. Tenho 68 anos e não quero participar de nenhum programa de idoso. Quero participar, como cidadão, de todos os

programas deste país: dos idosos, das mulheres, dos adolescentes. Isso é uma segmentação e um paternalismo que o Estado alenta. Não é esta a questão. A questão é tornar vivos, e o papel da Assembléia é muito grande, um pensamento crítico, uma atuação crítica e uma militância crítica. É por aí que devemos conduzir. Claro que daí vão surgir algumas coisas novas e propostas de práticas diferentes dos diversos segmentos sociais.

**SRA.** – Tudo até agora foi muito bem colocado. Represento os usuários e não tenho toda essa facilidade de falar em termos técnicos. O que me chamou a atenção é que se discutiu formação, financiamento e uma série de questões. E o homem como um todo que deve ser tratado? O homem que fica doente porque vive numa sociedade doente. Estamos vivendo numa sociedade injusta e é isso que faz o homem doente. Falam de recursos humanos. Nós, usuários que vivemos com a periferia, com aquela situação de atendimento muito precário, sabemos o que queremos. Nas próximas vezes posso trazer uma proposta do que queremos como usuários. Não queremos tecnologia. Queremos ser tratados como um ser humano de igual para igual. As associações organizadas partiram da Oitava Conferência Nacional de Saúde, do SUS e do Controle Social. Infelizmente, eu já participei do Conselho Nacional, sou do Conselho Estadual e digo que esse Controle Social não existe, não nos dão espaço. O Conselho Estadual de Saúde está há dois meses quase sem reunião. Tudo que é decidido vem de cima para baixo, como falou Dr. Herval. Nunca nos perguntaram se estamos contentes com esse esquema de saúde da família. O Qualis foi posto abaixo. Fazemos muitos sacrifícios nas nossas comunidades no dia-a-dia para atender

programas de saúde da mulher, da criança etc. Nunca se discutiu num Conselho o programa estadual do sangue e hemoderivados, que é onde mais se manda dinheiro para fora.

A minha expectativa é de estar discutindo neste Fórum de igual para igual, mas com voz para falar o que sentimos realmente. Com relação aos recursos humanos, temos pedido o Código de Ética de profissional para com o usuário. É



muito comum sermos maltratados no atendimento nos postos de saúde. É isso que gostaríamos de estar vendo mudar a partir deste Fórum.

Concordo plenamente que essa política deve ser estadual. Além dessas duas associações que represento aqui, sou vice-coordenadora da Pastoral da Saúde da Diocese de Osasco. Trabalhamos com 12 municípios onde vemos políticas diversas e sempre com prejuízo daquele coitado do usuário, da criança, que por anemia não consegue acompanhar um bom ensino.

Se houver interesse em algum trabalho que posso trazer da base, coloco-me à disposição.

**SR. PEDRO RIBAS** – Agradecemos se a senhora tem algum material, porque, muitas vezes, quando estamos discutindo alguma coisa, sempre esquecemos o usuário. O usuário é a maioria. Os profissionais da saúde, políticos etc., estão aqui para atender o usuário. Infelizmente, muitas vezes, o menos ouvido é o usuário. Como falei no começo sobre fila dupla, o governo não escutou e nem perguntou para o usuário. Nem o Conselho Estadual de Saúde foi consultado. Algumas vezes formam esses conselhos, em todos os níveis, para não funcionar, mas para enganar. Acho que o usuário deveria reagir mais, porque nós não somos os salvadores da pátria. Ou a sociedade reage para valer, ou não tem saída. Também acho que não vamos chegar a nada com democracia. Se não tivermos uma coisa agressiva, não vamos chegar a nada.

**SRA.** – Mas o que o senhor pretende dizer com essa coisa agressiva. Os usuários estão reagindo. Posso contar mil casos de pacientes que processaram médicos.

**SR. PEDRO TOBIAS** – Não é problema só processar. O usuário é pacifista demais para o meu gosto. Não é processar. É ter uma ação maior.

**SR.** – Quero fazer uma pergunta porque me chamou atenção, agora que estava repassando a composição do grupo. Certamente sei que o setor privado foi convidado para participar do Fórum. Aqui não tem representantes da Diospe, da Brangi, da Fiesp, ou seja, do setor produtivo na área privada. Esta ausência está sendo notada nos outros grupos também, ou é específica da nossa área?

**SR. PEDRO TOBIAS** – Só neste grupo, porque nos outros grupos já estão participando. Mesmo no subtema que teve nesta semana, a iniciativa privada estava representada.

**SR.** – Precisaria insistir para que tivesse essa representação no nosso grupo.

**SR. JOSÉ TOBIAS** – Por exemplo, na segunda-feira, quando o tema era “Gestão e Municipalização”, não teve ninguém representando os municípios, que são os mais interessados. Lamento, mas não podemos obrigar ninguém.

**SRA. CRISTINA** – Represento a Comissão Estadual de Reparo em Saúde Mental. Já iniciamos uma discussão na Comissão que eu coordeno a respeito da importância deste Fórum. Neste momento, em que se faz a primeira reunião por grupos de trabalho, venho manifestar o interesse de estar junto com este Fórum, pensando fundamentalmente nestas grandes proposições para a saúde pública. Estamos tentando contribuir, fazendo na comissão uma discussão mais ampla sobre a saúde mental, a saúde pública, a importância de se ver cada setor de um âmbito não específico, dentro dessa discussão mais ampla da saúde e do quanto isso implica não só em discussões de teoria, de ponto de vista, críticas, mas de formulações.

Temos uma expectativa de que o Fórum São Paulo Século 21 possa ser propositor, conforme já foi falado anteriormente, porque é vocação desta Casa elaborar projetos de lei. Sabemos que só isso não é suficiente para se fazer política da saúde e transformações. Mas muitas mudanças já vêm acontecendo de forma

miúda, até tímida, particularmente na saúde mental, e que poderiam ser coroadas com projetos de lei. Este deveria ser o caminho do Legislativo, de proposições, de realidades e de experiências.

Por outro lado, podemos nos retroalimentar, porque estamos fazendo um estudo bastante difícil, porque não conseguimos todos os dados do Estado e do Ministério acerca da saúde mental, particularmente. Acreditamos que neste Fórum poderíamos conseguir alguns dados de forma mais precisa do que estamos conseguindo na Comissão. Isso pode parecer estranho, mas é uma dificuldade. Às vezes temos dificuldade da participação da própria Secretaria da Saúde na Comissão, que tem assento não só para manifestar a sua opinião, mas também para prestar contas. Por que isto é importante? Hoje, fundamentalmente, a saúde mental representa um gasto público extremamente significativo. No ano passado foram gastos 407 milhões de reais com internações em hospitais psiquiátricos. A maior parte dos hospitais é particular, conveniada ao SUS. Apesar de o Ministério manifestar que é favorável a uma substituição do modelo asilar, hospital ou cêntrico por uma rede de serviços na comunidade, o que temos de notícia oficial é que o dinheiro das AIHs carimbadas para a saúde mental, dos hospitais psiquiátricos fechados, não se transforma em verba para ser aplicada nos serviços substitutivos na mesma área, o que representa um colapso à vista.

Por outro lado, o Ministério manda um recado: “Façam a reforma com o dinheiro velho porque nenhum dinheiro novo será aplicado”. São notícias que abalam essa esperança e a luta por transformação da saúde pública e, particularmente, com esse horizonte que vislumbramos para este novo século, de não exclusão, de não segregação, de um novo indivíduo a ser construído, de uma nova relação de possibilidades de conceber saúde, de conceber doença, de conceber sanidade. Estamos aqui com esta disposição e muito esperançosos em poder construir proposições, além de produzirmos aqui um acúmulo de críticas e de idéias que podemos trazer de vários segmentos, da academia, dos movimentos, das organizações não governamentais. Existe esta disposição, mas existe também a

dúvida se, de fato, este Fórum caminha nesta direção ou se é apenas um Fórum de debates.

**SR. PEDRO TOBIAS** – Só para responder sobre essa parte psiquiátrica, quero dizer que tem uma emenda de minha autoria ao Plano plurianual, que não sei se vai ser aprovada. Após discussão com alguns psiquiatras, fiz a emenda no sentido de que durante os próximos 4 anos 50% de verba de internação será transferida para hospital-dia ou ambulatorial, porque vocês, às vezes, sofrem com isso. Ou seja, se não internam, o dinheiro não volta para o tratamento ambulatorial. Na área da psiquiatria, às vezes no passado, tinha muitos hospitais particulares que faziam internações apenas para ganhar dinheiro. Graças a Deus muitos desses hospitais foram fechados. Inclusive, na minha região, foi fechado um hospital que era uma fábrica de dinheiro. Usavam os pacientes mentais como mercadoria para enriquecer. Vamos aguardar a votação da minha emenda para tentar que este dinheiro de internação seja destinado ao atendimento ambulatorial ou hospital-dia, e não vá para outra área.

**SRA. ANA** – As manifestações dos participantes desta reunião estão aparecendo como um reflexo da situação de saúde mais geral que vivemos no Estado e no país. Temos problemas de ordem mais estrutural que, sem dúvida, não podem ser esquecidos e que precisamos resgatar e a necessidade de encaminhar as questões mais urgentes, mais específicas, que dizem respeito às categorias, à manutenção de um serviço e a garantia de qualidade. Temos um panorama que realmente é complexo, porque não é um tema em que podemos dizer que falta descobrir a saída. Quando recuperamos o âmbito das ações programáticas, percebemos que já existe acúmulo em tecnologias que vem sendo propostas, desenvolvidas e discutidas há muito tempo. Mas a garantia da implementação, da continuidade dessas propostas é algo que não se tem. Ultrapassa o âmbito técnico

dos profissionais para que possamos dizer que vai garantir uma melhor qualidade do atendimento dos serviços.

Um dos aspectos que valeria a pena explorarmos no âmbito deste Fórum, já que podemos ter essa diversidade, essa composição mais ampliada na análise mais aprofundada dos determinantes mesmo da saúde, seria que tipo de elementos os profissionais e os próprios serviços de saúde têm incorporado no seu cotidiano, na sua prática, essa análise de impacto das suas ações e reconhecimento de necessidades específicas de saúde. Essa questão de recursos da epidemiologia mesmo, da epidemiologia social, para que possamos incorporar isso e daí fazer uma triagem e utilizar todo o acúmulo das ações programáticas no encaminhamento dos problemas de saúde da população. Precisamos, cada vez mais, trabalhar não só com o encaminhamento dos problemas, porque eles são o resultado de uma dada condição de vida, que tem outros agravos, e vão ficando mais complexos, mas também pensar numa atuação da área da saúde com outros setores de políticas públicas.

Nesse sentido, acreditamos que a contribuição do campo da promoção da saúde tem que pensar de forma mais intersetorial, para poder ter um resultado que não significa multiplicar o número de leitos ou de técnicos por cinco ou dez, porque vamos continuar tendo um adoecimento em massa e, cada vez mais caro, mais completo e mais fragmentado e muito menos olhando o indivíduo como um todo, só tentando apagar o incêndio de forma mais precária e mais pontual.

Já que temos a possibilidade de estar juntos nesta discussão, o Fórum poderia trazer pessoas e especialistas que possam recuperar. Concordo com o Professor Riani de que já existe acúmulo, e que, talvez, por conta da cisão, a universidade fica muito distante do conjunto da sociedade. Quer dizer, não existe muita divulgação do conhecido produzido. Quando existe a divulgação ainda é num meio mais distanciado. Não conseguimos ter um impacto maior da produção desse conhecimento com relação ao conjunto da sociedade como um todo. Talvez este Fórum possa ser o local onde esta divulgação circule de maneira mais horizontal e

se aproprie o melhor desse conhecimento, para podermos traçar uma estratégia. Tudo que foi falado é possível. Ou seja, pensando em verticalizar isso para leis, pensando em difundir para instrumentalizar os gestores de todas as instâncias, os representantes da sociedade civil no âmbito da saúde e, principalmente, para instrumentalizar os técnicos, a fim de pensarem menos no encaminhamento das doenças e mais no âmbito da promoção, numa articulação intersetorial.

**SR. PEDRO TOBIAS** – Vamos começar o encaminhamento da discussão sobre a formação do pessoal da saúde e a prioridade de gasto. Não sei se os senhores estão de acordo, mas, da discussão que tivemos até agora, parece-me que estes dois temas são os mais importantes. Concordo com Sr. Herval quando falou que estão bombardeando os médicos com remédios novos, máquinas novas estrangeiras, que saem todos os dias. Da mesma forma, conforme falou SR. Herval sobre a política de remédios, é investir na Furp, que fabrica remédios.

Outro assunto que Sr. Herval falou foi da vontade política. Podemos fazer debate político geral. Todos nós sabemos que falta vontade política, sem dúvida alguma. Chamaremos os Conselhos e seu pessoal, o Secretário da Saúde e outros para fazer debate político geral. Aqui a vontade política na saúde é a mais importante. Acredito que podemos dividir em dois grupos, professores de faculdade, pessoas que trabalham nas faculdades, e a sociedade podem trazer na próxima reunião proposta sobre a política de saúde, por escrito, para distribuímos para as demais pessoas. Acho válido e coloco como proposta também.

**SR.** – Após ouvirmos as várias manifestações dos diversos setores, confesso que até chegamos a discutir um pouco esse tema na Associação Paulista de Medicina, e percebemos que a coisa é muito mais ampla do que aquilo que inicialmente pretendíamos. Portanto, do nosso ponto de vista está sendo bastante proveitoso o que estamos ouvindo, porque traz a opinião e as demandas de diversos outros setores. Parabenizo a senhora porque nos trouxe os pés no chão.

Afinal, o objetivo de tudo isso são os usuários, que, a despeito de tudo que se tem discutido ao longo dos anos, quando estão doentes e vão procurar um atendimento médico, são ainda muito mal atendidos, se é que o são. Portanto, é a nossa tarefa buscar propostas que, efetivamente, para que a pessoa doente seja bem atendida. Na verdade, tudo que foi dito aqui versa nesse sentido. Desde a formação, porque os profissionais são inadequados para prestar atendimento à sociedade, até a estruturação do serviço de saúde e a forma como os recursos são gastos.

Vou fazer uma proposta de encaminhamento. Pelo menos me pareceu que aqui existem quatro vertentes que deveriam ser consideradas e a partir daí até podem surgir outras. A primeira é a questão da formação dos recursos humanos em saúde, que se constitui num problema, porque hoje os profissionais são formados muito mais em função de interesses econômicos e políticos e muito menos em critérios epidemiológicos de necessidade. Portanto, considero que este deveria ser um tópico a ser destacado e aprofundado por este Fórum e tirarmos daí propostas a respeito da formação dos recursos públicos em saúde.

A outra questão que me parece de grande importância é a da inter-relação da saúde com outras áreas da atividade pública. Foram citados vários exemplos, como saneamento básico, transporte e habitação. Tudo isso tem uma interferência direta na questão da saúde. Quando consultamos alguns departamentos da Associação Paulista de Medicina, alguns se manifestaram a respeito deste item. Por exemplo, um tema citado, que trago aqui, e que está no item de relacionamento, é a questão do tabagismo. A política de combate ao tabagismo não é uma política que cabe somente à Secretaria da Saúde. Na verdade existem experiências de fora do país onde simplesmente se proibiu propaganda do tabagismo. Isso resultou numa redução. Evidentemente, os gastos com as doenças decorrentes do tabagismo são enormes.

Outro tema citado e que trago aqui também é a questão do controle do armamento da população. Foi debatido no Congresso Nacional, não se avançou nessa questão e as pessoas ainda podem portar armas. No entanto, as

conseqüências disso na área da saúde são desastrosas. Talvez o mais caro a longo prazo para os cofres do Estado é o paciente vítima de violência.

Existe claramente uma vertente de uma relação da área de saúde com outras áreas do serviço público que deveríamos também aprofundar e elaborar as nossas propostas com relação a todo esse contingente de questões com as quais a saúde se relaciona, porque isso nos interessa de perto.

A terceira vertente que também deveríamos aprofundar é a questão de como os recursos destinados à saúde são utilizados. Ou seja, se os diversos programas que estão sendo implantados e a forma como esses recursos estão sendo utilizados, do ponto de vista da sociedade, é a melhor forma de alocar esses recursos. Portanto, aí incluem-se os diversos programas de saúde. Eu destacaria, em particular, até pela importância que isso tem, e Sr. Herval colocou muito bem, a questão dos medicamentos. Este item deveria merecer de nós um aprofundamento. É inadmissível o que se passa hoje. As pessoas não conseguem comprar remédio porque ele é caro demais. O Brasil é talvez um dos países onde os medicamentos são os mais caros e a população não tem acesso ao medicamento. Além disso, temos a questão do controle de medicamentos. Foi preciso que mulheres engravidassem tomando anticoncepcional para saber que dentro da embalagem não tem aquilo que está escrito na bula. Eu não sei se esse negócio já está resolvido. Acredito que ainda não, porque são mais de 30 mil produtos e não há aparelho suficiente no Estado para controlá-los.

Faço a proposta de, nas próximas reuniões, procurarmos nos aprofundar pelo menos nessas vertentes, e daí tirarmos as respostas específicas de política de saúde.

**SR. PALMA** – Quando inventamos o debate e fizemos essa formulação, evitamos ser muito diretivos, chegando com um pacote pronto, mesmo correndo o risco de dar a cara para bater. Acabamos sendo felizes, porque o que se queria era sermos uma espécie de um grupo de trabalho e refletir.



Aproveitando e aprofundando isso, estava tentando dar uma sistematizada no que foi falado. O consenso é bastante razoável. Estamos querendo cortar este distanciamento da Assembléia com a sociedade civil. Quer dizer, a estória do Fórum, dando uma resposta à Dra. Cristina, é nesse sentido. Também queremos acabar com esse atropelo com a conjuntura. O Deputado Pedro Tobias é o Presidente da Comissão de Saúde, desta Casa, e todas as terças-feiras estamos sendo pautados por questões que já julgávamos superadas. Ontem, estava aqui o pessoal da tuberculose, veio o Diretor do Clemente Ferreira, o pessoal do CPE, o pessoal da Pastoral Carcerária, dizendo que há 1.500 mortes por ano, e mais da metade delas não está relacionada diretamente com o HIV. É uma pilha de cadáveres de tamanho razoável. Na semana anterior estava o pessoal da hanseníase, que continua em três por 100 mil, ou seja, com tendências eventuais de crescimento, representando uma situação dramática de abandono e de exclusão do pessoal. A cada semana é um tema desse que acabamos mais discutindo o reflexo do que a causa, ficando com uma pauta negativa na Casa. Quer dizer sem muita condição de ter o debate global.

Para tentar ajudar na sistematização das propostas que nos foram feitas, o Herval colocou isso e outras pessoas também, que o mais importante é termos um debate sobre a macropolítica, os caminhos mais gerais da política de saúde. Será que é uma política do Banco Mundial, do FMI, do sucateamento, como fica a questão da fila dupla. Lemos na *Folha* que um juiz deu, em primeira instância, parecer favorável a isso. A que política responde isso? Essa é uma política clara da Secretaria? Como a sociedade civil e as suas entidades se defrontam com essa questão? A questão das organizações sociais, o sucateamento dos hospitais da administração direta, o contraste criado entre hospitais que têm recursos diferenciados, capacidade administrativa, agilidade *versus* esse mastodonte criado no setor público, na administração direta, e as saídas para isso.

Uma sugestão seria pautar com o conjunto dos 80 conselheiros, para evitar cairmos num “reunismo” e acabar esvaziando a nós próprios, um debate sobre as

tendências mais gerais e as políticas de saúde no país e no mundo. Quer dizer, onde nos inserimos, que caminhos são esses? Quais as perspectivas e as tendências mais gerais? Até comentei com SR. Deputado, que comporia a Mesa todos os 80 conselheiros que estão numa posição horizontal, plana, e não precisaríamos, obrigatoriamente, fazer um debate formal. Isto é, chamar o Secretário, o Conasemis, aí precisa ter usuários, trabalhadores. Por outro lado, também precisa ter setor x ou y. Quando constituímos o Fórum, tiramos um Conselho Geral do grande Fórum, do Conselho Século 21. Na área de saúde, foram indicados o Professor Adib Jatene, a Professora Amélia Kon e o Professor Pedro Paulo Monteleone. Sugeriria e quero saber se há um consenso nisso. Ou seja, para esquentar os motores, poderíamos fazer um debate com os Deputados Pedro Tobias e Roberto Gouveia, como coordenadores da saúde. Os três da Mesa grande fariam uma primeira exposição dessas linhas mais gerais que contempla o conjunto e os demais conselheiros, nós, e vocês em particular, mais o Secretário que também é conselheiro, outros deputados que apareçam, SR. Gilberto Natalinis, do Cosemis e Conasemis, e todos os demais poderiam interferir. Gravaremos o debate e tentaremos tirar dele diretrizes mais gerais. Acho que isso responde a fala do Herval, do Riani e de outras pessoas. Ou seja, faremos um debate consistente, encomendado a esses três conselheiros. Aí cada um de nós, o Secretário da Saúde, os Secretários municipais, participam ativamente de uma forma horizontal. Quer dizer, estamos entre iguais, independente da posição hierárquica do momento em que cada um esteja. As entidades médicas certamente estão dentro disso.

Não dá para pensar nas políticas de saúde de forma dissociada da questão do modelo de atenção e das noções programáticas. A Marina colocou isso bem, porque é um enrosco. Foram colocados aqui alguns temas para aprofundamento. Esses temas poderiam ser assumidos aqui, como outros grupos fizeram, por alguns conselheiros, com apoio da gente, da Fundação Seade, da Secretaria de Saúde, para fornecimento de dados e apoios que se façam necessários. Marcaríamos, o deputado já propôs isso na metade do debate, alguns temas específicos. O que foi

levantado aqui que sinalizei? A questão da formação de pessoal de várias formas, a questão da vigilância sanitária. O professor Rubens e o pessoal do Sobravime lembraram que temos um Código Sanitário que, com a derrubada dos vetos, está valendo na íntegra, que coloca a necessidade de normas técnicas complementares para a questão dos medicamentos, do lixo, dos esgotos, etc., que precisam constituir grupos de trabalho que têm um ano de prazo para fazer esse trabalho. Não sei na Secretaria da Saúde a quantas anda a constituição dos grupos de trabalho, mas a discussão da questão da vigilância-saúde foi um tema apontado.

A questão da política de medicamentos é também outro tema central. O pessoal da Sobravime e outras entidades presentes podem ajudar. A questão da saúde mental que a Cristina colocou do SOS. Um tema que apareceu nesta reunião, em particular. Vou ficar quieto porque ninguém falou especificamente, mas tem a questão do fechamento dos 3.000 leitos de hospitais psiquiátricos e os dados do Seade que estão no caderno mostram que, na verdade, não está sobrando um centavo, porque 3.100 leitos nos mesmos hospitais foram abertos para um novo tipo de paciente chamado fora

de possibilidade terapêutica. Como cidadão e sanitarista, acho uma excrescência o próprio nome. São depósitos de excluídos que estão sendo construídos dentro de um mercado que está posto há muitas décadas. O que está havendo, na verdade, é uma transferência do paciente psiquiátrico, custoso, para novas formas, com carimbo na testa, que é pior que paciente psiquiátrico. É o que está fora de possibilidade, que não há o que fazer. É um depósito de velhos, de excluídos, de lesados. Este tipo de questão, pela sua natureza e pela intensidade, merece uma discussão e esclarecimentos. A Comissão de reforma psiquiátrica do Estado vai ter que vir na Assembléia Legislativa dar conta do que está acontecendo e que possibilidades temos de apoio, inclusive para não criarmos mais um exército de deserdados. É outro tema que foi posto.

Poderíamos, eventualmente, elencar mais alguns temas e rapidamente marcar, se possível, não jogando trabalho apenas para nós, da Assembléia.

Daríamos o suporte e as próprias entidades da sociedade civil ajudariam a coordenar os debates. Entraríamos com o apoio técnico, logístico e o material necessário e estaríamos presentes em reuniões preparatórias. Não sei se este é o melhor caminho.

A Ana, da Escola de Enfermagem, e o Riani, também, colocaram o papel da universidade nisso. A questão dos paradigmas da qualidade de vida, cidades saudáveis e outras coisas que colocam a saúde em outro patamar, para além da existência. Não consegui compreender bem como poderíamos tornar isso mais concreto para um debate.

Para finalizar, gostaria de escutá-los para ver como poderíamos fazer esse encaminhamento e tirarmos um cronograma mínimo, alguns responsáveis por isso, com a finalidade de diretrizes concretas. Não é só ficar no discurso de nós, com nós aqui, porque já fizemos isso, e faremos melhor até em outro espaço. Temos que tirar diretrizes para ação do Legislativo, do Executivo, para programas do governo que venham pela frente, dos vários partidos e daí por diante.

**SRA.** – Só gostaria de lembrar você para não esquecer da política de sangue. A Organização Mundial de Saúde impôs que o dia 7 de abril é o dia mundial de qualidade de sangue. Estou indo hoje para Brasília para discutir isso amanhã. A qualidade do sangue depende muito, também, da participação de todos. Uma discussão sobre este assunto está bem na hora de ser feita.

**SR.** – Só citei aquelas que foram enunciadas.

**SR. PEDRO TOBIAS** – Corre muito dinheiro nessa área.

**SR.** – João, você esqueceu de citar duas questões fundamentais que são a política de investimento para a saúde e a reforma do Estado, que foi proposta de diversas formas, mesmo o aparelho do Estado concebido como um outro ente.

**SR. JOSÉ TOBIAS** – Vamos limitar um pouco, porque tem uma outra comissão com o tema reforma do Estado.

**SR.** – Perfeito, mas podemos contribuir, deputado, com algum item específico para viabilizar essas, porque aí tem a questão estrutural, da viabilidade política de se alcançar essa agenda. Passa por uma reforma que vai desde a questão formal, organizacional etc.

Gostaria, João, se não estou sendo impertinente, de reforçar aquela consideração inicial que, além de uma lista de diretrizes da Assembléia, do governo, que nós aqui assumíssemos um compromisso e disséssemos explicitamente o que os nossos segmentos podem fazer, no sentido de apoiar e desenvolver isso. A estória é de mão dupla. Não dá para vir aqui dizer o que os deputados têm de fazer, porque os deputados não são pessoas soberanas do ponto de vista intelectual e político para resolver essas questões. Este nível de articulação, que já é uma mudança, essa transparência, essa construção enraizada do ponto de vista democrático, já são um grande benefício. Então, já se ganhou por isso. Se esse processo parece que quer ser isso e está desenhado para ser isso, estreitamos essas relações, não só de vir cobrar posturas e diretrizes mas levarmos cobranças da sociedade que representamos para ficarmos com um processo muito mais dinâmico.

**SR. PEDRO TOBIAS** – Concordo plenamente com você, porque a universidade deve muito para a sociedade e para todo o mundo. Somos deputados aqui e existem algumas áreas específicas. A universidade especial pública, sustentada pelo poder público, deve demonstrar para a sociedade e para nós a sua competência. Isto está ficando só dentro da universidade.

**SR.** – Quando o Herval falou sobre a questão da pressa, não sei se se referiu a mim; quero dizer que estou manifestando um pouco a minha ansiedade também.

Não se trata só de questão de tempo, mas de espaço também. Nós, que estamos vindo de fora, por exemplo, de Rio Claro, Botucatu, etc., acabamos ficando um pouco ansiosos para ver os desdobramentos, embora seja muito agradável trocarmos idéias e atualizarmos informações.

Na questão da praticidade, quanto ao exagero, talvez, dessa perspectiva de pragmatismo, sugeriria duas coisas. Uma, seria estabelecer contatos, mais ou menos na direção do que o Paulo falou, com os outros temas, com os quais a saúde faz interface. Embora tenha um grupo tratando da reforma do Estado, nós vamos ter que discutir alguma coisa sobre isso também, sobre saneamento, sobre a questão urbana de um modo geral. Estava lembrando que o Estado de São Paulo, na sua Constituição, avançou em relação à Constituição Federal, no que diz respeito à legislação para a questão urbana. Tivemos uma dificuldade, porque até agora não temos o Estatuto da cidade, que era um projeto de lei a nível federal. Poderíamos, talvez, ter um a nível estadual. O impacto disso seria na perspectiva do planejamento urbano, da cidade saudável, da cidade sustentável, e tantas outras formas de fazer com que a cidade se organize e seja promotora da saúde, e não geradora de doenças e sofrimento. Não sei como este grupo poderia estabelecer contatos com outros subtemas com os quais temos interface e acompanhar, mais de perto, o que eles estão fazendo, que eventos estão acontecendo, que documentos estão sendo produzidos, enfim, mantendo um diálogo mais permanente.

A outra sugestão, também referente ao pragmatismo, seria fazer um levantamento, porque não é só lei que vai resolver, embora aqui podemos avançar nas leis. Um grupo de trabalho verificaria que buracos existem na legislação estadual na área da saúde. Se fosse possível, faríamos esse levantamento, e que contribuição esses segmentos que estão participando deste seminário podem dar para cobrir essas lacunas em relação ao que nós identificamos nesse diagnóstico.

**SR. HERVAL** – Acho interessante trazer pessoas para discutir, até com esta diversidade, divisões, porque se trata de pessoas conhecidas pela sua postura e por sua contribuição na área pública. Este pode ser um dos meios, mas não pode ser o fim. Essas pessoas citadas provavelmente têm posições, e é bom que seja assim, até diferentes sobre o tema.

Preocupa-me também uma outra questão, mesmo validando isso. É preciso também que não nos coloquemos aqui numa situação em que algumas pessoas que sabem e outras que não sabem. Todos nós sabemos alguma coisa, temos alguma experiência para transmitir e também coisas para aprender uns com os outros.

Gostaria de insistir num aspecto que acho importante. Primeiro, ter algumas coisas que se traduzam numa leitura comum do que estamos pretendendo. Uma é definir o que sejam políticas públicas, que, necessariamente, não são políticas do Estado ou estatais, e o que queremos com políticas públicas, porque, evidentemente, existem algumas que queremos transformar, porque, caso contrário, não falaríamos. Se queremos uma política pública é porque não estamos gostando da atual. A responsabilidade da política pública, é bom que se diga isso também, não repousa apenas no Estado. Numa sociedade complexa como a nossa, existem coisas que permeiam e penetram nas estruturas do Estado e fazem com que os seus representantes hajam como nós. É preciso definir. Queremos outras políticas públicas? Então, precisamos dizer que políticas são essas. Temos que amarrar essas políticas às questões estruturais, das nossas relações internacionais etc.

A segunda questão, é se vamos caminhar para ter política de Estado, que envolve a estrutura do poder que deve transcender a administração. Por exemplo, não me apaixona fazer a crítica de administrações. Esta deve ser feita, é feita no cotidiano, mas a questão fundamental é fazer com que os nossos governantes, que são administração e provisoriamente estão sendo Estado, hajam diferentemente. Ou seja, é preciso construir política de Estado. Quando digo política de Estado quero dizer o seguinte: hoje estamos vivendo no governo do PSDB; amanhã poderemos

estar vivendo no governo do PT. É preciso que exista uma política definida, que seja do interesse público, para que as administrações sigam essa política de Estado. Neste particular, insisto que é uma questão que precisa partir para uma discussão entre os partidos. Você pode diferir de políticas, mas as políticas nas áreas sociais devem ter uma continuidade que transcendam os partidos. Não é possível, por exemplo, você eleger um prefeito da Capital que, embora exista um Sistema Único de Saúde, crie o PAS. Isto só está acontecendo, evidentemente, porque ele teve o respaldo de uma população desinformada, não somente a que o elegeu, como de certo modo o apoiou até que se instalasse o PAS. É preciso ter políticas de Estado que transcendam as administrações.

O terceiro patamar é que, num regime democrático, precisamos aprender a discutir realmente, e os governantes também, os problemas da administração. Os nossos administradores que estão nos campos sociais são extremamente frágeis nas decisões para onde vai o dinheiro. Os setores sociais são marginalizados, porque prevalece no administrador a visão de determinado tipo de investimento etc.

É preciso termos clareza dessas três questões, para que possamos caminhar um pouco mais. Evidentemente, é preciso cobrar desses expositores, à medida que formos convidá-los, sem botar uma camisa de força, algumas questões para ser colocadas. Até podemos dizer para eles o seguinte: “Isto aqui não entendo”. Por exemplo, se o José Rubens pergunta aos três participantes: “O que vocês acham sobre a política de medicamentos?”, precisamos de respostas. As pessoas devem vir aqui para dizer coisas que, algumas vezes, já sabemos, mas outras também, que estão no nível de reflexão para eles, que nos interessam.

**SR. PEDRO TOBIAS** – Por exemplo, se você pergunta a minha opinião sobre medicamentos. Respondo que morei na França e lá estava errado também. Na maioria dos países democráticos da Europa, os remédios estão errados. Acho que há saída mais rápida do que fabricar pela Furp. Isto leva anos. Ninguém sabe, mas



sabe o que quer. Devemos privilegiar os usuários. Eles sabem o que querem, onde há falhas. Não somos nós prestadores de serviços que devemos saber.

Podemos fazer algumas reuniões informais com os senhores, onde quiserem, na unidade dos senhores. Gostaria que para cada item alguém daqui pudesse coordenar. Daremos todo o apoio logístico, estamos dispostos a fazer reunião na USP, em Rio Claro etc. Por exemplo, a Dra. Cristina, representando a área da saúde mental, gostei muito dela, poderia fazer a coordenação do direito do usuário na política de saúde, porque é uma pessoa ligada à área. O usuário é hoje o último a ser considerado.

**SR.** – A palavra usuário foi incorporada, sei que está na Constituição, mas é uma expressão correta? Por que não falar cidadão?

**SR. PEDRO TOBIAS** – Porque o cidadão algumas vezes tem convênio, não fica na fila do SUS, não está levantando de madrugada para ver o que está acontecendo. Um cidadão entrevistado pela imprensa ficou um ano para operar a bexiga. Tudo bem se usarmos a palavra cidadão.

**SR.** – Para deslocar o paciente. É o cidadão no exercício do seu direito de utilização do serviço de saúde.

**SR. PEDRO TOBIAS** – Porque não adianta filosofarmos sobre democracia. Democracia para eles que ficam na fila às 3 horas da madrugada é diferente.

**SR.** – Vamos dar uma repassada. A idéia é jogar a bola no pé da própria sociedade que está aqui presente. Dos temas elencados, faríamos os debates em

março. Ele é meio pré, na linha que o Herval colocou. Faremos uma discussão da política de saúde, no sentido mais geral.

**SR.** – A reunião poderá ser após o Carnaval, que vai ser em março. Providenciaremos a agenda e compatibilizaremos com as agendas de outras personalidades que precisam estar no debate, como, por exemplo, é fundamental a presença do Secretário de Estado, o pessoal dos municípios, o Gilberto Natalini, que ontem, devido à sua agenda, não veio debater a municipalização e foi um problema.

A proposta seria a seguinte: um debate de política de saúde no sentido mais amplo, com os conselheiros centrais nossos e os outros. Seria um debate horizontal. Mas fazemos uma encomenda, conforme o Herval colocou, para uma discussão mais aprofundada e rigorosa. Depois abriremos os debates para todos os conselheiros opinarem. Gravamos e editamos isso. É uma coisa que o Fórum pode fazer.

**SR.** – Sugiro que os participantes encaminhem à Mesa algumas questões para que os debatedores se pronunciem.

**SR.** – Herval, os debatedores conhecerão previamente as questões que vão ser emanadas aqui. É uma boa idéia.

**SR.** – Todos têm o fax daqui e devem encaminhar para o gabinete do Deputado Pedro, para a gente.

**SR. PEDRO TOBIAS** – São perguntas dos senhores e não nossas.

**SRA.** – Sou da área da saúde mental e pertencço ao grupo da Izabel Cristina. Se não sou técnica, sou também usuária dos serviços da saúde. Tenho uma grande

preocupação com relação a este quadro. Para mim, deveríamos defender o Sistema Único de Saúde. O Qualis está implantado pegado ao meu bairro. Todo mundo que frequenta a unidade acha maravilhoso, com medicina de primeiro mundo etc. Mas no meu bairro tem uma UBS completa que está às moscas, porque não tem médico e falta quase tudo. Mas se investe dinheiro no Qualis. Por que não se faz um programa para isso? Joga dentro da unidade também, para não ficar um buraco. Sou vizinha das setecentas e poucas famílias que são atendidas. Por acaso moro pegado à última vizinha e quero ir ao Qualis, mas não posso, porque não entro. Aí vou à minha unidade, que está num prédio lindíssimo da UBS, mas não tem ginecologista, porque ele entrou de férias e não tem outro para substituir. Acho isto muito perverso para a população. Um, em vista do que temos, está um pouco melhor, a pessoa é bem atendida, o médico vai até a sua casa. Mas a minha unidade fica às moscas. Por que se investe num negócio desse? É a mesma coisa que dar um sanduíche sem recheio e outro com o pão seco. Não sei se é investimento público, ou serviço terceirizado, mas nós como cidadãos temos direito à saúde, porque está escrito na Constituição.

**SR.** – Muito bem. Então está pautado mais um tema.

**SRA.** – Só quero acrescentar mais uma coisa ao que ela falou. Não temos que discutir só o projeto Qualis, que para todo o resto do Estado é o BSF, sou do Vale do Ribeira. A idéia pode ser maravilhosa, mas a implantação está sendo profundamente perversa. Hoje, eles estão propondo o remanejamento do Fab fixo para o PSF. Estou ficando chocada com isso. SR. Herval colocou que as pessoas não estão discutindo, mas no Vale do Ribeira, eu, enquanto conselheira estadual de saúde, não entendo nada disso, sou usuária, fui criadora de cabra, sento lá com o pessoal para discutir e coloco o seguinte: quem, dentro do seu Conselho Municipal de Saúde, achar que não é interessante da forma que está sendo implantado esse PSF não deve aceitar, porque o Conselho Municipal de Saúde é o que deve, por

último, dar a palavra. Tem que ter o aval dos conselheiros e dos Conselhos de Saúde. Não tinham pedido o aval do Conselho de Saúde, na questão do Qualis, apesar de estarmos discutindo isso incessantemente, no Município do Estado de São Paulo, mas os conselheiros têm que ter claro para si que, afinal de contas, nós existimos enquanto controle social e estamos lá para discutir. Estou participando deste grupo porque quero entender o que é política de saúde. Para mim, até hoje, não se tem política, mas apenas programas. Imagino que 60% a 70% dos nossos municípios sejam pequenos, como temos lá no Vale do Ribeira, com até 30 mil habitantes. Quando as pessoas falam de política de saúde, como aquela enfermeira que falou das questões municipais, basicamente 90% desses pequenos municípios trabalham com a política macro, única e exclusivamente, porque eles ficam correndo atrás do prejuízo o tempo inteiro. Chega nos municípios, nas secretarias, temos que aceitar o PSF, o PAS, e não se implanta uma política séria e própria de cada município.

Gostaria de sugerir que tenhamos esse tipo de discussão aqui, para sairmos com algum encaminhamento nesse nível. Estou realmente querendo entender que raio de política de saúde é esta que tanto falamos.

**SR. PEDRO TOBIAS** – Um conselheiro estadual que sempre está aqui e não chegou hoje diz que o Programa da Saúde da Família não foi discutido no Conselho Estadual.

**SRA.** – Como somos usuários e bem chatos, nos Conselhos onde conseguimos ter alguma entrada, fazemos esta discussão que são os Conselhos dos pequenos municípios.

Quando as pessoas falam em recursos humanos, sugerimos discutir não o recurso humano em si, mas qual o perfil daquele trabalhador que queremos para o tipo de política de saúde que desejamos.

**SR.** – Veja bem. Nesse sentido, vou procurar inclusive trazer material para cá, porque a discussão do perfil do médico e dos outros profissionais de saúde está sendo feito atualmente por um colegiado de entidades da área médica, com a qual eu me envolvo mais, e paralelamente também ao trabalho do MEC, no sentido das diretrizes curriculares. Mas a minha intenção agora é reiterar a extrema importância do contato com os outros grupos, porque vai interferir inclusive nessa questão. Por exemplo, peço que seja levada ao grupo de educação a questão da autonomia universitária na formação desses recursos humanos. Um tipo de autonomia que permite, por exemplo, que o Hospital Universitário da Universidade de São Paulo trabalhe atualmente com duas portas. Ou seja, estão atendendo particulares, convênios preferencialmente, em detrimento do atendimento SUS. É uma situação que também ocorre no Hospital das Clínicas. A questão das organizações sociais acredito que deva ser levada para outros grupos. Não saberia dizer qual seria o grupo mais adequado, mas é uma proposta que vai modificar totalmente o sistema de atendimento nos hospitais. Chegando ao Hospital das Clínicas, a pessoa poderá ser atendida, porque vai ter que passar primeiro por um posto de saúde, depois para um hospital secundário, até chegar ao Hospital das Clínicas. Se a pessoa chegar diretamente, a expectativa será de que somente será atendida se arcar com as despesas, mediante convênio ou com o seu dinheiro.

Vamos tratar principalmente da formação dos recursos humanos com questões multissetoriais. Gostaria de ressaltar a importância de contatos com os outros grupos neste sentido.

**SRA.** – Será que poderemos estar tirando aqui pelo menos a divisão desses grupos? Ou seja, os grupos são esses listados, que podem ter outros subgrupos. Já chegamos nestes, poderíamos estar definindo alguém que pudesse, depois, chamar uma subcoordenação para essas áreas.

**SR. PEDRO TOBIAS** – A proposta é esta.

**SR. JOÃO** – Eu tenho uma lista, vamos ver se ajuda. Eu e o Ângelo, que estamos assessorando os deputados, não queremos enlouquecer. Pedimos até socorro ao SOS saúde mental, para ficar muito atento com a gente, porque vamos precisar de um grande relatório para todos vocês e para os outros grupos, na linha de saber o que está acontecendo com os recursos humanos aqui. Vamos ter que fazer um grande boletim. Segunda-feira encerram os grupos. Na sexta-feira vamos discutir a questão do controle público, controle social, que é uma questão não só semântica, a questão dos conselhos etc. Na segunda-feira, teremos um debate sobre a entrada do capital estrangeiro e, por que não dizer, do próprio capital nacional, que está transformando a saúde em mercadoria. Acaba esse debate, sistematizamos isso e enviamos ao conjunto dos conselheiros. Precisamos ficar com uma noção muito clara do que está amarrando mesmo em cada grupo. Esse boletim resolve o problema para sabermos as datas, o que se tirou aqui ou acolá. Os senhores já ficam convidados para as próximas reuniões, que são também de trabalho e não de debates. São reuniões para tirarmos desdobramentos.

Ajudem-me. Listei aqui a questão da política de sangue, que a Sra. Neusa colocou. Para este e outros grupos, a Fundação Seade pode, de fato, nos ajudar a levantar dados. A Secretaria de Estado se dispõe a nos ajudar nesse processo. Cada grupo deve ter, no mínimo, uma pessoa de referência para ficar amarrado. Sugeriria que a própria Sra. Neusa e a sua entidade nos ajudasse na política de sangue. A Secretaria de Estado está junto. Chamamos as pessoas das universidades, entidades dos usuários, para estar presentes. Se mais alguém quiser, marcamos um calendário de aprofundamento de dados e de organização de um debate. Se a Sra. Neusa ficou quietinha ali, é porque aceitou.

Sobre a questão da política de medicamentos, acho que a Sobravime poderia nos ajudar muito nesta estória, porque evidentemente nós, a Assembléia, a Secretaria de Estado e a Fundação Seade, que nem está sabendo que estamos propondo isso para ela, já estão na parada. A Sobravime toparia isso? Alguém mais

toparia entrar nisso? A própria Sobravime poderá nos ajudar depois, divulgando as datas para o conjunto das pessoas.

A questão sobre a vigilância-saúde levantada pela própria Sobravime. É uma área muito afim. Quer dizer, a vigilância-saúde está envolvendo a vigilância-sanitária, epidemiológica e a questão do próprio Código Sanitário, que já está aprovado na íntegra e precisa começar a ser implantado.

O Deputado Pedro Tobias sugeriu, no meu ouvido, para o Herval entrar na estória dos medicamentos também.

**SR.** – Mas Herval, para se interessar por este assunto é preciso ter uma atitude básica. Em relação a medicamentos, quanto menos, melhor. Ao contrário de outras coisas.

**SR. JOÃO** – Eu sugeriria esses dois temas, claro que com todo suporte que pudermos dar para isso. Vocês não ficariam sós. O pessoal aqui é muito animado.

**SR.** – João, temos que mobilizar o nosso pequeno exército de Brancaleone para reforçar essas duas áreas.

**SR. JOÃO** – Você ajuda nisso, José?

**SR. JOSÉ** – Claro.

**SR. JOÃO** – A Marina está concordando em fazer parte. Perfeito. Então já temos pessoas para a vigilância e implantação do Código Sanitário.

Para saúde mental temos a Cristina, que é presidente da Comissão Estadual de Reforma Psiquiátrica.

**SR.** – Esses subgrupos deveriam ter uma preocupação metodológica. Primeiro fazer um papel que não ultrapasse três folhas, colocando algumas perguntas a serem endereçadas aos possíveis expositores do debate.

**SR. JOÃO** – Perfeito. Esta é uma sugestão que enriquece o outro debate. O ideal seria um papel com umas duas páginas, que saísse também dos grupos, porque existem pessoas com propostas da linha que o Paulo Carputi reitera a toda hora. Não adianta ter diretrizes escritas etc., mas temos que ter coisas que permitam uma amarração de seguimento, de controle das entidades, da sociedade civil.

**SR. PEDRO TOBIAS** – Você está subcoordenando esta área, e tem liberdade para convidar quem quiser para participar na preparação dessa proposta.

**SR. JOÃO** – Mas é legal formalizar. A professora Maria Inês é uma pessoa fundamental nesta estória. Ela é do Instituto de Psicologia. Perfeito, vocês têm também outras pessoas que podem ajudar. No caso junta tudo, Estado, usuário etc.

**SR.** – A Associação Paulista de Medicina é dividida em departamentos. Ela certamente tem departamentos ligados a questões de transfusões sanguíneas, hemoterapia, saúde mental etc. Evidentemente, não tenho conhecimento técnico para participar. Mas poderíamos abrir os nossos departamentos. Depois, gostaria de saber as datas das reuniões e ofereceríamos aos diversos componentes desses departamentos a possibilidade de eles participarem, trazendo a opinião da entidade.

**SR. PEDRO TOBIAS** – Você pode deixar o seu telefone para contato?



**SR.** – Gostaria de saber como poderiam passar as datas das reuniões. Haveria uma centralização para entrarmos em contato?

**SR. JOÃO** – Esperaríamos até segunda-feira para fecharmos todos os grupos. De comum acordo com as pessoas que estão na coordenação, até para não coincidir na mesma data, tiramos e enviamos para vocês da APM, que poderá nos dar uma contribuição fantástica, bem como a Secretaria de Estado e a Fundação Seade, que podem levantar outros dados que nos faltem.

A formação do pessoal foi uma questão muito levantada aqui. Temos o pessoal da UNE, do DENEN, da Associação Paulista de Medicina. Existe um grupo de recursos humanos que ficou com a coordenação técnica da Escola de Enfermagem, que está tocando isso. Poderíamos fazer uma junção para uma discussão específica, juntando com o pessoal da enfermagem, cruzando os grupos para não duplicar o trabalho, e já marcaríamos da mesma forma. Neste caso, a Secretaria de Estado poderá nos fornecer elementos da sua própria rede.

**SR.** – Tem um Fórum de formação de recursos humanos vinculado ao Conselho Estadual de Saúde, que vem trabalhando bastante no diagnóstico e desenvolvimento de estratégias. Temos que contatar a Secretaria Executiva do Conselho para ver como incorporar isso na discussão. Já faz uns dois ou três anos que eles vêm trabalhando.

**SR. JOÃO** – A Associação Paulista de Saúde Pública teria algum interesse em participar de alguns temas que estamos colocando?

**SR.** – Nas questões da reforma do Estado, da saúde, tem algum acúmulo por lá. Recentemente, o Congresso concluiu por uma série de coisas que podemos incorporar, assim como podemos trazer algumas contribuições também. A última coisa com relação aos recursos humanos que temos é um trabalho da Fundap, de

localização de aparelho formador, aparelho de captação de recursos. As publicações da Fundap poderiam ser incorporadas como base de dados nesta área de força de trabalho e recursos de saúde no Estado de São Paulo.

**SR.** – A preocupação da Associação, até porque me avisaram e talvez não tenha sido discutida e que me parece está insuficientemente debatida, é a questão da terceirização dos serviços públicos para organizações sociais. Esta questão é importante, porque é por aí que estão sendo contratados os recursos humanos, transferindo para as organizações sociais. Deixo claro que não sou contra isso. O problema é saber até onde isto é benéfico para essas próprias organizações e para o Sistema Único de Saúde.

Gostaria de propor que esta discussão fosse desvendada. Noto uma preocupação, muito grande, de polemizar algumas questões. Devemos polemizar várias questões que estão passando como coisas tranqüilas, e não são. Preocupame, por exemplo, os 70 mil agentes comunitários de saúde e eu soube no Ministério que tinha um projeto correndo no Parlamento para regulamentar essa profissão. Até porque os agentes de saúde não estão sendo contratados pelo Estado. Estão sendo contratados, em grande parte, pelas instituições privadas, pelas organizações sociais.

**SR. JOÃO** – Essa discussão foi feita no subgrupo de recursos humanos e o pessoal ficou de levantar dados a respeito. Há uma pendenga, inclusive, com os conselhos de enfermagem, que têm críticas a isso. Eles ficaram de levantar esse material e passarem. Poderíamos também sistematizar também isso e divulgar a data dos temas dos recursos humanos. A Pastoral trabalha fundamentalmente com esse tipo de recurso.

**SRA. ANA** – Fizemos um curso de agentes comunitários de saúde mental, o que nos deu um certo preparo para lidar. Os professores que vieram nos

prepararam. Não sei como está sendo o preparo dessas pessoas que são agentes de saúde, se fizeram curso ou não. Isso também é um nó. O profissional que está dentro do curso vai implicar se ele não tiver um certo preparo. Qual é a função e o papel dele dentro da comunidade. Nós, que fizemos o curso, vamos ficar com a família, desmistificando essa questão da saúde mental, preparando a família, que geralmente não aceita o doente por não saber tratar ou conduzir uma situação. Nós, dentro da comunidade, estamos muito próximos das pessoas e sabemos lidar com muito mais facilidade.

**SR. JOÃO** – Aproveitando o que a Ana colocou, fazemos um parêntese, dizendo que o pessoal fez um curso muito interessante de formação de agentes comunitários em saúde mental. A formatura será na próxima sexta-feira, às 18 horas, no salão nobre da Câmara dos Vereadores. Vamos passar alguns folhetos que recebemos. Tivemos o privilégio de ver o trabalho desde o começo.

Terminando os subgrupos este debate que está sendo posto, poderíamos também fazer o cruzamento com o grupo de gestão. A questão dos agentes comunitários em si com o grupo de RH, até porque está pautado de uma certa forma. Precisamos dar um jeito eficaz de passar todas essas informações para vocês. Estou quase de cabelo em pé, porque são muitos os grupos.

A reforma do Estado está OK. Fazemos essa discussão junto do grupo e passamos as datas e os debates para vocês.

**SR.** – Só quero pedir a liberdade de poder convidar os técnicos do Projeto Cinaem – Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação no Ensino Médio, para o grupo de formação.

**SR. JOÃO** – Perfeito. Então essa responsabilidade já fica com você para fazer o contato junto à APM.

Temos agora a questão que diz respeito aos paradigmas da saúde. É a coisa da intersectoriedade. Que saúde é essa? É assistência médica? É qualidade de vida? É um projeto das cidades saudáveis?

Sugeriria o seguinte (pode ser que esteja falando bobagem): o movimento que tem congregado mais essa discussão é o Movimento Cidades Saudáveis, que está buscando esta tentativa de mudança de modelo, de começar a discutir a saúde não mais só como assistência, mas para além. O Riani seria uma pessoa-chave para nos ajudar e promover uma discussão específica sobre isso.

**SR.** – O Grupo de Promoção da Faculdade, aproveitando a pessoa da Márcia, pode, junto com o Riani, colher material sobre isso.

**SR. PEDRO TOBIAS** – Deveria ser incluído também nesse item o que queremos de saúde pública, fila dupla? O meu ponto de vista é contra. Não posso impor o meu ponto de vista, mas precisamos levar isso à discussão.

**SR. JOÃO** – Há alguma outra questão que, por falha ou alguma outra coisa, tenhamos tirado daqui? Ou o que apresentei é um bom começo de conversa? Propositamente, antes que levemos um carão de alguém, estamos assumindo que há várias outras áreas fundamentais, mas que deixamos de lado.

**SR.** – Falou-se muito em PSF e Qualis, que é um modelo diferente que está acontecendo, com virtudes e defeitos muito distintos do sistema como um todo. Acho que de repente poderíamos parar para discutir isso. Fazer um grupo para discutir especificamente o que é PSF, o que é Qualis. Nenhum desses grupos contempla especificamente o que é o PSF ou o Qualis. Dúvidas ou críticas que poderíamos estar discutindo. É um modelo com perspectivas de crescimento. No Interior ele já é muito ativo, depende muito das prefeituras. Existem discussões com relação, por exemplo, ao Vale do Ribeira de o Estado estar investindo diretamente à

parte, porque os municípios são pequenos e não têm condições de implantar esse tipo de modelo. Existe uma série de discussões que poderiam estar sendo feitas. Deveríamos fazer uma grande rodada de PSF e Qualis.

**SR. JOÃO** – Isso contempla um pouco o que a Maria Elisa e outras pessoas também colocaram. Poderíamos fazer isso. Mas seria muito interessante que pudéssemos ter pessoas da sociedade civil que nos ajudassem a puxar também o debate para além de nós aqui, do Poder Executivo e Poder Legislativo. Você aceita dar uma força nisso? Damos todo apoio. Já falamos da Pastoral que trabalha com agentes em todo o país.

**SRA.** – Há uma diferença grande entre agente comunitário de saúde e o líder da pastoral. Na época que eu trabalhava em Diadema, discutíamos muito com a Maridite essa questão. O líder da pastoral não é uma pessoa institucionalizada. Isto muda muito a postura e a ótica da pessoa na hora que ela atende a população. É muito importante, porque o voluntariado é uma coisa muito forte na pastoral, que é diferente de agente de saúde da comunidade. Na época, ainda não tinha sido implantado em Diadema, e não queríamos perder essa questão de o agente ser povo. Havia uma discussão bem forte na ocasião com o pessoal de enfermagem. Eu entendo isso porque sou sanitarista, e a gente tem uma visão muito técnica. Hoje, depois de uma série de vivências, vejo de uma outra forma, não só porque estou na pastoral, esta questão de sermos mais humanos e conhecer a realidade do Brasil também.

**SR. PEDRO TOBIAS** – A sua experiência é muito importante englobando o grupo de Qualis e quem sabe passamos esta parte humana de experiência de vocês também.

**SRA.** – É diferente na hora que você veste o uniforme da instituição. Verificamos muito isso quando trabalhamos na base como sanitarista, a postura do

funcionário da unidade, que o agente da saúde da comunidade, ao final, assume também, é diferente daquela pessoa da população, que é igual ao funcionário, mas na hora tem uma postura diferente, porque ela não está agregada à instituição.

**SR. JOÃO** – Vocês carregam uma experiência importante e que contribuiria na reflexão sobre os agentes. Vocês poderiam tentar uma proximidade.

**SRA.** – Tudo bem, estava falando com a Sra. Neusa e talvez fosse o caso de convidar Sr. Naelson, porque ele tem uma série de críticas e com fundamento. Uma das questões que enfrentamos é a definição do papel do Estado e do município na prestação de serviços. Já trabalhava na Secretaria e o Estado está passando por uma crise existencial muito demorada. São coisas que sentimos no dia-a-dia na prática. Quando eu trabalhava ainda na prefeitura, porque cheguei a ser diretora municipal de saúde, tínhamos contato com a DIR de Campinas, na época. A partir de um determinado momento, quando o Estado mudou a direção da DIR, tivemos um diálogo melhor. Hoje todo mundo é igual. O Estado não tem posição de primazia nem de privilégio. Aqui a colocação, de novo, é bem o enfoque do Estado e não do município. O município é o operacionalizador das ações de saúde. Não é mais o Estado. O Estado só se concentra no município de São Paulo por conta dessa contingência não ser assumida pela municipalização daqui. A grande parte das ações de saúde é o município que operacionaliza, com essas dificuldades todas que foram colocadas aqui hoje e na segunda-feira também. O município precisa estar engajado. As políticas de saúde têm de ser discutidas, assumidas e assimiladas pelos municípios, que têm uma dificuldade muito grande, não só financeira, como a técnica e administrativa. Agora vamos começar tudo de novo. No ano que vem, vamos começar a trabalhar do zero em muitos municípios, porque as pessoas lá não conhecem direito o que é o SUS. Quando vinha para cá, estava refletindo que o SUS foi pensado tecnicamente, sem levar em conta esses embates político-partidários que estamos levando hoje.

**SR.** – Nessa linha de preocupações, estamos discutindo isso em grupo. Estamos com um projeto na região de Osasco, onde passa necessariamente pela discussão com a comunidade. Obviamente, passa pela discussão dos projetos verticais, porque o PSF está sendo colocado como um programa vertical. É o Ministério que quer. O próprio Estado não assumiu isso com clareza. Agora talvez esteja mais claro, espero. Mas a verdade é que se coloca um dilema carqueano, quer dizer, é a velha estória, o Estado acha que deve sair de uma série de atividades. Não se propõe a contratar ninguém. Impõe normas de contratação e reduz o pessoal. Não falo do Estado de São Paulo, mas a União passa isso para o Estado e para os municípios, onde o arrocho salarial é brutal para todo o funcionalismo público. Chegamos com um projeto, como no caso do PSF, que tem um médico, uma enfermeira, uma auxiliar, e cada equipe tem seis a oito agentes que devem ser contratados pela prefeitura ou pelas organizações sociais que passam a servir de respaldo para a contratação. Mas na verdade é um agente público, porque está subordinado a uma equipe técnica. Esta é uma questão altamente conflitante que precisa ser discutida. Eu sou extremamente favorável à participação da comunidade, através do agente de saúde da comunidade, no sentido de que essa representação fosse autônoma, ainda que fazendo jus ao repasse de recursos para organizações que efetivamente existissem. Não é fácil, até porque a ingerência da política municipal é muito forte. De repente esses agentes podem se tornar agentes eleitorais, particularmente num momento difícil, como cabos eleitorais. Isso é uma coisa muito grande e muito presente.

**SR. PEDRO TOBIAS** – O senhor desculpe, na cidade pequena não vai virar, já virou.

**SR.** – O pior é quem indica. O problema é o seguinte: se a população vai ter uma face própria, representando a face pública da questão, fazendo uma interface

com o Estado, que é muito forte e cooptante, que tem o poder do médico e o poder da enfermeira, ou se esta comunidade e o Estado, generoso e democrático, e que facilitará a existência de um movimento popular assumido, legítimo, claro e independente. Aí que reside a fragilidade da coisa, em face da situação das organizações sociais, de uma maneira geral. É muito pertinente discutir a questão do PSF. Por exemplo, eu vou ficar como ouvinte, até porque já estudei bastante esta questão e já remeti ao Ministério algumas coisas que, ao nosso ver, são discutíveis neste problema. Uma delas é o vínculo de trabalho da terceirização das obrigações trabalhistas da Previdência Social e assim por diante, que pode não arrebentar hoje, mas vai arrebentar amanhã, certamente.

**SRA.** – Eu acho superinstigante a discussão, mas não estou estimulada a fazê-la até por achar que é este o encaminhamento que deve ser dado. Ou seja, a sugestão de se discutir o PSF. Mas nos sentimos chamadas a já começar essa discussão. Sugiro, como um dos nomes para ajudar a pensar, a Dra. Virgínia Junqueira, do Instituto de Saúde, que escreveu um belíssimo texto de reflexão baseado em alguns estudos do Emerson Merry, da Unicamp, que pode colaborar muito.

**SR.** – O Emerson Merry está estudando especificamente os programas.

**SRA.** – Ele está estudando e a Virgínia, a partir de muitos estudos realizados pelo Emerson, escreveu um texto que deve estar saindo pela Fiocruz. Ela se disporia a colaborar.

**SR. PEDRO TOBIAS** – Vou pedir ao Herval para participar também. Ele conhece o problema muito bem.



**SR.** – Nossa proximidade é grande, porque o projeto que estamos desenvolvendo é financiado pela Secretaria de Saúde do Estado.

**SR. JOÃO** – Estamos deixando em aberto, vamos ter pequenas reuniões dos grupos, tendo o acúmulo a gente marca. Esperamos até segunda-feira, e aí fazemos uma ata geral e mandamos. Todos têm bastante o que fazer.

**SR. PEDRO TOBIAS.** – Para finalizar, agradeço a todos os presentes, mais uma vez, especialmente ao pessoal do Estado que, em todas as reuniões, está aqui. Espero não passar para a sociedade que somos os salvadores da pátria. Vamos tentar encontrar o caminho, que não acho difícil. Isto só depende da nossa vontade e da vontade da sociedade.

Até sexta-feira! Não sei se alguém de vocês pertence também ao grupo de sexta-feira; se tem alguém, está convidado. Obrigado para todos e bom almoço

## 11.05.2000

- Roberto Gouveia – Deputado. Coordenador do Grupo Temático Saúde. 1º Secretário da Assembléia Legislativa
- Pedro Tobias – Deputado. Relator do Grupo Temático Saúde. Presidente na Comissão de Saúde
- Vanderlei Macris – Presidente da Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo e Presidente do Fórum São Paulo Século 21
- Amélia Cohn – Professora Associada do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP
- Pedro Paulo Monteleone – Presidente do Conselho Regional de Medicina
- Ângelo –
- Jamil Murad – Deputado. Coordenador do grupo temático Trabalho e Emprego
  
- Regina Parisi Carvalho – Representante do Conselho Federal de Medicina
- Elisabete da Costa Aguiar – Representante da Secretaria Municipal de Saúde
- Maria Lúcia Oliveira – Representante da Secretaria Municipal de Saúde
- Antonia Conceição dos Santos – Representante do Conselho Regional de Serviço Social, 9ª Região
- Lígia M. – Associação dos Docentes da USP
- Maria Helena Miranda – Movimento Popular da Saúde
- Lindalva Santos Bezerra – Representando a União dos Moradores do Parque Rodrigo Barreto
- Naelson Correia Guimarães – Movimento Saúde Zona Norte
- José Carlos Seixas – Secretário-Adjunto da Saúde do Estado
- Maria José Oliveira Araújo – Rede Nacional da Saúde da Mulher
- Dione Delese – CONFESP-Conselho Federativo da Federação Espírita do Estado de São Paulo
  
- Sulei Batista – Associação dos Moradores de Taboão da Serra
- Dalila Magaly Penteadó – Prefeitura Municipal de Caçapava
- Irineu Barreto – Fundação SEADE
- Sebastião Garcia Ribeiro – Sociedade Amigos Parque Regina
- Marilena Pinto França – Núcleo de Assistência de Ações Preventivas

- Eliana Pontes Mendonça – SindSaúde
- Neuza Cegalli Catacine – ABRASTA
- Luíza Assis Fleming Silva – Representante da Secretaria da Agricultura e Abastecimento
  
- Maria José Araújo – Médica. Coordenadora da Rede Nacional Feminista de Saúde –  
Direitos  
Reprodutivos
- Arnaldo – Sociedade Amigos Unidos de Vila Remo
- Neusa Cegalli – Pastoral da Saúde da Diocese de Osasco
- Eliana Pontes – Confederação Nacional de Seguridade Social

**SR.** – Hoje trataremos o tema “Os rumos das políticas de saúde”, coordenado pelo Grupo Temático da Saúde, cujos coordenadores são os Deputados Roberto Gouveia e Pedro Tobias. Convidamos o Exmo. Sr. Deputado Vanderlei Macris, Presidente da Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo e Presidente do Fórum São Paulo Século 21; convidamos também o Exmo. Sr. Deputado Roberto Gouveia, 1º Secretário da Assembléia Legislativa, o Exmo. Sr. Deputado Pedro Tobias, a Exma. Profª Dra. Amélia Cohn, professora associada do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, e o Exmo. Dr. Pedro Paulo Monteleone, Presidente do Conselho Regional de Medicina. Passo a palavra ao Exmo. Presidente Vanderlei Macris, Presidente da Assembléia Legislativa e Presidente do Fórum São Paulo Século 21.

**SR. PRESIDENTE (Vanderlei Macris)** – Bom-dia a todos. Gostaria de cumprimentar inicialmente os membros da Mesa, 1º Secretário desta Casa, Deputado Roberto Gouveia, que é coordenador do Grupo Temático Saúde do Fórum São Paulo Século 21, cumprimentar também o Deputado Pedro Tobias, que é o relator do Grupo Temático Saúde do Fórum São Paulo Século 21, cumprimentar a Profª Dra. Amélia Cohn, bem como o Prof. Dr. Pedro Paulo Monteleone, todos os senhores que comparecem hoje e demais membros da Mesa para mais este debate do Grupo Saúde. Temos um orgulho muito grande em recebê-los todos nesta Casa, a Assembléia Legislativa, que vive um momento muito rico de discussão e debate na organização de um projeto estratégico de desenvolvimento para o Estado de São Paulo, com 16 grupos temáticos em trabalhos permanentes nos 18 meses que vamos completar em dezembro deste ano para formatação dessa proposta, que será uma direção, um norte, um caminho que a Assembléia de São Paulo, em parceria com a sociedade, vai apontar como fundamental para o desenvolvimento deste Estado em todas essas áreas, especialmente na área da Saúde, que é o tema da discussão hoje. Gostaria de dizer também que esta Casa vem sediando esses debates todos e tem sido de um sucesso muito grande, porque a sociedade tem

respondido a isso, particularmente a construção de um arquivo eletrônico, como por exemplo um debate como esse, que está sendo gravado pela “TV Assembléia”, será colocado no ar para que toda a população de São Paulo possa acompanhar as discussões, os debates que se travam aqui na Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo.

Gostaria de cumprimentar os coordenadores do Grupo Saúde, que terão, ao longo dos próximos meses, discussões e debates sobre vários temas ligados à área da saúde, como, por exemplo, a política do sangue, saúde mental, código sanitário, problema de saúde da família, enfim, temas que interessam ao Fórum São Paulo Século 21, para viabilizarmos não só um diagnóstico, mas também propormos soluções e caminhos que o Estado deve seguir na construção desse projeto. Portanto, os agradecimentos da Assembléia Legislativa, e como Presidente desta Casa fico muito honrado em recebê-los aqui.

Passo a Presidência dos trabalhos ao Deputado Roberto Gouveia, que é o Coordenador do Grupo, que, juntamente com o Deputado Pedro Tobias, haverá de coordenar essa discussão. Muito obrigado a todos pela presença.

**SR. ROBERTO GOUVEIA** – O nosso Presidente terá que se retirar, até porque no dia de hoje temos um outro debate que trata, inclusive, das questões éticas relativas à utilização de cadáveres para estudos na área da saúde e da anatomia. Aliás, temos conselheiros deste Grupo que hoje também participam desse outro evento, dada a sua importância. Agradecemos, portanto, a presença do Presidente Vanderlei Macris.

Tivemos em fevereiro, março e abril, mais intensamente em março e abril, reuniões de vários subgrupos nossos, e esses subgrupos pensaram as suas agendas de trabalho para o ano 2000. Temos, como disse o Presidente Vanderlei Macris, uma previsão de vários debates, que estarão abordando temas específicos. Achamos que seria muito importante que tivéssemos um debate geral, que pudéssemos situar a todos, para que depois pudéssemos realizar esses debates

abordando mais especificamente questões de relevância que estamos aqui a tratar. Foi por isso que imaginamos, nesse dia, realizar esse debate mais amplo a respeito da política de saúde de uma forma mais geral e horizontal. Com esse debate, portanto, estaremos iniciando esse processo de debates, que logo depois se desdobrará nesses outros temas. Achamos então que seria adequado para esse primeiro encontro nosso, definidor, orientador de todos os outros eventos, que fossem conferencistas os três conselheiros e conselheiras que representam a nossa área da Saúde no Conselho Geral do Fórum São Paulo Século 21, que são: Prof. Adib, que acaba de nos ligar dizendo que está muito gripado, envia saudações e se desculpa; o Prof. Adib é Conselheiro Geral do Fórum São Paulo Século 21, e seria um dos conferencistas a nos ajudar no debate de hoje; a Prof<sup>a</sup> Dra. Amélia Cohn e o Prof. Pedro Paulo Monteleone, que é também o nosso Presidente do Conselho Regional de Medicina. Pediria ao Ângelo para nos dar uma noção de como funciona a coisa, para que todos tenhamos esse desenho.

**SR. ÂNGELO** – Vou fazer um rápido resgate do funcionamento de como se pensou o Fórum no Grupo Temático Saúde. No ano passado, em novembro, teve a primeira reunião, que foi de instalação do grupo temático, que também discutiu a forma de trabalho dele, onde foi aprovada uma composição com seis subgrupos sobre os temas: financiamento, recursos humanos, gestão do SUS e municipalização, políticas e saúde e ações programáticas, controle público e planos, seguros e capital internacional. Nessa mesma reunião foi também aprovado um primeiro debate, que foi no dia 6 de dezembro, sobre a questão de financiamento. Neste ano, em fevereiro, começamos a realizar as reuniões dos diversos subgrupos; nos meses de março e abril também viemos já realizando reuniões desses subgrupos e já procurando preparar alguns debates em cima de temas que foram tirados a partir dessas reuniões havidas em fevereiro. Agora em maio, marcamos este debate, inclusive a proposta inicial era realizá-lo no mês passado, chegou até a ser marcado para o dia 20 de abril, só que, como esse foi um dia inclusive que

ficava próximo do feriado, avaliamos que seria melhor remarcar a data, até para poder ter um processo melhor de participação. As próximas atividades que estão se planejando, uma reunião que inclusive está marcada, que queremos reforçar aqui para ampliar o grupo que está discutindo com esse tema, no dia 18 de maio, às 9:00 horas, na Faculdade de Enfermagem da USP, do subgrupo de Recursos Humanos, que está levantando os dados, fazendo um diagnóstico do tema e preparando um debate sobre a questão de recursos humanos. Tem diversos conselheiros e convidados que já estavam inscritos para esse subtema, mas é importante ressaltar que todos eles são abertos, nenhuma reunião está sendo obrigatoriamente só com aqueles conselheiros, então as pessoas que quiserem se inserir nesse tema já tem essa reunião marcada para o dia 18. Havia até uma previsão inicial de já se ter feito alguns debates no mês de abril e agora no início do mês de maio, porém, como tinha a marcação deste debate com tema mais amplo, avaliamos que seria melhor a partir dele, até porque ele pode trazer toda contribuição para poder, nos próximos debates sobre temas específicos, ser feito já a partir dessa contribuição que teremos deste debate agora. A partir de hoje já vamos estar programando as novas reuniões de todos esses subgrupos que estão discutindo os debates temáticos, para buscar realizar debates sobre os seguintes temas: política de sangue, saúde mental, código sanitário e vigilância à saúde, programa de saúde da família, cidades saudáveis, recursos humanos e formação em saúde, financiamento, municipalização, controle público, política de medicamentos, planos, seguros e capital internacional.

**SR. ROBERTO GOUVEIA** – Iniciando então o debate, damos a palavra à Prof<sup>a</sup> Amélia Cohn.

**SRA. AMÉLIA COHN** – Bom-dia a todos e obrigada pelo convite. A responsabilidade que o Roberto coloca nas nossas costas aqui não é pequena, mas vamos lá. Vou tentar falar do mais geral, até porque o Pedro Paulo provavelmente falará e com muito mais competência sobre a área da Saúde, especificamente. O

que eu queria nesse tema “O impacto do neoliberalismo sobre as políticas de saúde no Brasil” é tentar dar um panorama de uma análise sobre o conjunto das políticas sociais e de como a Saúde entra nisso na atual conjuntura, sobretudo fazendo um balanço do primeiro Governo Fernando Henrique Cardoso. Provavelmente, seria bastante mais dramática essa análise, se tomasse a continuidade o segundo mandato do Governo. Portanto, o que vou falar vai ser não crucificando este Governo especificamente, mas mostrando como o conjunto da área social está sendo sufocado pela opção do modelo econômico de estabilização e de ajuste estrutural da nossa economia. Nesse sentido a Saúde não foge.

O primeiro item que eu tomaria seria a questão da equação entre política econômica e política social. Este País sempre teve na sua história e fundado no getulismo e depois, na década de 50, de 60, no Estado desenvolvimentista, a orientação das suas ações por uma premissa segundo a qual política econômica e política social não podem ser compatibilizadas. Por que não podem ser compatibilizadas? Porque cabe ao Estado orientar os seus recursos exatamente para a área econômica e não para a área social. A área social está sempre do lado do que sobra e dificilmente sobra recursos para essa área. Tanto assim é que se fizermos análise dos cortes orçamentários históricos e atuais, o que se vê, e isso nas várias esferas de governo, com exceção na saúde e para os municípios, é que o corte, para eu manter o balanço das contas equilibrado, é sempre na área social. O que é que muda? Se sempre foi assim, qual é o problema de continuar sendo assim? O que muda, em primeiro lugar, porque a proposta dos anos 90 era de se acabar com o modelo getulista, isto é, e qual era o modelo getulista? O modelo getulista era aquele de colocar o Estado como o grande ator para o desenvolvimento econômico do País, investindo na área econômica. Então o que fez o governo getulista foi investir na área econômica com todas aquelas empresas estatais que já foram privatizadas hoje neste novo modelo. Temos a Siderúrgica Nacional, e por aí fora; a única que está conseguindo se agüentar por enquanto é a Petrobrás, mais pela marca política que ela tem, histórica, do que pela vontade do



Governo. Naquela época, portanto, acreditava-se que o desenvolvimento econômico trazia consigo o desenvolvimento social. Então relegar a segundo plano investimentos na área social – estou falando aqui, por enquanto, de investimentos – era algo compatível com o modelo, porque o desenvolvimento econômico gerava emprego e postos de trabalho, portanto, o desenvolvimento social viria automaticamente com o processo de industrialização brasileira. Ora, o que acontece nos anos 90? Continua a mesma lógica. O Estado tem que dar conta da área econômica, não mais investimento; o que ele tem que dar conta é do ajuste estrutural da nossa economia e da estabilização da moeda. De fato é um fenômeno novo e uma conquista ter uma economia estabilizada depois de tantas décadas de altíssima inflação. Porém agora não se gera mais empregos e postos de trabalho; ao contrário, esse tipo de gasto do Governo na área econômica, através de um modelo de abrir mercado de privatizações das estatais, é um modelo que implica, para se conquistar a competitividade externa da nossa economia, exatamente o contrário, tanto que no Brasil, até o final da década de 80, o desemprego não era um grande problema, a não ser para os desempregados, mas não era um grande problema macrossocial que passa a ser hoje. Este modelo hoje, ao contrário de gerar empregos, destitui empregos de um lado e, de outro lado, sob a rubrica do famoso custo Brasil, leva à desregulação das relações de trabalho, com grande impacto na área social, no caso específico do Brasil, do modelo que vínhamos tendo de políticas sociais. O que é isto? É a reforma da Previdência. É a reforma da Legislação Trabalhista. Então a diminuição do custo Brasil significa a flexibilização dessas relações de trabalho e ficou mais aguda a deterioração dos postos de trabalho, com várias conseqüências. Uma delas é que, por exemplo, agora virou moda dizer que a pobreza está se feminilizando, como se antes mulher não fosse pobre e agora a mulher está pobre. A pobre está se feminilizando porque pela nossa tradição histórica são as mulheres que estão ingressando na cabeça de chefe de família e no mercado de trabalho, então emerge a feminilização, uma nova configuração da feminilização da pobreza. Qual é o rebote nisto na área social? O

que é que eu tinha no modelo anterior? No modelo anterior eu tinha um sistema de seguridade social – quando falo seguridade social estou falando em proteção social – em todo o conjunto das políticas sociais, onde a relação de trabalho e a inserção no mercado de trabalho é que definiam o acesso, por exemplo, à Previdência Social. Portanto, a Previdência Social estava vinculada ao mercado formal de trabalho e era um sistema absolutamente contributivo. O que temos hoje? Na área da Previdência, o modelo da reforma previdenciária, como o modelo chileno, argentino, mexicano etc., não somos tão criativos assim, é o modelo de que Previdência não é mais uma questão vinculada ao trabalho, mas vinculada à renda da pessoa, isto é, quando se fala que vamos desvincular a Previdência da área do trabalho e vamos transformá-la na capacidade contributiva de cada um, cada um terá a pensão ou a aposentadoria que for capaz de pagar, o que estou dizendo é que agora a Previdência independe das garantias de trabalho e da qualidade, da regulação entre capital e trabalho. O que ela depende agora é da capacidade de cada um. Mas e se eu não tiver capacidade? Daí montamos uma Previdência pequena. Daí a grande resistência à aprovação da PEC. Quando eu transformo tempo para aposentadoria de tempo de trabalho para tempo de contribuição, não é uma mudança de palavra, é a mudança de estrutura básica de solidariedade social neste País. Vou voltar sobre o tema desta solidariedade social. De outro lado o que tínhamos? Tínhamos as políticas estatais. Estou falando agora em educação, saúde etc., para aqueles que não estavam protegidos pelo seguro contributivo e compulsório, e tinha um mercado para aqueles que podiam pagar – estou pensando na saúde e seguro-saúde. Vamos qualificar o que é este mercado. Não existe no Brasil mercado, o que existe é uma atividade privada, lucrativa, ou não lucrativa, mas privada, que não se adapta aos riscos do mercado. O mercado neste País é protegido pelo Estado, seja porque é concebido no modelo econômico como um setor econômico estratégico, tipo setor financeiro, os Bancos, seja porque nas próprias áreas sociais não tenho a competitividade, não tenho o risco do mercado, ele é sempre um mercado protegido. Então, quando se fala em privatizar, não só o

processo de privatização foi assim, não vou entrar no assunto, você saneia as estatais e depois as vende por um preço que não é aquele que seria de mercado, para não dizer o problema agora das estradas, que foram privatizadas, mas, de outro lado, é o problema da lógica de funcionamento; quando falo em reforma do Estado, o que se está fazendo no país e na área social ela não foge a isto, é que eu privatizo mas numa relação de que o que era estatal eu passo para o mercado; eu passo para um setor privado, que continua privilegiadamente não tendo que se submeter às leis do mercado. Ora, se isso já ocorria no modelo anterior, no modelo atual, nessa contradição entre política econômica e política social, o que é que ocorre? Ocorre que a área social passa a ser formulada a partir de um outro raciocínio. Eu continuo a ter como na antiga Previdência um sistema contributivo, mas agora não é mais a categoria trabalho, a categoria dos trabalhadores, mas a categoria daqueles contribuintes, e passo a ter, na área social, políticas de extensão de acesso a serviços sociais básicos. Passo a ter uma configuração para os que podem pagar, e um outro sistema para os que não podem pagar. Passo a ter um sistema de proteção social, que é o sistema dual de proteção social. Qual é a grande questão e o grande desafio que isso coloca quando pensamos Saúde? É como articular ambos, depois vou entrar um pouco nesta área. Moral da história: se fizermos um balanço da década de 90 da área social, vamos ter um paradoxo: se olharmos para os dados e para os programas, vamos ver que se tem uma diversidade e uma multiplicidade enorme de programas na área social. Então, se pegássemos pelo formal, pelo papel, falaríamos que o Brasil investe na área social. Só o Comunidade Solidária tem 16 programas setoriais específicos. Na realidade, quando vamos examinar essas políticas sociais, elas são marcadas por um traço de uma enorme timidez, de uma ausência de ousadia e de um traço profundamente convencional. Então o grande paradoxo é que formalmente eu tenho políticas sociais. De fato, essas políticas sociais não só são tímidas, e por que são tímidas? Porque estão estranguladas pelo econômico, pelo modelo de estabilização e de ajuste estrutural da economia. Atenção, não sou contra ajuste estrutural e

estabilização da economia; o que é preciso deixar claro é que este modelo que está sendo implementado é uma opção política, não é a única. Em segundo lugar, porque elas são marcadas pela ótica da flexibilização das relações de trabalho e de diminuição do custo Brasil. Em terceiro lugar, porque a grande questão que está por trás é que nesse sistema, aqueles que contribuem, isto é, o sistema de proteção do lado dos que contribuem, o sistema contributivo, e para o lado daqueles que não podem contribuir. O primeiro deles está voltado para a poupança interna do País. Lembro-me de que quando o Serra era Ministro, não da Saúde, ele era a favor da privatização rápida da Previdência porque a privatização da Previdência representava um volume de recursos significativo para fazer poupança interna no País, para alavancar um processo de industrialização. Hoje, como ele está não na área econômica, mas na área social, está engolindo o próprio veneno. Quer dizer, temos um sistema que é um sistema que se for privatizado ou vinculado à renda é um sistema que tem um tipo de articulação econômica que é positiva, e é oneroso do ponto de vista econômico. Então, continuamos tendo um sistema para rico e outro para pobre. Em segundo lugar, a questão da universalidade, da focalização e da equidade passa a ter aqui uma contradição. Aquele sistema contributivo não está preocupado com isso, então deixa ele para lá, mas o sistema não contributivo está preocupado e tem que responder aos ditames constitucionais da universalidade e da equidade. Se formos tomar a área da Saúde, por exemplo, vou começar por ela e depois falo da Educação, aliás é um bom contraponto, porque a Saúde não tem recursos vinculados ao orçamento fiscal da União, e a Educação tem. Então, pegando a Saúde, temos uma série de programas na área da Saúde que são programas que têm por objetivo a universalização do acesso básico, quer dizer, temos o programa dos agentes comunitários, o programa de saúde da família e o PAB. Qual é a grande questão? Este é o terceiro País de maior desigualdade social do mundo. A taxa de desigualdade brasileira é a terceira do mundo. Ora, em que pese todas as virtudes desses programas universalistas, eles geram um outro problema, porque se de um lado eles racionalizam, vamos supor, custos, os agentes

comunitários de saúde, de outro lado, porque eles estão atingindo cidadãos que antes não estavam nessa rede de serviços, não eram captados por essa rede de serviços, agora são, e geram demandas novas. Estou falando isso por um simples problema, a outra marca das políticas sociais neste País deste sistema não contributivo, e que não se conseguiu reverter, é que são políticas de alívio à pobreza, e não políticas de superação da pobreza. Portanto, essas políticas têm um traço moral, ético, extremamente importante, mas de fato elas não são redistributivas. E são essas políticas que dependem do orçamento fiscal, isto é, que dependem de recursos do que a União, os Estados e os Municípios arrecadam da contribuição da renda dos indivíduos, não do trabalho, é que em qualquer país civilizado são políticas redistributivas. Essas políticas não são redistributivas, até pela sua lógica de estrangulamento e de contenção de recursos. Portanto, fica sem sentido uma frase tão utilizada pelo próprio chefe do Executivo, e depois repetida pelos vários escalões, que o Brasil não gasta pouco na área social, mas que ele gasta muito mal. Para as necessidades sociais deste País, o Brasil gasta muito pouco, para qualquer necessidade social. O problema não está no gasto, está na receita. Este País não consegue fazer uma política fiscal, então ela penaliza do lado da saída, mas não penaliza do lado da entrada. O mecanismo na área da Saúde e da renúncia fiscal é um mecanismo clássico, quer dizer, o que gasto para o setor privado deixo de contribuir para o Imposto de Renda. Em termos de uma lógica, o que estou falando? O Estado está subsidiando o setor privado, está certo? Bem, de outro lado, e por fim, tem uma outra grande questão, que é a questão do distanciamento, e aí nas diferentes esferas do Governo, com exceção de experiências que não se tem todo levantamento dos municípios, o que está ocorrendo é um processo vigoroso, não característico da ordem democrática de tecnificação das políticas sociais. As políticas sociais estão cada vez mais distantes das demandas e das formas de representação de demanda da sociedade. O que isso faz? Faz com que reforce o jugo, a submissão das políticas sociais à questão econômica, seja macroeconômica, seja do ponto de vista de se buscar a economia

de recursos; e, com isso, eu queria fechar. Quando falo economia de recursos, não estou falando que este Estado que aí está seja o Estado racional que gaste bem, aloque bem os seus recursos; não estou fazendo portanto uma defesa corporativa do Estado, mas o que estou dizendo é que a questão da racionalidade da economia de recursos não pode ser administrada nos serviços públicos estatais e nessas áreas deste sistema não contributivo com a racionalidade própria do setor privado, e que a economia de recursos no setor privado obedece a um tipo de razão de cálculo econômico que não pode ser transplantado para os setores públicos estatais. E é isso, a meu ver, o que está acontecendo, seja através das novas formas de gestão de organizações sociais, o PAS é um exemplo caricatural disso aqui em São Paulo, que é uma forma de privatização do Estado com a qual não estávamos acostumados. Falávamos: a Saúde está sendo privatizada porque o Estado comprava serviços do setor privado da Saúde; o grande risco que se corre hoje é de, diante desse anel, esse círculo de ferro a que está submetida a área social, a Saúde em particular, porque aqui se trata da Saúde, é que esteja ocorrendo sem a visibilidade necessária, um processo novo de privatização do Estado. É ele passar dentro dele a agir como se fosse um agente privado e criar novas formas de seletividade. E aí o que se faz de avanço com programas universalistas tipo agentes comunitários, saúde da família, etc., eu solapo por baixo porque crio formas de seletividade nos outros níveis de acesso. Acho que a grande consequência disso é que está havendo neste País um processo de naturalização da pobreza. A nossa capacidade de nos indignarmos – quando falo nossa, não nós que aqui estamos, mas da sociedade – e assumirmos politicamente novas formas de negociação para se enfrentar a questão da pobreza neste País, não é através da focalização e de medidas de alívio à pobreza, mas o que temos que um pouco lutar, do meu ponto de vista, é sair do eixo da pobreza e mudar para o eixo da desigualdade social. Temos que enfrentar de vez neste País é que quem está pagando a conta até hoje são os pobres e os privilegiados assalariados. E aqui, quando falo privilegiados assalariados, não é no sentido pejorativo que os oficiais de plantão utilizam, mas no

sentido de fato. Ter uma fonte de renda hoje neste País e uma forma de sobrevivência é um grande privilégio. Obrigada. (Palmas.)

**SR. ROBERTO GOUVEIA** – Muito obrigado, Professora; vai nos ajudar muito a pensar. Queria anunciar a presença do Deputado Estadual Jamil Murad, da Dra. Regina Parisi Carvalho, representando o Conselho Federal de Medicina, da Sra. Elisabete da Costa Aguiar, representando a Secretaria Municipal da Saúde, da Sra. Maria Lúcia de Oliveira, também representando a Secretaria Municipal da Saúde, da Sra. Antonia Conceição dos Santos, representando o Conselho Regional de Serviço Social, 9ª Região, da Sra. Lígia M., da Associação dos Docentes da USP, da Sra. Maria Helena Miranda, do Movimento Popular da Saúde, da Sra. Lindalva Santos Bezerra, representando a União dos Moradores do Parque Rodrigo Barreto, do Sr. Naelson Correia Guimarães, do Movimento Saúde Zona Norte, Capital, do Sr. José Carlos Seixas, Secretário-Adjunto da Saúde do Estado, da Sra. Maria José Oliveira Araújo, da Rede Nacional da Saúde da Mulher, da Dra. Dione Delese, do CONFESP – Conselho Federativo da Federação Espírita do Estado de São Paulo, São Bernardo do Campo, da Sra. Sueli Batista, da Associação dos Moradores de Taboão da Serra, da Sra. Dalila Magaly Penteado, da Prefeitura Municipal de Caçapava, do Sr. Irineu Barreto, da Fundação SEADE, do Sr. Sebastião Garcia Ribeiro, da Sociedade Amigos do Parque Regina, da Sra. Marilena Pinto França, do Núcleo de Assistência Ações Preventivas, da Sra. Eliana Pontes Mendonça, do SindSaúde, da Sra. Neuza Cegalli Catacine, da ABRASTA, do Sr. Ciro Gomes da Silva e da Sra. Luíza Assis Fleming Silva, representantes da Secretaria da Agricultura e Abastecimento. Se esquecermos de alguém, vamos corrigir o erro mais adiante.

Vamos passar a palavra, por 30 minutos, para Pedro Paulo Monteleone, que é o nosso Presidente do Conselho Regional de Medicina – CREMESP.

**SR. PEDRO PAULO MONTELEONE** – Deputado Roberto Gouveia, Deputado Pedro Tobias, colega de Mesa, Prof<sup>a</sup> Amélia Cohn, demais colegas presentes, Bom-dia. Agradeço a oportunidade de participar deste Fórum de debates na área da Saúde, integrado ao Fórum São Paulo Século 21. Não tenho a competência nem a erudição de fazer uma palestra tão profunda quanto a da Prof<sup>a</sup> Amélia Cohn, desculpem-me pelas minhas limitações, mas vou tentar levantar alguns problemas fundamentalmente da categoria médica; isso tem, logicamente, uma inserção direta com o atendimento de saúde ou políticas de saúde. Vou tentar colocar alguns pontos que considero importantes dentro da profissão médica nos dias de hoje, e muito disto nessa vivência que consegui adquirir durante os 40 meses que presidi o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Coloquei até no passado porque a minha gestão como Presidente do Conselho termina no final deste mês. Foi um período muito enriquecedor para os meus conhecimentos, porque consegui, através das múltiplas atividades do Conselho, ter contato com médicos jovens, com médicos de mais idade, o perfil é completamente diferente; tive contato com praticamente todas as escolas de medicina do Estado de São Paulo, tive contato com estudantes que pretendem ingressar em escolas de medicina e basicamente contato com a sociedade. Nada mais justo do que também comunicar a todos, inclusive à Mesa, aos colegas presentes, que o Conselho, a partir do dia 1º de junho, será presidido por uma conselheira deste Fórum, que está aqui presente, que é a Dra. Regina Parisi, que já presidiu com a sua conhecida competência o Conselho, e presidirá o Conselho na próxima gestão. Tenho certeza absoluta e convicta de que o Conselho continuará crescendo nas mãos da Regina, uma companheira de longa data, extremamente leal e competente, que, além de continuar participando deste Fórum, também representará a Presidência do Conselho, uma vez que ela assumirá o cargo no dia 1º de junho.

Vamos começar colocando um ponto que é óbvio: para que os serviços de saúde pública funcionem de forma competente, portanto, para que a sociedade seja atendida de forma competente, há necessidade primordial de que o pessoal da área



de saúde esteja suficientemente preparado e suficientemente pago, tendo boas condições de trabalho para que consiga desenvolver o seu atendimento. Isso é válido para o médico, para o gestor, para a enfermagem, para o auxiliar de enfermagem, psicólogos e todo o pessoal da área de saúde. Logicamente está longe de haver condições ideais de trabalho para os profissionais da área de saúde. Eu não havia preparado mais ou menos uma seqüência do que eu iria falar e há minutos recebo um “folder” do SindSaúde, “Campanha Salarial 2000”, que diz exatamente muita coisa do que eu vou embasar na minha fala. Para melhorar o atendimento, são necessários investimentos nas unidades básicas de saúde; investimentos também precisam ser feitos em recursos humanos, garantindo treinamento profissional e recuperação salarial dos trabalhadores do setor. Esta frase faz parte deste folheto, e é fundamentalmente um resumo do que vou tentar colocar para discussões e de sugestões para este Fórum. Uma experiência extremamente clara disso se teve nos últimos anos, após a regulamentação dos planos de saúde pela Câmara e Senado. Muito se trabalhou, entidades médicas, organizações não governamentais, sindicatos, associações, conselho, sociedade, para que fosse feita uma regulamentação digna a respeito dos planos de saúde. Isto foi feito; muito do que se pretendia não se atingiu, mas em termos de regulamentação, houve algum avanço. No final desses embates para essas regulamentações se falou que para que, essa nova regulamentação tivesse os efeitos que todos desejávamos, era necessário que a categoria médica estivesse satisfeita para que conseguisse fornecer um bom atendimento. O que se vê na atualidade parece-me que o feitiço acabou virando contra o feiticeiro, porque as seguradoras, as firmas de planos de saúde, por conta de manter o seu lucro e, portanto, uma vez que na regulamentação elas vão ter que oferecer tudo o que o cidadão necessita, e assim é que eu entendo um seguro ou um plano de saúde, acabam então penalizando a classe médica através de cortes nos honorários, cortes em solicitações de exames, cortes em internações, cortes em atendimentos. Resumindo, não há possibilidade de que se ofereçam bons serviços de Saúde sem

que a categoria, o pessoal, os recursos humanos da área de saúde tenham boas condições de trabalho, tenham bons níveis salariais, e também possibilidade de que façam treinamentos para que fiquem, ou continuem se atualizando dentro da sua atividade. Hoje, o que se vê do médico que trabalha no serviço público, no atendimento, ele tem péssimas condições salariais, ele tem péssimas condições de trabalho, não só na área física, mas como também na área de recursos humanos, uma vez que as equipes não estão completas, uma vez que ele não encontra médicos de determinadas especialidades para que lhe dê o subsídio necessário para o seu trabalho, e por aí afora. Isso gera, sem dúvida nenhuma, uma insatisfação profissional e, mais do que isso, como não existe praticamente nenhum investimento, nenhuma possibilidade para que o pessoal da área de Saúde, fundamentalmente o médico tenha possibilidade de se atualizar, de se reciclar, de participar de cursos de educação continuada, ele trabalha constantemente, além de fornecer um atendimento não atual, não o melhor, insatisfeito e intranquilo, porque ele não está se atualizando, não tem possibilidade de se atualizar, logicamente ele tem um risco no seu trabalho, risco para ele em termos de viver envolvido com o Poder Judiciário e outras instâncias, e risco para o cidadão que muitas vezes não tem o atendimento que ele merece. Infelizmente nesta área de formação profissional, que é um tópico que vou focalizar agora, as perspectivas não são as melhores, uma vez que, dentro da lógica do Governo, há uma abertura indiscriminada de escolas médicas. Conseguimos, através de campanhas de penetração na mídia, bloquear a abertura de outras escolas nos últimos três anos, inclusive com o apoio desta Casa, que fez, há pouco tempo, um seminário sobre abertura de novas escolas médicas. Mas hoje, no Estado de São Paulo, temos 23 escolas em funcionamento; praticamente quando todas essas escolas estiverem formando, 2.300 médicos novos por ano. Para os senhores terem uma idéia numerológica da questão, temos hoje no Estado de São Paulo praticamente um médico para 450 habitantes, o que significa exatamente o dobro da necessidade. A Organização Mundial de Saúde apregoa um médico para 500 habitantes. Poderia

parecer, numa primeira impressão desta numerologia, que quanto mais médico melhor, mais gente atendida, menos custo, porque haveria uma competição de mercado, e havendo competição de mercado o custo abaixa. Esta lógica não existe; o que existe é que quanto mais médico pior a população é atendida e os custos operacionais aumentam. A profissão médica é completamente diferente das outras. O advogado se forma, e se formam muitos, a maioria deles, estou falando maioria com absoluta tranquilidade, não exercerá a advocacia *stricto sensu*. Na classe médica é diferente, onde a adesão do médico à profissão, através de pesquisa feita pelo Conselho Federal e “Fiocrus”, indica que 95% dos médicos formam-se e continuam trabalhando na profissão médica. Além disso, 2.300 médicos que se formam no Estado de São Paulo, ainda temos o recebimento de uma migração enorme de outros Estados, que vêm para cá por conta de fazer estágio, residências, parecendo ser uma residência temporária, que na realidade não é, muitos acabam se fixando aqui. Novas inscrições no Conselho Regional de Medicina acontecem por ano: temos 2.300 dos formados aqui no Estado, mais 1.200 ou 1.300 oriundos de outros Estados, freqüentemente Norte, Nordeste, Centro-Oeste. Outro ponto fundamental que acredito seja um tema interessante para o Fórum é o que se ensina na Faculdade de Medicina ou nessas faculdades, é o que a sociedade necessita ou não? Tenho a impressão de que não. Hoje temos um desvirtuamento dos cursos de medicina; há, principalmente nas faculdades de ponta, como Paulista, USP, Ribeirão, Botucatu, e nas mais antigas, uma hipertrofia dos cursos de pós-graduação e uma pouca atenção para os cursos de graduação. Nas novas, naquelas que não têm pós-graduação, os cursos de graduação são muito pouco competentes porque não têm capacidade instalada, ambulatórios, hospitais, e também têm um corpo docente extremamente pouco competente para que dê um ensino de qualidade. Esse médico, que vem de uma graduação certamente deturpada, vem para o mercado de trabalho e há necessidade, diante da amplitude dos conhecimentos na área médica, de que ele faça uma residência. Os médicos formados desde a USP, que é a mais antiga no Estado de São Paulo, até a mais

nova, que é a Faculdade de Medicina de Santos e de Ribeirão, não podem, uma vez formados, entrar no mercado de trabalho, porque os cursos de graduação não fornecem essa competência. Daí a necessidade obrigatória do sistema de residência. Trinta por cento dos médicos formados não fazem residência. Esses 30%, e vocês, num raciocínio lógico percebem que são os piores, os piores não conseguem, porque para entrar na residência há concurso de seleção, os piores entram no mercado de trabalho, vão trabalhar e vão pegar quais empregos? Os piores. Quais são os piores? Os de mais risco, que são plantão de urgência, emergência, na periferia; então avaliamos o quão mal a população acaba sendo atendida, e o quanto esses colegas se arriscam do ponto de vista profissional nesse atendimento.

Um outro tema que pautei aqui, o Governo abre muitas escolas, se grande parte dessas escolas não fornecem um ensino competente, se os piores não conseguem vaga na residência e entram no mercado de trabalho, arriscando-se e, pior, arriscando a população atendida, por que não fazer um bloqueio através do exame da Ordem, à semelhança do que faz a profissão jurídica? A princípio a idéia parece ser sedutora, se o médico não tem competência, mesmo com o seu diploma na mão, vamos bloqueá-lo de outra forma, que é o exame da Ordem; é um assunto em debate. A minha posição ainda é amplamente contra o exame da Ordem, acho que é um curso em que o indivíduo fica até 25, 26 anos de idade, ele entra no mercado de trabalho e seria uma injustiça esse indivíduo não ter possibilidade de trabalho, uma vez que ele não sabe fazer absolutamente nada, a não ser medicina. Talvez não saiba fazer bem medicina também, mas esse é um outro problema que teríamos que resolver, não com uma atuação, no meu entender, complicada, de um bloqueio profissional, mas sim fazendo com que o MEC vistorie as faculdades de medicina, diminuindo vagas naquelas pouco competentes; não acredito em atitudes drásticas de fechamento de faculdade, mas no mínimo com uma redução do número de vagas. Por outro lado, se houver exame de Ordem, possibilitando aos aprovados trabalhar e impossibilitando os não-aprovados a não trabalhar, vamos ter

um mercado paralelo na classe médica de indivíduos que têm o diploma, reprovados no exame da Ordem; será, sem dúvida nenhuma, uma mão-de-obra barata para empresários inescrupulosos da área de Saúde. Não há possibilidade de fazer essa fiscalização, porque hoje temos inúmeros médicos trabalhando sem ter a certificação para esse trabalho, e não há como ir atrás de todo esse pessoal. O que eu digo é que o médico formado, reprovado no exame da Ordem, irá trabalhar em alguns hospitais, e outros médicos habilitados assinarão os seus procedimentos, e essa fiscalização é muito difícil. Um outro problema que falei e que aqui no panfleto do SindSaúde diz, é que precisamos investir em educação continuada em todo o pessoal da área de Saúde, inclusive no pessoal da área médica também. A cada dia existe um novo procedimento em medicina, a cada dia existe uma nova tecnologia, novas possibilidades diagnósticas, e temos que disponibilizar isso para a população, com parcimônia e critérios, porque se formos usar toda tecnologia de forma indiscriminada, vamos banalizar a tecnologia, fornecendo-a para quem não tem necessidade e privando-a para os que têm. Enfim, há que haver um comedimento. Infelizmente, faço aqui uma denúncia que tenho feito à exaustão: hoje o médico tem inúmeras dificuldades em se atualizar. Inúmeras. Primeiro, ele tem dificuldade de se afastar dos seus locais de trabalho para participar de encontros, jornadas e congressos; é caro. Mais do que isso, quando ele participa de encontros, jornadas e congressos, recebe ensinamentos supostamente atualizados, extremamente manipulados pela indústria farmacêutica, que financia congressos e professores para vender as suas tecnologias e os seus remédios. Hoje, as entidades médicas científicas não têm mais o domínio dos seus congressos; quem faz a programação científica dos congressos é a indústria farmacêutica. Em algumas especialidades, praticamente em todas, em outras especialidades que se utilizam de menos medicamentos e menos tecnologia, menor, mas em especialidades como ginecologia, cardiologia e outras, quem faz a programação científica dos congressos é a indústria farmacêutica, e o médico vai para escutar professores que nada mais são do que garotos-propaganda de laboratórios. Um outro problema que me assusta

é a complexidade e burocratização que vemos nos serviços, principalmente no serviço público. Acho que, do jeito que está, vamos ter que dar uma solução, talvez criar novamente o Ministério da Desburocratização, que teve uma vida extremamente curta com o Ministro Hélio Beltrão, já falecido. Cito um exemplo: sou formado pela Escola Paulista na década de 60; desde estudante do 4º ano, de 1963 até 1971, fui médico acadêmico e depois médico da Casa Maternal, que todos conhecem, na Avenida Celso Garcia, 2477; quando era acadêmico, na Casa Maternal, em 1963, a Casa Maternal tinha quatro plantonistas, um chefe de plantão, um subchefe de plantão, um anestesista e um pediatra, 24 horas. Tinha seis acadêmicos quartanistas, quatro quintanistas, dois doutorandos e um médico interno; essa era a equipe. Na realidade, os médicos da Casa Maternal eram quatro: o chefe, o subchefe, o anestesista e o pediatra. Sessenta partos por dia, com um atendimento exemplar. Tudo o que consigo fazer hoje no atendimento obstetra aprendi na década de 60 na Casa Maternal. Quem conhece essa Casa, olhando para ela de frente- ela é um “U” – de manhã, à direita, era o serviço de triagem e pré-natal, filas e mais filas eram atendidas até a uma hora da tarde. Quem olha a Maternal de frente, à esquerda, era onde se atendiam as especialidades médicas, onde tinha um cardiologista, um oftalmologista, um dermatologista e por aí fora. Movimento brutal. Em cima eram as internatas, sala de parto, isolamento, berçário, berçário de prematuros, capela e por aí fora. Voltei na Casa Maternal há pouco tempo, plantonistas mais de 12, número de partos 20 por dia, as alas esquerda e direita, área administrativa. A mesma estrutura hoje e grande parte da área de atendimento transformada em atividades administrativas e burocráticas; provavelmente a folha salarial está lá em cima, e o atendimento, em termos numéricos, está lá embaixo. A qualidade não discuto, porque ela recebeu há poucos dias o Prêmio Unicef pelo atendimento; esse é outro problema. Mas a capacidade operacional reduziu no mínimo pela metade, e com o pessoal, no mínimo o dobro. Não há possibilidade destas hipertrofias nas áreas administrativas. Temos que colocar a mão na consciência e tentar desburocratizar, porque do jeito que está

muito pouca verba vai para a atividade-fim, de atendimento daquele que está na ponta, e muita verba vai para atividade-meio muitas vezes burocrática e pouco resolutive. Muito obrigado. (Palmas.)

**SR. ROBERTO GOUVEIA** – Muito obrigado, Pedro Paulo. Queria anunciar, e pedir desculpas por não haver feito logo no início, a presença da Dra. Virgínia, que está representando o Instituto de Saúde. Queria aproveitar para fazer um convite a uma atividade que estamos jogando muito peso, sentir-me-ia muito honrado se vocês pudessem participar: será uma Sessão Solene na segunda-feira, dia 15, neste mesmo Plenário, onde estaremos fazendo uma cerimônia de lançamento da Campanha Internacional pela Cultura de Paz e Não-Violência da Unesco. Já foi feito esse lançamento na Câmara, nós estaremos fazendo aqui na Assembléia Legislativa na segunda-feira, aonde vamos inclusive coletar assinaturas até setembro para essa campanha mundial da Unesco por uma cultura de paz e não-violência. Passo agora a palavra ao Deputado Pedro Tobias.

**SR. PEDRO TOBIAS** – Em primeiro lugar, agradeço aos palestrantes Pedro Paulo e Prof<sup>a</sup> Amélia Cohn. Todos nós médicos, que exercemos ainda a profissão, sabemos que a Saúde no Brasil é doente. Nesse ponto ninguém discorda. Precisamos da ajuda dos palestrantes nesse sentido, com sugestões a médio, curto e longo prazo. O problema da Saúde, a meu ver também, como o Prof. Pedro Paulo acabou de falar, não é só financeiro, mas estrutural também. Há hoje três esferas, e uma empurra para a outra: o Estado empurra para a União, a União empurra para a Prefeitura, e assim por diante. O primário fica nas mãos da Prefeitura, chega no secundário, mais um mês nas mãos do Estado, terciário com a Previdência. A meu ver, deveria ser implantado o SUS, a municipalização plena, controle, mas o pagamento não por responsabilidade deles, porque hoje o poder central passa a responsabilidade para o civil, a Prefeitura não arruma dinheiro. Há debate sobre municipalização, mas muitas coisas na Saúde são estruturais. O que está

acontecendo, como foi dito aqui, são verdadeiras indústrias. Temos mais tomógrafos do que o Canadá todo, e isso encarece a medicina. O Poder Público não agüenta, o convênio também não, nem tampouco o bolso. Esse é um problema muito sério. Precisamos todos dar sugestões, pois sabemos que a Saúde no Brasil é doente. Apontar erro é fácil, mas a nossa obrigação neste Fórum é apontar solução, a curto, médio e longo prazo, pois não estamos fazendo aqui um palanque eleitoral para estabelecer prazo para a resolução dos problemas, para minimizá-los na área da Saúde. Podemos melhorar muito se houver alguma mudança estrutural na área da Saúde. Agradeço a todos. (Palmas.)

**SR. ROBERTO GOUVEIA** – Antes de iniciarmos os debates, gostaria de também fazer uma breve colocação. Agradeço a exposição da Prof<sup>a</sup> Amélia Cohn e do nosso Presidente do Conselho Regional de Medicina, Prof. Pedro Paulo Monteleone. Estaremos retomando essa discussão quando dos debates já aqui anunciados, que os subgrupos estarão realizando, e que o Ângelo já anunciou as datas. Logicamente é um debate muito amplo e genérico, que depois daremos seqüência e estaremos avaliando, portanto, a sua incidência em debates e temas por temas. Queria rapidamente dizer que para nós é uma satisfação muito grande poder realizar este Fórum, aliás eu estava até comentando com a Prof<sup>a</sup> Amélia, quando ela me perguntou como estava a Assembléia, a legislatura, eu dizia a ela que não tenho dúvida, estou na quarta legislatura, e esta é a minha melhor experiência como Deputado Estadual. Acredito que esta é a melhor legislatura que temos, exatamente porque estamos conseguindo estabelecer esse processo de capilaridade através do Fórum, que elevará em muito a nossa qualidade do ponto de vista de diagnosticar, analisar, encontrar alternativas e fazer correções de rumo. Quando a Amélia e o Pedro Paulo estavam expondo, eu estava voltando o filme na minha cabeça em relação a algumas coisas que já deliberamos aqui na Assembléia Legislativa. É outro motivo de alegria poder dizer que esta Assembléia avançou muito no debate em relação à nossa área. Aliás, eu até arrisco dizer que a área da



Saúde foi a que de fato mais avançou aqui nesta Assembléia, do ponto de vista da legislação, a ponto de ser a única área no Estado de São Paulo que não há hiato legal, o que é muito importante. Temos a Constituição Federal, a Lei 8.080; ao nível do Estado, temos a Constituição Estadual, a Lei Complementar, a Lei Orgânica da Saúde, aliás, é o único Estado do País que tem; Minas Gerais aprovou em setembro do ano passado. A nossa é de 1995, e é a Lei Orgânica da Saúde ao nível do Estado. Depois vem a legislação comum, que chamamos de Legislação Ordinária. Então aqui, ao nível do Estado, temos a hierarquia completa da legislação, não há hiato legal, não tem buraco no processo e na hierarquia das leis em São Paulo na área da Saúde. Aprovamos legislações ordinárias importantíssimas; permitam-me fazer um breve comercial, mas acabamos de lançar uma publicação reunindo todo esse esforço que a Assembléia Legislativa fez. Aprovamos então, além da Constituição, que é um capítulo dos mais avançados do Brasil, aliás pouco conhecido, e fizemos questão de divulgá-lo aqui também nessa publicação, o nosso capítulo da Saúde foi construído num processo de mobilização muito bonito nesta Casa, por isso, inclusive, ele é considerado um dos mais avançados do Brasil, e deu amparo para que nós, mesmo no período constituinte, já começássemos a elaborar o Código de Saúde, recolhendo as emendas da Sociedade Civil, dos Deputados, por isso o Código de Saúde demorou seis anos para ser feito. Além do Código de Saúde, agora aprovamos também um novo Código Sanitário de São Paulo, que é uma legislação recente, muito pouco conhecida e importantíssima, porque mexe com o cotidiano das pessoas, saúde e meio ambiente. O nosso povo da vigilância em saúde ainda estava trabalhando com o Código Sanitário, que tinha por inspiração as formulações do Emílio Ribas, de 1918. Imaginem, por mais brilhante que tenha sido Emílio Ribas, difícil para ele avaliar, analisar, como é que a sociedade humana estaria organizada no final do século. Conseguimos também atualizar essa legislação. Direitos dos usuários, saúde no local de trabalho, queria então dizer que enquanto a Prof<sup>a</sup> Amélia e o Prof. Pedro Paulo estavam expondo, eu estava aqui lembrando debates que tivemos nesta Casa durante todo esse

período. Aliás, quando a Amélia estava falando da questão da desigualdade, eu me lembrava da importante participação e ajuda que a Fundação SEADE está nos dando do ponto de vista de levantar os dados; estive estudando, até porque fui convidado para ir no Memorial da América Latina analisar os desafios da Região Metropolitana, esses dados de desigualdade que a Prof<sup>a</sup> Amélia disse; a “Folha” publicou há pouco tempo que 1% de ricos no Brasil ganha mais do que os 50% mais pobres da população. A Fundação SEADE nos ajudou muito; fomos avaliar a Região Metropolitana, vejam, região que concentra riqueza, portanto, não é ausência de riqueza em hipótese alguma. Aqui na Região Metropolitana, os dados da Fundação SEADE nos revelam que essa situação é pior nesta região, em vez de ser abrandado aqui. Os 10% mais ricos guardam uma distância de 53 vezes os 10% mais pobres da população nos 37 municípios da Região Metropolitana. Imaginem o que isso representa! Quero aqui homenagear a Fundação SEADE, que está nos ajudando exatamente a melhor apurar o que está acontecendo no nosso País, em São Paulo e na nossa Região Metropolitana. Só para chocarmos um pouquinho mais, nos Estados Unidos a diferença é 25%; na Índia a distância dos 10% mais ricos dos 10% mais pobres é apenas 28 vezes. Só para aguçar um pouco mais e nos deixar intrigados, peço licença para ler o parágrafo 2º do artigo 1º do Código de Saúde para que os senhores vejam o que a Assembléia Legislativa de São Paulo aprovou como parágrafo 2º do artigo 1º do Código de Saúde, e o Governador de São Paulo sancionou, com todo o seu Secretariado, depois cada um tira a sua conclusão:

“Parágrafo 2º do Artigo 1º do Código de Saúde – Na organização e no funcionamento do Sistema Único de Saúde, SUS, o Poder Público atuará sob a orientação de que o desenvolvimento econômico é instrumento do desenvolvimento social e do bem-estar coletivo, e que as metas econômicas devem ser formuladas em função das metas sociais”.

Não vou fazer comentário porque o texto é cristalino e nos ajuda muito a apontar o horizonte que acredito seria razoável e, talvez, a saída para muitos dos nossos problemas.

Passamos a palavra ao Deputado Jamil Murad.

**SR. JAMIL MURAD** – Cumprimento os Deputados Roberto Gouveia e Pedro Tobias, que coordenam este importante grupo de trabalho, bem como a Prof<sup>ª</sup> Amélia Cohn e o Prof. Pedro Paulo Monteleone, que nos estimularam a uma reflexão. Cumprimento todos os amigos, o Prof. Seixas, que representa a Secretaria de Saúde como Secretário Adjunto. Este Fórum é muito importante porque, inclusive, Deputado, vamos ter a Conferência Nacional de Saúde este ano e, nesse processo, temos que festejar, como a Prof<sup>ª</sup> Cohn falou de políticas públicas e sociais. Neste século as conquistas sociais foram obtidas a saca-rolha. Não tinha aposentadoria e os ferroviários fizeram a caixa de pensão em 1920; a conquista da saúde, como um direito, somente no fim do século, em 1988. O movimento político que obteve esse SUS, em 1988, vinha da luta do povo brasileiro contra a ditadura, pelas “Diretas já”, depois pela Constituinte, o povo na rua, o Governo do Sarney no começo representando esse anseio, que era aquele programa do Tancredo contra o Paulo Maluf, que representava o candidato da ditadura, quer dizer, viemos nesse processo. Obtida a Constituição e conquistado o SUS, o Brasil se dividiu. O povo, as forças democráticas se aglutinaram em torno da campanha do “a frente Brasil popular”, cujo candidato era o Lula, o nosso candidato, só que nós perdemos. E quem ganhou? O Collor, representando o poder financeiro, quer dizer, o capital financeiro e a trambicagem, em termos de forças. Aí ele começou a desregular tudo, inclusive ele descentralizou o INAMPS; ele puxou determinadas coisas que estavam descentralizadas para ele de novo, prejudicando a implantação do SUS. Aí não ganhamos, não viramos mais; esse processo político teve uma parada com o Itamar, não é que parou, teve um breque, inclusive a administração da saúde do Jamil Addad e outros companheiros, que procuravam

implantar o SUS. Com o Governo Fernando Henrique, vimos o aceleração da implantação da política do capital financeiro, através dos organismos que implantam essa política que são, por um lado, o FMI, e o Banco Mundial. Na Saúde, é muito nítida a orientação do Banco Mundial, e isso tem prevalecido até hoje. Estamos lutando para implantar o SUS, mas estamos nadando contra a maré, eu acho. Vou colocar a minha preocupação aqui porque eu não sou palestrante, só estou participando do debate. Qual é o problema? Então o problema é a orientação do Banco Mundial e o Governo de São Paulo mandou a Lei de Organizações Sociais para cá, nós fizemos emendas, conquistamos algumas coisas, no entanto um fator essencial, quem fica com as unidades, seja posto de saúde ou hospital, falando em hospital quem é que fica com os hospitais? É prerrogativa do Executivo, e o Executivo tem lógicas que a lógica não entende. Mesmo na distribuição inicial dos hospitais já teve problemas; a UNISA ficou com um, que é uma universidade privada cuja mensalidade é de R\$ 1.800,00 (um mil e oitocentos reais), e assim por diante. A indústria da construção civil ficou com um, quer dizer, qual é o controle social? O SR. Naelson é do Conselho Estadual de Saúde. Qual é o controle social que o Conselho, como um organismo nosso, previsto em lei, o que ele tem conseguido fazer de controle? Muito pouco ou quase nada. Nem nós na Assembléia. Eu faço os pedidos de informação, encaminho para o Tribunal de Contas, faço reunião com o Tribunal de Contas, encaminho se acho devido para o Ministério Público, inclusive consta da lei que é obrigado fazer isso. Por um lado, então, isso. E o outro? Quer dizer, isso mostra, na prática, que o Poder Público está saindo da execução de serviços; ele só repassa dinheiro. E já tem um pedido, se não me engano da UNISA, que quer mais dinheiro, que aquilo que se repassou é pouco. Porque a organização está assim: Hospital Santa Catarina pega o Hospital Pedreira, é uma instituição só, o dinheiro entra ali, eu não sei como é usado isso. A UNISA, idem, o dinheiro entra como se fosse para aquele hospital público administrado pela UNISA, mas entra para a Instituição UNISA. Deu para entender? Aí passa a ser uma torneira que, dependendo do tipo de governador, eu penso em leis e políticas que independem de

quem está exercendo a administração, o indivíduo pode começar a carrear fortunas para aquela instituição, sem controle! Outra vertente, o Qualis, está aí, está servindo de campanha eleitoral inclusive, mas vendo o Qualis, está previsto no Plano Plurianual 211 milhões para o Qualis; muito bem, quem controla a aplicação? Fala-se que pode pagar os profissionais o valor que for. O Roberto, o Pedro Tobias e eu fomos ontem ao Palácio para arrancar um pequeno aumento para os servidores da Saúde. Agora, para o Qualis, qual é a regra que dita a política salarial? E quem é contratado? Vamos supor, tem bons profissionais que gostariam de ter a oportunidade também de serem contratados por esses salários melhores, mas quem define? Ninguém, é a vontade de quem está administrando. Não existe democracia nesse processo. Outra coisa, aquele dinheiro público vai para o Qualis e ele ali compra comida, paga vigilante, compra medicamento etc. Qual é o controle social sobre esse dinheiro? Como é utilizado? Estou fazendo um questionamento, em outras palavras, estou reforçando aquela idéia para refletirmos juntos, eu não acho que o Qualis seja política universalizante e nem as organizações sociais, porque o Governo tem um plano para atender. No fim do Governo, daqui a três anos, teria uma meta de dois milhões atendido pelo Qualis; só na cidade de São Paulo são 10 milhões; então o plano todo é para atender 20% da cidade de São Paulo. Tenho dito que, às vezes, parece um Baneser, porque pode contratar com salários melhores sem concurso, e parece às vezes um PAS, porque usa o dinheiro sem controle público, sem mecanismos etc. Sem ofensa, porque estamos discutindo idéias. Não faço política de ofensa a ninguém, quero discutir idéias. Acho que aquilo que tem controle, que é universalizante, é o SUS, e que precisa, lógico, de aprimoramento. Ninguém quer uma lei que dure 100 anos sem nenhuma melhora quando estamos tateando para ver como é que melhora. No entanto, o que está ocorrendo é uma pressão do Banco Mundial, dos organismos internacionais, para restringir essa história de políticas universalizantes. Isso está ocorrendo na educação, na saúde, com nitidez, e estamos discutindo saúde, infelizmente estamos sendo vítimas dessa orientação política que vem do Palácio do Planalto. (Palmas.)

**SR. ROBERTO GOUVEIA** – Muito obrigado, Jamil. Queria abrir inscrição, João, ajude-me a anotar, por favor: Virgínia e Maria José, Sr. Seixas, Sr. Naelson. Tem a palavra Virgínia.

**SRA. VIRGÍNIA** – Estou falando a título estritamente individual, ou seja, a minha opinião pessoal. É sempre um privilégio poder ouvir a Prof<sup>a</sup> Amélia Cohn, no entanto queria que ela destrinchasse algo para nós; concordo, plenamente com essa sua conclusão de que a grande questão para nós hoje é a da desigualdade. Pegando pela trilha que o Jamil se enveredou, quando vemos no Brasil a política do setor Saúde, percebemos atos legais que dão sustentação para essa política. Essa Lei das OS's, que já foi dito, que existe no nível Federal, existe também no Estadual, e que, como o Jamil descreveu, foi uma grande negociação para que ela não fosse tão ruim, mas, ficou ruim. Menos pior do que era originalmente, pelo esforço do pessoal da Assembléia Legislativa, e que realmente representa os interesses da maioria da população. Temos a Lei Federal das OS's, a Lei Estadual das OS's e a Norma Operacional Básica 96, que no seu interior existe a formulação desses programas que a Amélia se referiu, o Programa de Saúde da Família, o PSF, e o Programa de Agente Comunitário da Saúde, PACS. Como vemos que a paternidade da NOB 96... que para mim até certo ponto pode ser atribuída ao ex-Ministro Bresser Pereira, com isso já dizemos um monte de coisas, mas vamos tentar explicar, porque o Bresser é aquele que por excelência simbolizou essa questão da desregulamentação, da desproteção e da flexibilização das relações de trabalho, talvez até particularmente a Saúde, mas não que ele não representasse as outras também, que são as grandes propostas do neoliberalismo aqui no plano mundial e no Brasil. O problema, Amélia, é o seguinte: como é que nós, ao sabermos que essa NOB 96 vem de onde veio e faz parte dessa política mais geral, ele dá sustentação para essa política, como é que podemos qualificar o PSF e o PACS de universalistas? Porque para mim eles são instrumentos de focalização.

Uma coisa é pensar o PSF e o PACS na sua origem, lá no Ceará, e outra coisa é pensar naquilo que esses dois programas se definem hoje, que é na relação que eles têm com o restante dessa política que o Governo Federal tem tocado e tem, com isso, procurado substituir o SUS. Vemos então o Programa de Saúde da Família e o PACS não como elementos no interior do SUS, como deveriam ser, mas como elementos que vêm para substituir o SUS; é muito clara uma política de focalização, que, como diz o Jamil, vem até de outras origens, como o FMI, são órgãos multilaterais que impõem isso para países como o nosso. Você, Amélia, tem toda uma reflexão sobre isso e nós estamos ainda engatinhando, mas isso eu não consigo compreender, porque para mim, hoje, como se define o PSF e o PACS na relação que eles têm com a política, a maneira pela qual eles têm sido utilizados, e realmente postos em prática, para mim eles são o contrário da universalidade, eles são a focalização, são o contrário da integralidade, são as ações simplificadas, eles são, enfim, o sistema para os pobres. E você mesma notou que o subsídio que é dado aos planos e seguros de saúde hoje é de tal ordem que chegamos a ter mais de 40% da população pagando planos e seguros de saúde na grande região Metropolitana de São Paulo. Quarenta por cento da população está nisso, e o resto, aquilo que se chama SUS dependente, está nessa coisa aí hoje que se propõe que seja ao se estender para todo o mundo, é o PSG e o PACS.

**SR. ROBERTO GOUVEIA** – Muito obrigado, Virgínia. Tem agora a palavra Maria José.

**SRA. MARIA JOSÉ ARAÚJO** – Sou médica, coordenadora da Rede Nacional Feminista de Saúde Direitos Reprodutivos, que é uma articulação das mulheres de 21 estados brasileiros na área da Saúde que defendem o direito das mulheres. Estamos participando deste Fórum, acho que é uma iniciativa superimportante, é sempre um grande prazer escutar a Amélia, que é uma pessoa que sempre nos dá muitas coisas interessantes. Queria fazer a mesma pergunta feita pela Virgínia

sobre a questão do PACS e do PSF, porque inclusive tem companheiros nossos que estão trabalhando nesses programas, acho que é interessante clarearmos um pouco essa situação. Então gostaria, Amélia, como a Virgínia colocou, que você destrinchasse um pouco mais isso. Segundo, queria também parabenizar o Pedro Paulo, a minha formação é na área da saúde da mulher, queria dizer que o terceiro medicamento atualmente mais vendido no mundo inteiro são os hormônios para mulheres na fase da menopausa; eu diria que uma porcentagem importantíssima dessa medicação é realmente inútil, desnecessária e corresponde a mais um abuso do corpo das mulheres brasileiras, dentre outros que as mulheres brasileiras já sofreram, como a esterilização, a falta de cuidado e uma série de coisas; concordo com você, pois inclusive tem denúncias de médicos brasileiros que vão para os congressos e recebem dinheiro das empresas para medicalizar as mulheres em cima de uma questão que eu diria da identidade feminina, que é a questão da beleza, de se manter eternamente jovem e tal e, sobretudo, da falta de acesso que as mulheres brasileiras têm aos serviços de saúde, a médicos, enfermeiras, que possam lhes ajudar a tomar uma decisão correta sobre o seu corpo e a sua vida. Um outro tema que queria falar é que as mulheres organizadas, enquanto mulheres, conseguimos agora no Congresso Nacional lançar uma CPI contra a mortalidade materna. Acho uma questão superinteressante, porque, dentro de todas essas políticas, o coeficiente de morte materna é o indicador mais preciso para se analisar a situação de saúde das mulheres dentro de um país, não só a situação de saúde, mas como a situação da classe social, como essa mulher está inserida no mercado de trabalho e uma série de outras questões. Os últimos dados de pessoas que trabalham com isso dão um aumento desse coeficiente para o Estado e para o Município de São Paulo. É uma questão bastante controversa, tem pessoas que dizem que não aumentou, que permanece estacionária, aí tem a questão da subnotificação. Gostaria então de propor, enquanto Rede Nacional Feminista de Saúde Direitos Reprodutivos, que o Deputado pensasse na possibilidade também de fazermos um trabalho nesse sentido, porque realmente essa questão da morte



materna é o indicador principal na área de saúde da mulher e que pode nos dar uma análise muito clara sobre as políticas públicas, esses programas que a Virgínia falou e outras questões como as mulheres estão socialmente colocadas aqui no Brasil.

**SR. ROBERTO GOUVEIA** – Muito obrigado, Maria José. Tem a palavra Seixas.

**SR. JOSÉ CARLOS SEIXAS** – Queria rapidamente, vou ter que fazer em síntese, vai ter uma grande discordância de tudo o que ouvi aqui, a começar pela fala da professora. Eu me perguntava: por que será que isto aqui não está cheio? Eu tenho uma hipótese de que de repente estava tudo ruim antes, na época getulista, e continua tudo ruim depois dessa época. Por que eu continuar me esforçando para tentar mudar esse “status quo”? Discordo profundamente, sei que pode ser sempre dito que estamos aqui com pouco espaço de tempo e temos que fazer caricaturas do que entrar no mérito das questões, mas eu me perguntaria: onde está a ética médica da classe médica diante do discurso feito por Pedro Paulo? Ela desapareceu, não existe mais? Não temos por que acreditar numa categoria profissional que é malformada, mal treinada, mal paga. Não é assim. Não é assim tanto numa questão quanto na outra. Acho que se avançou no sistema de saúde, claro que tenho questões estruturais que perturbam e atrapalham o andamento das coisas e que transformam boas intenções em resultados desastrosos; uma das coisas que foi até citada, o Ministro Serra, eu diria que a novidade não é do Serra – lembro-me de ter ido a Belém e ter me indisposto às correntes de esquerda porque eu insistia que na seguridade social deveria manter, dentro do contexto da arrecadação da Previdência Social, o percentual destinado à Saúde, porque esta era uma das garantias existenciais, e eu fui rechaçado, não foi nem pelo FMI e nem pelo Banco Mundial, tanto que nunca mais fui convidado a participar daquilo, porque eu não agradava; eu insistia em manter no contexto do trabalho uma contribuição através da qual se financiaria o sistema de saúde. Isso

para exemplificar uma coisa que foi citada especificamente dentro dessas questões. A partir daí, realmente, não sei se estamos acertando ou não, mas não corresponde à realidade dos fatos que organização social, aqui em São Paulo, guarde qualquer relação, com qualquer pressuposto de Banco Mundial e FMI; para quem tem seriedade e trabalhou 30 anos no serviço público sabe que isso é resultado de uma outra preocupação, de que quem queria o Estado forte, atuando seriamente em Saúde, queria buscar flexibilização na administração pública para viabilizar serviços de saúde à população em geral, e especialmente pobre, mais eficiente, mais capaz, mais flexibilizada salarialmente etc. Por isso foi feito, não guarda nenhuma relação. Não é verdade que o Programa de Agente Comunitário e Saúde da Família guarde qualquer relação. É um absurdo. Se quiser eu cito nomes e partidos políticos; quem fez a NOB; quem se intitulou fazer a NOB é outra história, é o problema de um mundo intelectual nem sempre muito ético, que, a partir de meia dúzia de ilações, chega à conclusão de que ele é o autor de uma mudança organizacional nesse país, mas quem fez a NOB duvido que tenha alguém que não seja legitimamente reconhecido como pessoa de esquerda; porque eu estive sentado dia e noite, chegamos a varar noites, na elaboração da NOB, junto com gente do município, do Estado, e nunca tivemos no Conselho Nacional de Saúde com representação absolutamente popular, isto é, um desrespeito ao mínimo de observação da realidade; posso reconhecer, e podemos discutir, se de repente um processo de implantação das medidas possa levar a desvirtuamentos, e acho que isso é uma obrigação nossa, temos que estar sempre atentos, estou disposto sempre a ouvir e sei que às vezes uma reclamação desse tipo nos leva a corrigir uma série de defeitos. É evidente que no afã de melhorar o desempenho e a ampliação nas ações básicas e dinâmicas junto à população diretamente dentro do sistema de Saúde, houve uma tendência que é muito pessoal, muito cultural, de destacar uma coisa da outra, rede clássica de quem estava operando o sistema. Isso foi observado, e isso está sendo corrigido e está se tentando novas alternativas para que as coisas se agreguem melhor, mas é até um erro conceitual, e é absurdo nós

aqui, porque passamos a fazer um jogo esquizofrenante de achar que não tem mais saída, imaginar que o Programa de Agentes Comunitários da Saúde e o Programa de Saúde da Família não sejam parte obrigatória de um sistema público de saúde com dimensões sociais. A experiência internacional é que nos leva a isso; isso não é invenção de bancos; que tenha gente querendo usar isso para outros fins e separar alhos de bugalhos e imaginar outras coisas, acho que pode, mas não é o que está ocorrendo hoje em dia nem no Plano Nacional e muito menos no Plano Estadual. Acho que isso, então, não contribui para avançarmos, contribui para uma discussão momentânea e, talvez, pouco expressiva de uma luta eleitoral que acho que não constrói e não modifica o “status quo”, que é o que temos que fazer. Nisso o discurso da Prof<sup>a</sup> Amélia é realmente importante; existem variáveis estruturais que nos condicionam a uma série de coisas, portanto, se não estivermos atentos, mas a partir de dados reais, as conseqüências das nossas ações, mesmo sendo bem-intencionadas, corremos o risco de, em vez de incluirmos, excluirmos, de, em vez de melhorarmos, agravarmos uma situação, mas estas observações, desculpe-me, ou se fazem em bases realistas, apontando onde estão os equívocos – lembro-me uma vez SR. Naelson, no Conselho Estadual de Saúde, chamar a atenção para o fato de que tinha centros de saúde que ficaram isolados da prática dos agentes comunitários; isso foi levado em consideração dentro da estrutura, verificou-se que guardava relação com a verdade, da prática, e a partir disso, entre outras coisas, estamos fazendo das tripas o coração, para implantarmos, dentro das características que são cerceadoras da administração pública direta, o próprio Sistema de Saúde da Família com Agentes Comunitários. Não é verdade. Não guarda relação que são coisas distantes, que estão a serviço de interesses internacionais, isso não guarda nenhuma relação, nem com a existência de quem está fazendo isso, nem da direção do Estado, nem na ponta, e muito menos guarda relação com uma perspectiva de que isso tem que ser feito, não vinha sendo feito, é difícil de ser feito; e como as Organizações Sociais, desculpe-me, doutor, primeiro que tem controle, com o devido respeito da Assembléia, que continua sendo

obrigada a fazer os controles necessários e clássicos das contas públicas do Governo do Estado. Tem por determinação desta Assembléia, com muita justeza, a determinação de fazer controles especiais, está formada a comissão. Essas organizações, uma comemorou um ano recentemente; foi feito um contrato da Secretaria com a Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, para montar um critério de avaliação e acompanhamento dessas organizações sociais, e posso garantir que estamos aguardando as primeiras conclusões de processo de análise e acompanhamento, porque queremos entrar no mérito das questões e não nas contabilidades. Nas contabilidades já tem gente suficiente (Tribunal de Contas) para fazer; então queremos entrar no mérito se isso está efetivamente fazendo um atendimento adequado à população. E serão convocados, tenho certeza, a comissão está criada, já está publicada, eu faço parte, SR. Naelson também faz; então fizemos um convênio, montamos um sistema de avaliação e acompanhamento para não ficar naquele “nhec, nhec” que não avalia nada; posso dizer que serão convocados, e com toda razão, acho que este é um problema sério, na hora em que busco a flexibilização eu perder a chance do acompanhamento público. Encerrando, devido ao problema de tempo que temos, só quero dizer que é por isso mesmo que nós não queríamos fazer as análises clássicas, porque na clássica chego a esta conclusão, eu não entendo nada, não chego a conclusão nenhuma, e bate tudo, Passivo e Ativo estão sempre empatados. Garanto que não é isso que você vai encontrar, por preocupação da administração. Quero só dizer que tem uma razão nessa observação, mas isto não significa necessariamente a chamada desprivatização e abandono à população. Tenho muita satisfação em dizer: graças a Deus conseguimos, com isto, montar uma coisa, e sei que, por exemplo, tem mais de 15 mil partos feitos em condições muito boas nessa rede de Organizações Sociais para uma população que, na melhor das hipóteses, agora tem lá junto do lugar onde mora. Muito obrigado. (Palmas.)

**SR. ROBERTO GOUVEIA** – Obrigado, Seixas. A Prof<sup>a</sup> Amélia Cohn está pedindo para fazer uso da palavra; acho importante, porque foram levantadas questões de fôlego. Insisto que não vamos conseguir resolver todas hoje, mas estamos levantando essas questões, e depois todas as dúvidas dos debates vão se incidir nas outras conferências que estaremos realizando. Esperamos chegar no segundo semestre com um pouco mais de clareza, quando teremos que exarar o nosso parecer, o nosso relatório. Estão ainda inscritos o Prof. Naelson, Neuza Cegalli, Arnaldo, Eliana Pontes, e temos três perguntas por escrito. O João faz essa leitura depois. Tem a palavra o Prof. Naelson.

**SR. NAELSON CORREIA GUIMARÃES** – Em primeiro lugar quero cumprimentar a Mesa, mais uma vez o plenário do Fórum São Paulo Século 21, promovido pela Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo, e todos os presentes. Gostaria apenas de fazer um lamento com referência à gripe – essa gripe que está atingindo todo mundo – que nos impossibilitou de ouvirmos uma das autoridades (toda ausência é atrevida) que é o Dr. Adib Jatene, pois a gripe o pegou, ele que não se preveniu tomando a vacina, pois já existem vacinas preventivas, impossibilitando-nos, portanto, de discutirmos com ele, quando ele está sendo comandante. A TV do Senado e da Câmara Federal transmitiu toda sessão aonde ele esteve presente, comandando um projeto lei de atendimento diferenciado no Sistema Público de Saúde, ou seja, de que profissionais formados nas universidades ficassem circunscritos às próprias universidades depois de formados. É um assunto muito sério, que precisaria ser discutido, inclusive com a presença dele. O pouco que eu disse peço desculpas por ter dito, mas disse porque as TV's já divulgaram. A outra questão, professora, palestras como essa valem a pena. Temos uma diferença grande de idade, eu e o Dr. Seixas, acabei de fazer 79 anos, mas estou aprendendo, e o que a senhora nos trouxe foi ensinamento, embora existam alguns contrapontos, como disse o Jamil, mas é sempre um aprendizado. A outra questão que o Deputado Jamil Murad chamou atenção, sobre as Organizações

Sociais, existe uma comissão formada pelo Sr. Naelson, por um representante da iniciativa privada, pelo Deputado Jamil Murad e o Deputado Milton Flávio, que dinamizarão um trabalho em relação a essas Organizações Sociais. Quem é o responsável por não funcionar essa comissão? Precisa ser definido, então, Deputado, a Assembléia tem toda uma condição de chamar, inclusive de pegar no pé do Executivo Estadual e fazer com que isso funcione. Quanto à questão social, Qualis, é uma discussão que precisa ser continuada. O que é Qualis, Programa Saúde Família, é uma questão que precisa de discussão aprofundada. Finalizando, professora, a coisa não é tão santinha lá na Secretaria de Estado, não. Primeiro, temos hoje uma lei chamada Código Estadual de Saúde, que ainda ontem me debrucei lendo um bocado, na parte da Ouvidoria. O Código diz que o Conselho Estadual tem que apresentar ao Secretário de Estado uma lista para a escolha de um ouvidor, só que isso nunca aconteceu; o ouvidor sempre sai de dentro do gabinete e vai lá tomar conta da Ouvidoria, e o Código de Saúde que vá passeando por aí, porque não está sendo cumprido. Então a coisa não é assim tão pacífica. É preciso, além disso, outras questões de leis que não estão sendo cumpridas. Para finalizar, o que nós precisamos, com todo o respeito tanto do Executivo como do Legislativo, enfim, de todos aqueles que estão envolvidos nessa questão, fundamentalmente Saúde, é o respeito à lei. Se não vai-se fazer uma lei no Senado contrariando, violentando a Constituição da República e todas as outras leis que contribuem para a dinamização e funcionamento da Saúde.

**SR. ROBERTO GOUVEIA** – Muito obrigado, Sr. Naelson. Dona Neuza com a palavra.

**SRA. NEUZA CEGALLI** – É a primeira vez que fico frente a frente com Amelinha, agradeço. Só queria dar um recado: gostaria imensamente que um dia vocês estivessem sentados lá e nós aqui, com a palavra, com o tempo necessário para expor tudo o que sentimos. Sou representante dos usuários, sou voluntária há

26 anos, trabalho coordenando 1.500 voluntárias da Pastoral da Saúde da Diocese de Osasco, uma região muito pobre e sofrida, de 11 municípios. Vou dizer, temos indignação, sim, não perdemos a nossa indignação, só que nós gritamos no deserto, porque quem está como gestor, quem está nos representando, desculpe-me a Casa, não nos ouve. Uma prova disso é quando gritamos por prevenção. Vocês falam de uma manipulação de indústrias farmacêuticas, não queria entrar muito no mérito, mas gostaria de levantar para o Gouveia pensar direitinho, pois bem, o que foi feito com a anemia folsiforme, que é um escândalo, é uma manipulação de um outro país sobre o nosso, fazendo os nossos de cobaia e ninguém está se dando conta. Existe a diferença de tratamentos não só nas filas para atender hoje um e amanhã o outro, mas eu posso provar que a diferença é gritante quando vemos um tratamento da mesma anemia em dois serviços. Gostaria, Amelinha, de um dia sentar com você, como se eu estivesse na frente do espelho e falar tudo o que eu penso, de todo o sistema; a teoria é muito boa quando vocês estão nela, é muito triste para nós. Dr. Pedro Paulo me conhece muito bem, eu não diria que é só a falta do compromisso do profissional para com o paciente, mas eu acho que se perdeu no caminho a missão do médico. O Dr. Seixas, com todo o respeito, existe uma ética médica, mas antes dela existe uma ética humana que não vemos ser respeitada em todos os momentos. Obrigada. (Palmas.)

**SR. ROBERTO GOUVEIA** – Obrigado, Dona Neuza. Tem a palavra agora o Arnaldo.

**SR. ARNALDO** – Boa tarde meus amigos. Sou da Sociedade Amigos Unidos de Vila Remo, faço parte do Jardim Ângela. Agradeço ao Deputado pelo convite do lançamento do livro, mas não pude comparecer. Agradeço também esta Assembléia, que está fazendo a convocação para todas as pessoas ouvirem e fazer as reclamações. O que eu reclamo, e venho falando sempre, é sobre os nossos hospitais, que estão falidos não só na parte médica, como também na parte de

remédios, enfim, está tudo quebrado. Como falou o nosso Deputado, que a Saúde está doente. Precisamos um pouco de responsabilidade. Meus amigos, o que ocorre nos hospitais é o seguinte: quando vamos marcar uma consulta, leva de um a seis meses, isso em qualquer hospital. Temos que olhar o nosso povo, que está precisando, aquelas pessoas que estão esquecidas, que não têm convênio, pois os convênios não são para os pobres. Outra coisa, o Hospital São Paulo, venho batendo nessa tecla, está sendo conveniado como o Hospital das Clínicas, gostaria de saber dos senhores da Assembléia, quem está sendo beneficiado? O Zé Povinho, como sempre digo? Gostaria então de saber isso da Assembléia, pois o nosso tempo está praticamente esgotado.

**SR. ROBERTO GOUVEIA** – Obrigado, Sr. Arnaldo. Tem a palavra Eliana.

**SRA. ELIANA PONTES** – Conhecemos a Prof<sup>a</sup> Amélia da nossa Confederação Nacional de Seguridade Social. Ao Dr. Pedro Paulo queria agradecer as citações sobre algumas questões que o SindSaúde tem colocado. Quero pedir desculpas aos usuários porque estamos em greve e solicitar aos conselheiros que visitem o Hospital Darcy Vargas, para ver as condições dos trabalhadores naquele hospital, que não têm absolutamente nada, ou seja, seringa, agulha, luva para as pessoas trabalharem. Queria falar algumas coisas, infelizmente o tempo é nosso inimigo, da execução orçamentária de 1999 na área da Saúde. E lembrar que em relação a 99 e a este ano, a arrecadação teve um aumento de 15.7. Lembro que em 99 o gasto com o pessoal foi de 825 milhões, foram gastos 724 milhões, sobraram 101 milhões, o repasse, aos municípios, disponível 35 milhões, gastos 13 milhões, menos 22 milhões, repasse às entidades privadas, filantrópicas, organizações sociais, disponível que havia para essas organizações 108 milhões, foram gastos 255 milhões mais 147 milhões; o que eu quero colocar com esses dados para vocês? Que há de fato uma prioridade, o Governo fez uma opção que não é pelo setor público, é pelo setor privado. Essa é a opção do Governo. Quando dizemos



que somos contra ou a favor do agente comunitário, não somos contra o agente comunitário, não somos contra o Plano de Saúde da Família, o que queremos é que esses companheiros que estão fazendo esse trabalho tenham como referência a Unidade Básica de Saúde, o que não tem. Então levantam todos os problemas, e quando chega na Unidade Básica de Saúde não tem como referência essa Unidade, porque não tem condições. Outra coisa que eu queria dizer, são ou não são profissionais de saúde? Colocamos que são profissionais de saúde, porque mesmo o Serra falando que não pode qualificar esses trabalhadores, porque é uma incoerência hoje querer também qualificar, eu acho que está correto, as parteiras, que hoje estão sendo reconhecidas como profissionais no Norte e no Nordeste. São ou não profissionais de saúde? Temos ou não que qualificá-los? Tanto é que o nosso projeto de qualificação profissional é com a Secretaria Estadual de Saúde. Não temos preconceito, temos diferenças. O Governo tem que inverter as prioridades.

**SR. ROBERTO GOUVEIA** – Tem a palavra a Prof<sup>a</sup> Amélia Cohn. João, por favor, resuma a pergunta.

**SR. JOÃO** – O resumo é o seguinte: para a Prof<sup>a</sup> Amélia, em especial, o Conselho Regional de Serviço Social pede que, se possível, a professora fale um pouco sobre o conceito de solidariedade social, no tempo que temos. Outras questões passamos direto para os conferencistas, pois não há tempo; e a Associação dos Docentes da USP pede uma fala de ambos sobre propostas para curto, médio e longo prazos para a saúde, quer dizer, coisas propositivas.

**SRA. AMÉLIA COHN** – Em primeiro lugar agradeço ao Sr. Naelson; e Neuza, o dia em que trocarmos de papel vou aprender muito. Seixas, tivemos uma concordância e eu, igualmente, com meus pares, fui muito criticada, porque na época da Constituinte eu já era a favor de vincular recursos do orçamento fiscal para a Saúde. Foi uma incompetência da Reforma Sanitária, na minha análise, não

ter feito isso. Então nem sempre discordamos. Acho que a outra questão que começou com o Jamil, do que fazem o PACS, o PSF e o Qualis dentro do SUS, se é SUS ou se não é SUS. Em primeiro lugar, não sei o que é SUS. Lembro-me uma vez do Seixas, Secretário Executivo do Ministério, e estávamos num Conselho Estadual de Pernambuco e ele na Mesa falando: “Como é que fazemos para a população apoiar e se reconhecer no SUS, porque sozinhos não vamos para frente?” Bem, até hoje não sei o que é o SUS. Isto é uma série de preceitos constitucionais, só que este conteúdo, até nesta diversidade brutal que é este País, ele está se dando é na prática, então não adianta eu chorar por algo que eu também não sei; nem as regulamentações, a Lei Orgânica, são suficientes para saber o que é o SUS. Quando vemos uma série de coisas que o SUS pressupõe, por exemplo, o pacto federativo brasileiro é contraditório. Portanto, saber o que está dentro, o que está fora do SUS é complicado. Fiz a minha lição de casa. O que o Roberto me pediu foi o seguinte: “Você poderia dar um quadro mais geral no interior do qual possamos pensar as coisas específicas?” É pena que o Tobias saiu, porque eu acho muito ruim, ainda mais sendo universidade, e na greve que estamos, nós não, a medicina não precisa fazer greve, a Faculdade de Medicina nunca faz greve, e quando faz é só o meu departamento, porque todos eles, como têm outras fontes de renda, dificilmente fazem greve. É fácil criticar e é difícil fazer proposta. A função das universidades é criar conhecimento crítico, e quando falo crítico não é da situação pró ou contra o Governo, é crítico no sentido exatamente de utilizar o seu espaço privilegiado para ter a distância que quem está no serviço não tem; quem está na execução, quem está no Ministério não tem. Aí vem um outro problema: Seixas, nunca te vi tão indignado, e nos conhecemos de longa data; existe um problema desta coalizão de forças políticas que está no Governo e que tem reflexo até no nível estadual de não comportar a crítica – não estou falando que é você, estou falando algo mais fundo; eu, além da USP, dirijo um centro de pesquisa de 23 anos, que nasceu do combate à ditadura, que é o CEDEC. Na ditadura eu tinha dinheiro de governo para fazer pesquisa, hoje não tenho um tostão. E não é que os

governos estadual e federal não estejam financiando pesquisas, estão financiando a rodo, só que quando faz um diagnóstico: “Este grupo tem mais independência e autonomia de pensamento e crítica”, já não é nem a crítica corporativista do meu Centro, acho que é um processo político muito mais complicado; este Governo, ou esta coalizão, nos seus reflexos federais e estaduais estão se olhando no espelho; quem faz os estudos de avaliação, quem faz as críticas são exatamente quem pensa igual, e aí falta referência. É uma coalizão política narcisista. Vamos nos lembrar do velho Caetano. Finalmente, PACS, PSF – Qualis não é uma política, é um programa que é do Estado e que uma vez no Instituto F. Fernandes eu perguntei qual era a diferença entre o PSF e o Qualis, porque o PSF passa pelos trâmites desde o Ministério da Saúde até o nível local, o Qualis não, ele vai por fora e se sustenta de outra forma enquanto canal de processo de formulação de um programa, e ninguém me respondeu. Não foi só o Jatene, não, porque eu estava perguntando qual era a repercussão disso. A lógica do PSF, a lógica do PACS dentro do quadro que eu dei, a outra coisa é implementação como o Seixas falou, ele tem uma lógica universalista; a outra coisa é eu falar que a lógica, portanto, está dentro do SUS, sim, o que não tem a lógica universalista é a lógica do atendimento integral. O que eu estava falando é que eles estendem, mas não conseguem garantir a universalidade do acesso e é nisso que eu estava falando, do acesso; por exemplo, a um exame mais complicado, a um hospital ou a uma referência mais geral, eles apontam para a universalidade. E, finalmente, Seixas, não é que está tudo ruim, é que está tudo muito ruim, e se não tomarmos medida rápida, vai ficar muito pior. Tenho um amigo, colega sociólogo, de respeito, mais velho que você, que diz o seguinte: “Este País só vai enfrentar a questão da pobreza e da miséria quando ela se transformar numa ameaça da saúde pública”, o que já está-se tornando. Em São Paulo já não se vive. Portanto, Neuza, a indignação, estou falando que esta Nação não é que tem os grupos, os grupos que se indignam ficam gritando no deserto, eu estou tentando sobreviver como pesquisadora, o que vai ser

muito difícil. Estou tentando sobreviver o meu Centro, o que vai ser muito difícil. A lógica maior é que este País e as nossas elites deixaram de se indignar. (Palmas.)

**SR. ROBERTO GOUVEIA** – Professora, muito obrigado. Vou agora passar a palavra ao Pedro Paulo Monteleone.

**SR. PEDRO PAULO MONTELEONE** – Os temas foram levantados. A Amélia levantou alguns pontos, eu levantei outros, para pautar para uma discussão mais aprofundada deste Fórum. Foram visões diferentes, não sou pesquisador, sou um médico banal, sou um clínico que atende consultório, tento acertar o diagnóstico, tento acertar o tratamento, às vezes consigo, mas tenho uma vivência de 35 anos de médico; quanto à saúde da mulher acho que um dos piores indicadores de saúde no Brasil da mulher é assistência obstétrica. Fizem-me um questionamento sobre casa de parto; eu tenho escrito sobre isso, acho que existe em algum lugar com desassistência obstétrica total, mas numa Capital como São Paulo, no meu entender, é uma experiência surrealista. Hoje cada vez mais há necessidade de se dar proteção à gestante e à parturiente. Entre dar à luz em casa ou numa casa de parto, lógico que comparar o nada com alguma coisa, alguma coisa ganha. Na cidade de São Paulo, com inúmeros leitos de maternidade desativados, é uma incongruência se dar à luz numa casa de parto. Já tive debates com o Dr. David Capistrano, com o Prof. Adib Jatene, e falei que se eu tiver um enfarto gostaria que o Dr. Adib me operasse, mas que discutir parto comigo, eu falo de cátedra, porque tenho quase 40 anos de assistência obstétrica. Atendi Casa Maternal, atendi periferia, fiz partos em locais absolutamente sem qualquer possibilidade de fazer monitoração, como eu falava, fiz parto durante muito tempo no extinto Hospital Matarazzo, infelizmente fechado, onde tinha o obstetra e Deus, e dava tudo certo. Hoje discutindo com o Dr. David Capistrano, vejam só os dados: as parturientes que entram na Casa de Parto, tem uma hoje na Zona Leste, ela já é triada, aquelas que talvez não tenham chance de dar à luz via parto normal são encaminhadas aos

outros hospitais, porém, das que entram supostamente absoluta e completamente normais, temos uma remoção, segundo dados falados pelo Dr. David Capistrano, de 16%. Quer dizer, é um número alto que vai ter que procurar uma maternidade referência; logicamente essas parturientes transferidas em pleno trabalho de parto têm uma chance de complicações maternas e/ou fetais muito grande. Acho isso um absurdo, investimento em Casa de Parto, além do que, segundo informações, não tenho os dados em mãos, os custos operacionais são extremamente elevados. Hoje, por mais fisiológica que seja a gravidez, por mais fisiológico que seja o parto, para que se dê uma segurança à saúde materna e fetal os partos devem ser assistidos com pouca tecnologia, com o médico ao lado, não é fazendo cesária a torto e a direito, mas com dignidade, porém em ambientes que dêem segurança para a mãe e para a criança. Sinto muito, Casa de Parto pode ser alguma coisa boa para a região do Amazonas, Nordeste, onde não há capacidade instalada, mas para a cidade de São Paulo, no meu entender, não vai de encontro à saúde da mulher de forma alguma. E algumas lideranças feministas têm me questionado agressivamente por essa posição. Não estou fazendo *lobby* do médico, estou fazendo *lobby*, isto sim, e sempre fiz, da saúde da mulher para uma assistência digna. Hoje temos uma mortalidade materna no Brasil, já foi citado aqui não me lembro por quem, extremamente elevada — não é a Casa de Parto que vai resolver isso. Temos que dar hoje segurança à parturiente; o médico e a enfermeira obstetrix, temos que trabalhar em conjunto, como sempre trabalhamos, não temos absolutamente nada em reserva de mercado, em limites de atuação, mas a assistência ao parto deve ser feita pela enfermeira obstetra e pelo médico. No interior do Estado de São Paulo os partos são acompanhados por pessoal inabilitado e que não tem condição de fazer este acompanhamento, que são auxiliares, técnicos de enfermagem, que não têm competência para isso. Precisamos investir na saúde da mulher, que é uma área extremamente desprivilegiada. Obrigado pela oportunidade. (Palmas.)

**SR. ROBERTO GOUVEIA** – Obrigado, Pedro Paulo Monteleone. Encaminhando então para o encerramento, por favor, breves palavras. É que dá vontade de discutirmos tudo de uma vez, mas é por isso que os subgrupos vêm se reunindo e nós vamos ter todo um calendário de debates. Hoje, aqui, de certa forma, apenas levantamos as questões e os conferencistas nos ajudaram nesse sentido; daqui para frente vamos incidir concretamente nos pontos, que inclusive as divergências vão retornar. Vamos ter um debate específico sobre Programa Saúde da Família e vários outros, onde vamos ter que nos aprofundar, para que possamos inclusive tirar e apurar melhor as nossas posições. Vamos ter um debate específico sobre política do sangue, sobre saúde mental, código sanitário e vigilância à saúde e depois vamos estar nos relacionando e convidando vocês pelo correio, como fizemos para esta, com antecedência.

Agradeço muito a presença de vocês; fizemos nesta manhã o possível, levantamos bem as questões e, finalizando, gostaria de agradecer mais uma vez os conferencistas e o nosso pessoal que se inscreveu para falar, como a Virgínia, a Maria José, o Seixas, Sr. Naelson, D. Neuza Cegalli, o Arnaldo e a Lica, que muito nos ajudaram. Vamos agora pegar toda documentação desta reunião, que a nossa idéia é transcrever tudo o que aconteceu aqui, para que possamos estar fornecendo como subsídio para os próximos debates. Muito obrigado. (Palmas.)

Presidente da Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo

***Deputado Vanderlei Macris***

Relator Geral do Fórum São Paulo Século 21

***Deputado Arnaldo Jardim***