

# São Paulo Interior

REVISTA DA SECRETARIA DE ESTADO DOS NEGÓCIOS DO INTERIOR



A descentralização chega ao setor da Saúde

# Nascem os ERSAs



# Legado da democracia

## *A descentralização se consolida na área da saúde com a criação dos ERSAs*

**O** governador Montoro assinou decreto criando 47 ERSAs (Escritórios Regionais de Saúde) no Interior e mais 15 ERSAs na Grande São Paulo. É a continuidade da mesma política de descentralização e participação que criou as Regiões de Governo e os Escritórios Regionais de Governo. Uma política que se tem mostrado correta na medida em que aproxima o governo das reais necessidades da população. A regionalização da Secretaria da Saúde é

*um passo importante, que deve ser seguido por outras Secretarias. No caso da Secretaria da Saúde, esse decreto vem coroar um processo iniciado com a posse do secretário Yunes, que, a partir daí, foi delegando poderes para os níveis regionais, buscando a melhoria dos serviços de saúde nos municípios e nas regiões. A criação dos ERSAs é um grande passo para a conquista de um novo modelo assistencial que atenda às necessidades reais da população.*

Você fica doente e não é rico. Depende, portanto, dos serviços da rede pública de Saúde. Prepare-se: você irá percorrer o duro caminho das filas, da burocracia, da ineficiência, do empurra-empurra etc.

O sofrimento se inicia quando você constata que o serviço de que necessita se localiza longe do lugar de sua moradia, além de funcionar em horários idênticos aos de seu trabalho. Mas, já que não há outro jeito, lá vai você enfrentar a situação. Ai, depois de intermináveis filas, você finalmente consegue o milagre de ser atendido. Alto lá! É cedo para comemorações; várias coisas ainda podem acontecer: podem existir algumas dificuldades de ordem burocrática, devendo você estar preparado para a dança dos carimbos e dos vistos; você pode ser atendido ou, simplesmente, encaminhado; pode ter acesso aos exames, medicamentos e internações que precisar, ou terá que "se virar" por conta própria, muitas vezes pagando (caro) por isso; pode, ainda, repetir o atendimento e exames em cada serviço por que passa; e, finalmente, pode acontecer de você ser atendido, mas precisar de outros "encaminhamentos" como tomar vacina no Posto de Saúde, antibiótico no hospital, analgésico na farmácia, raios X no Posto X etc.

Essa situação que acaba de ser descrita foi extraída de uma cartilha elaborada pela Comissão Organizadora da Conferência Municipal de Saúde, de Ribeirão Preto, e reflete bem o tipo do modelo assistencial existente no país. Porém, em São Paulo, a transformação dessa realidade já não é um sonho distante; começa a ser alcançado com a adoção de medidas concretas e integradas do poder público nas esferas federal, estadual e municipal.

IAS E DESCENTRALIZA-



**No Centro de Saúde de Santo Amaro (CSU) ninguém vai embora sem ser atendido**

**ÇÃO** — Em nosso Estado, uma das dificuldades encontradas no setor de saúde é o fato de os equipamentos hospitalares de saúde estarem concentrados nas mãos da iniciativa privada. Daí a importância das Ações Integradas de Saúde (AIS), que permitem um trabalho conjunto de várias instituições e, sobretudo, o repasse de recursos do Inamps para o Estado e o Município, permitindo aos municípios, em menor ou maior grau, ativar unidades — equipando, contratando pessoal, adquirindo insumos básicos, medicamentos — e, com isso, aumentar e melhorar a oferta de serviços.

Essa integração só tem sido possível graças à política de descentralização e participação do governo Montoro, defendida e implementada na área da saúde do Estado pelo secretário João Yunes. Uma política que vem buscando o fortalecimento e autonomia dos níveis regionais e municipais, bem como a desconcentração e desburocratização da máquina administrativa do Estado. Política que fez germinar a necessidade de uma reestruturação na Secretaria de Estado da Saúde, mostrando a necessidade de se acabar com as coordenadorias estanques,

criando em seu lugar os ER-SAs, Escritórios Regionais de Saúde. (Vide organograma nas páginas 6 e 7)

**JARDIM VISTA ALEGRE** — O êxito da descentralização na área da saúde pode ser constatado ao analisarmos experiências de municipalização como a do Centro de Saúde do Embu.

Funcionando das 7 às 17 horas diariamente, e com seis médicos divididos em dois períodos, o Centro do Jardim Vista Alegre (um prédio de dois andares, limpo e agradável) é um modelo de organização que surpreende pela inexistência de filas ou longas esperas. No térreo, além da recepção, onde são feitas rapidamente matrículas e fichas, ficam as salas de vacinação, esterilização, curativos, observação, coleta de material e almoxarifado. No andar superior está o pronto atendimento, onde são atendidas todas as pessoas que procuram o Centro de Saúde e não estão agendadas. Ali ficam também as salas de inalação, aplicações, reuniões, ginecologia e obstetrícia (acoplada à de papanicolaou e cauterização), além de gabinete dentário. Uma situação diametralmente oposta àquela da cartilha de Ribeirão Preto: o tempo de espera é bem menor, o serviço é ágil, e pouquíssimos casos são encaminhados para outros locais.

**MAIOR RESOLUTIVIDADE** — O Centro de Saúde de Santo Amaro (CS-1) sofria de uma crônica falta de recursos humanos e materiais. O paciente era atendido de forma precária, o grau de resolução para os problemas apresentados era baixíssimo. Em 84, o CS-1 foi reformado e teve seu modelo assistencial repensado dentro de um sistema integrado de assistência à comunidade, passando a funcionar como um ambulatório de referência. Em 85, após a conclusão da reforma, ele começou a

funcionar de forma organizada, racionalizada e integrada com os outros postos da região, apresentando um alto grau de resolutividade.

No CS-1 de Santo Amaro, segundo o dr. Walter, nenhum paciente vai embora sem ser atendido ou encaminhado para outro ambulatório. O Centro está equipado para atender nas seguintes especialidades: cardiologia, oftalmologia, dermatologia, ginecologia e obstetrícia, pneumologia, pediatria, clínica médica e odontologia (pré-escolares e gestantes).

A necessidade dessas mudanças no modelo assistencial — verificadas no Centro de Saúde do Jardim Vista Alegre, Embu e no CS-1 de Santo Amaro, as quais estão sendo testadas também no Centro de Saúde de Itapevi — está diretamente ligada à necessidade de adequar os serviços públicos de saúde à realidade dos equipamentos de saúde do Estado. Para a diretora do módulo de Itapeverica da Serra da Secretaria da Saúde, Maria Rosa Logiodice Cardoso, um bom exemplo de integração em sua região foi o surgimento de um consórcio entre as Prefeituras para construção de hospitais regionais.

**HORA DA MUDANÇA** — A reorganização da Secretaria de Estado da Saúde começou antes das eleições de 82, na elaboração do programa Montoro para esse setor, e teve continuidade no dia da posse dos diretores regionais de Saúde, em março de 83, quando a cada um foi atribuída a função de coordenar todos os serviços de saúde em sua respectiva região. O poder de decisão nas áreas administrativas foi descentralizada para níveis regionais (recursos humanos, material e finanças). O diretor regional passou a ser o articulador da política de saúde na região, discutindo com prefeitos, representantes do Legislativo e outras instituições de





saúde. Realizaram-se convênios de integração de serviços com mais de 400 municípios. Expandiu-se a rede de laboratórios do Instituto Adolfo Lutz e de ambulatórios de saúde mental. Os diretores regionais passaram a opinar sobre a política hospitalar da Secretaria em sua região. A política era clara: as coordenadorias iam se descentralizando e o diretor regional passava a ser o coordenador da integração entre os diversos setores da Secretaria. Tudo de maneira informal, sem mexer na estrutura, pois, como consta em documentos da Secretaria, não se desencadeariam reformas na estrutura, enquanto não se consolidassem essas novas funções dos Departamentos

Regionais de Saúde.

Com a nova divisão administrativa do Estado a partir da criação das 42 Regiões de Governo e dos respectivos Escritórios Regionais de Governo, em 84, a ultrapassada estrutura da Secretaria Estadual de Saúde passa a ser questionada. Em dezembro de 84, a Fundap (Fundação do Desenvolvimento Administrativo) é contratada para estudos de reorganização da Secretaria e, em janeiro de 85, com o decreto de criação da Coordenação do Programa Metropolitano de Saúde, surge, dentro da antiga estrutura, o embrião de uma nova estrutura com base no conceito de módulo, fundamento de um novo modelo assistencial.

CPMS, EMBRIÃO DOS ERSAs — Para a dra. Sônia Maria Terra Ferraz, que coordena a implantação dos ERSAs na área metropolitana de São Paulo, “é muito importante o fato de o Programa Metropolitano de Saúde — surgido em 75 e voltado para a construção de equipamentos de saúde — ter evoluído na atual gestão, tornando-se um canal para se repensar o modelo assistencial na saúde pública, procurando acabar com a dicotomia entre saúde preventiva e saúde curativa, entre saúde coletiva e individual. Assim, em 85, o PMS foi elevado a Coordenadoria, passando a criar módulos em bases geográficas determinadas, onde se experimentou um mo-

## A população como referência

**O** dr. Otávio Azevedo Mercadante, médico sanitário, professor do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da Santa Casa, é o secretário adjunto de Saúde do Estado de São Paulo e um dos principais defensores da criação dos Escritórios Regionais de Saúde (ERSAs). Conheça as opiniões do dr. Otávio sobre as questões que se seguem.

**ORIGEM DOS ERSAs** — “Foi a partir da constatação da necessidade de descentralizar nossa rede de serviços, tornando a decisão mais próxima da execução das ações. Isso, em saúde, é fundamental. Outro aspecto é a questão da integração dos serviços, que é o fundamento básico da criação do ERSa. Isso porque a população procura diferentes serviços: ela não sabe quando deve recorrer a um centro de saúde, a um ambulatório, a um posto do Inamps, a um pronto-socorro. A proposta do ERSa está baseada na concepção de

que todos os serviços de saúde devem estar integrados, para acesso universal da população, que passa a ser atendida de acordo com o seu grau de necessidade, ou seja, ela pode ser atendida no Centro de Saúde, pode ser encaminhada para exames de laboratório, pode ser atendida num pronto-socorro, ou mesmo ser atendida num hospital. Só o ERSa pode dar conta desse modelo assistencial, justamente porque ele está baseado na subordinação de todas as unidades de saúde a uma única direção, quebrando a atual lógica da Secretaria onde cada serviço está ligado a uma Coordenadoria diferente e, portanto, a direções distintas. Cabe ressaltar ainda que, com o advento das AIS (Ações Integradas de Saúde), essa integração que o ERSa materializa, tornou-se cada vez mais necessária e imperiosa. As AIS são uma estratégia que partiu da constatação de que a rede pública tinha uma grande capacidade ociosa de hospitais e consultórios, sendo que o Inamps comprava, basicamente, serviços da rede privada (cerca de 80% dos seus recursos), representando uma distorção na medida em que o próprio Inamps não fortalecia o setor público. O Inamps passou então a transferir recursos federais para a Secretaria de Saúde estadual, tornando a rede pública mais capaz de resolver

seus problemas. As AIS, na Nova República, têm possibilitado pensar na saúde de forma interinstitucional, não importando se os recursos são federais, estaduais ou municipais. O ERSa está muito ligado às AIS porque, na verdade, ele vai ser a instância de decisão regional das Ações Integradas de Saúde.”

**O MOMENTO DA IMPLANTAÇÃO** — “Acho que o momento da implantação do ERSa é hoje. Não pode ser amanhã e não podia ser ontem. Não podia ser ontem porque as AIS não estavam consolidadas, já que exigiu um processo político bastante difícil que feriu profundos interesses. Não pode ser amanhã, sob pena de não conseguirmos avançar na implantação das AIS em todo o Estado. Agora, em relação àqueles que dizem não ser conveniente a criação dos ERSAs por estarmos em fim de governo, gostaria de dizer que isso me deixa bastante satisfeito. Já passei por vários governos, e não existe nada mais desalentador do que final de administração; e é justamente o inverso disso que está ocorrendo hoje. Sinto em toda a Secretaria uma grande empolgação, um grande processo de discussão. O que queremos é tornar irreversível uma política de saúde voltada para o interesse público, para a universalização do atendimento,

delo assistencial que vê o ser humano de maneira integral. Quer dizer: se a pessoa está doente, ela deve ser atendida para recuperar sua saúde; se ela está sadia, deve ser acompanhada para que não fique doente. Esse trabalho foi implantado em 5 áreas pilotos". Para a dra. Sônia, a experiência da CPMS foi criando as condições para o atestado de óbito da estrutura tradicional, pois "para implantar essa nova forma de organização, é necessário haver uma mudança estrutural, porque aí está embutida uma questão filosófica, já que, no meu entender, a estrutura atual da Secretaria está baseada na crença de que ação curativa é uma coisa e ação preventiva é outra". Ainda des-

gundo a dra. Sônia, essa experiência integrada, que vem sendo realizada num plano informal, "está chegando a um ponto de esgotamento, pois estamos esbarrando na estrutura verticalizada da Secretaria, que emperra o trabalho, por maior que seja a boa vontade das pessoas participantes do processo". O coordenador da implantação dos ERSAs na região de Marília, José Ênio Sevilha Duarte, concorda com a dra. Sônia e vai além. Para ele, "a problemática de saúde da região de Avaré difere daquela da região de Botucatu, que difere da de Sorocaba. Para que essa articulação ocorra de fato, é necessário que cada região tenha um poder real de decisão sobre o conjunto dos

equipamentos e serviços de saúde da referida região, o que não ocorre na atual estrutura, apesar dos avanços alcançados nesta gestão". Em relação a esses avanços, a dra. Sônia afirma que "a descentralização e a delegação de poderes que o secretário João Yunes efetivamente fez, não bastam. A verticalização da Secretaria está se tornando impeditiva, pois não dá para planejarmos um serviço de saúde se não pudermos contar com um serviço de ambulatório, com laboratórios, e sem planejar a atividade de saúde mental".

Uma das experiências pilotos de reformulação da área administrativa em função de um novo modelo assistencial, que embasa a criação dos ER-

para o reconhecimento da saúde como direito do cidadão e dever do Estado."

**PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE** — "O processo de criação dos ERSAs, que é um processo de integração de serviços de saúde, mexe com interesses poderosos. Quem participou do processo de intervenção e desapropriação do Hospital São Marcos sentiu o que é isso. Na verdade, isso tem a ver com a luta que se trava entre os que querem a ampliação da rede de saúde pública e os que querem a privatização da saúde. A lógica empresarial é diferente da lógica do setor público, e por essa razão é que temos uma concentração de hospitais em São Paulo, nas áreas centrais e uma carência acentuada na periferia. Afinal, se o hospital não der certo, o empresário tem retorno garantido via especulação imobiliária ou com a exploração de outro negócio. As distorções e desperdício de recursos do Inamps com o setor privado ficam patentes quando analisamos dados estatísticos que comprovam estar o número de consultas por habitantes, em São Paulo, bem além das necessidades da população. E isso ocorre porque há um superfaturamento de consultas, uma dispersão de esforços e, mesmo, consultas fantasmas. Nesse tópico é importante destacar o trabalho das Santas Casas de Misericórdia que, ape-



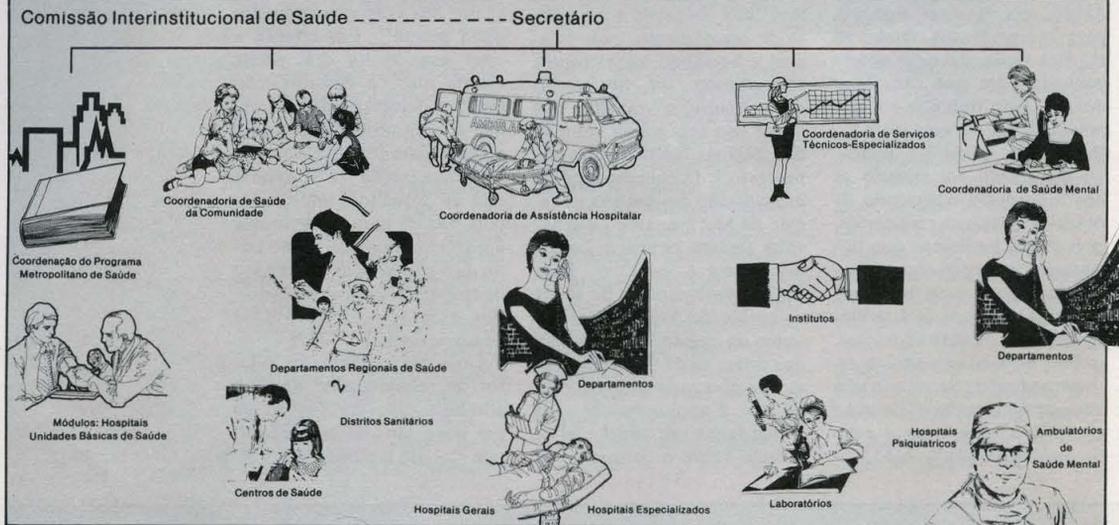
sar de não pertencerem ao poder público, têm sido aliadas fundamentais do governo na luta contra o empresariamento na área da saúde."

**CARGOS DE CONFIANÇA** — "O cargo de diretor do ERSA deverá ser ocupado por pessoas de confiança do secretário, porque ele representa o secretário e sua política, na região. Entretanto, para desempenhar essa função, a pessoa tem que atender a uma série de requisitos técnicos, dos quais

destaco a exigência de o diretor do ERSA não manter nenhuma ligação com a rede privada de prestação de serviços de saúde. Isso, para mim, é colocar o dedo na ferida, ou seja, criar mecanismos que impeçam a dupla militância, para evitar que o mesmo diretor, que vai gerir recursos públicos, tenha a possibilidade de direcionar esses recursos para seus serviços próprios."

**MODELO ASSISTENCIAL** — "É preciso quebrar a lógica existente hoje no setor público estadual, que cria uma dicotomia entre ações curativas e preventivas. Por essa lógica, o Centro de Saúde só existe para orientar, para vacinar e, enquanto isso, a população está pressionando e exigindo que suas necessidades sejam atendidas. Ela quer que uma criança com bronquite seja atendida perto da sua casa; que um adulto que enfiou um prego no pé, tenha o prego retirado e, ao mesmo tempo, lhe seja ministrada a vacina antitetânica. Acho fundamental que nossa rede se abra para atender a essa demanda. Precisamos aumentar a capacidade de resolver problemas e de garantir à população um atendimento nos mais diversos níveis de complexidade. É a busca desse objetivo que nos leva ao ERSA."

## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



**Essa é a estrutura atual da Secretaria da Saúde, que será modificada com a criação dos ERSA's. A Coordenadoria do Programa Metropolitano de Saúde (CPMS) foi a última a ser criada e já pode ser considerada o embrião da nova estrutura.**

SAs, tem sido realizada em Osasco. O responsável por ela tem sido o dr. Paulo de Tarso Puccini, coordenador da Implantação do ERSA de Osasco, para quem "a evolução dessa nova política de saúde mostrou que a atual estrutura da Secretaria é cada vez mais incompatível com a realidade. A possibilidade de se materializar uma política de saúde integrada e planejada em uma determinada região tornou-se cada vez mais difícil, devido à inoperância da estrutura técnico-administrativa da Secretaria, e uma análise crítica dela nos leva a concluir que, da forma como esteve montada, ela é praticamente incapaz de prestar assistência de boa qualidade.

**O QUE SÃO OS ERSA's** — Os Escritórios Regionais de Saúde, que deverão ser 47 no Interior e 15 na Grande São Paulo, são como que filiais da Secretaria de Estado da Saúde e terão por função a administração dos recursos de saúde a nível regional e a elaboração

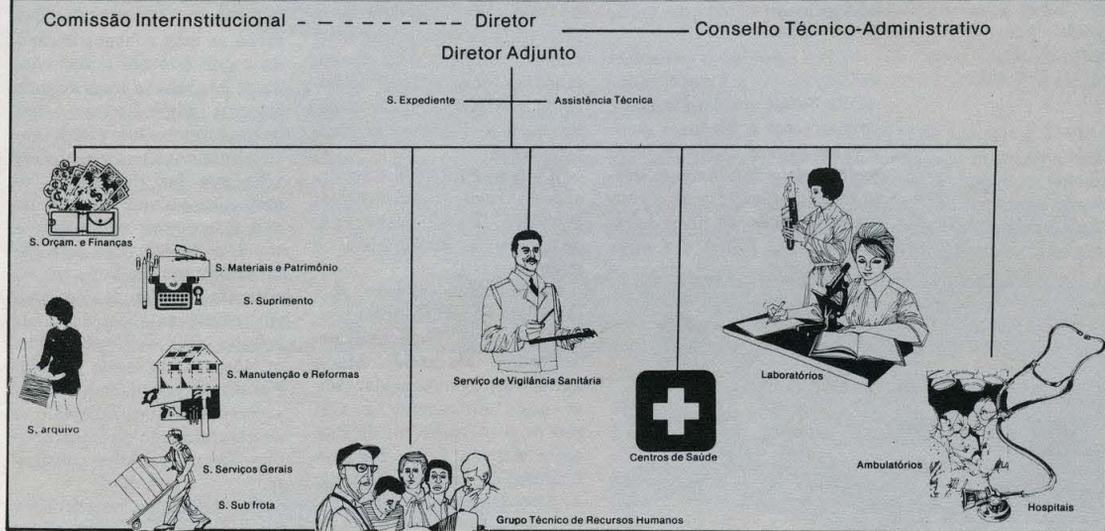
de uma política de saúde compatível para cada região. Sob a responsabilidade de cada ERSA ficarão todos os equipamentos de saúde existentes na sua área geográfica de abrangência: Centros de Saúde, hospitais, laboratórios e Ambulatórios de Saúde Mental.

O cargo de diretor do ERSA é considerado de confiança, ficando sua indicação a cargo do secretário. Rose Maria, da Fundap, explica que "os requisitos para preenchimento desse cargo são: nível universitário com pós-graduação "sensu lato" em Saúde Pública, Administração Hospitalar, Administração de Serviço de Saúde, Medicina Preventiva e Social; funcionário ou servidor público na área de saúde, com pelo menos 3 anos de atividade pública; jornada completa de trabalho; ausência de vínculo com empresa privada prestadora de serviços na área da assistência médica".

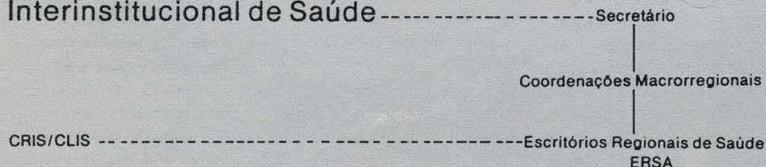
Como em toda mudança de estrutura, a criação dos ERSA's tem gerado polêmica,

principalmente por estar sendo implementada no final do governo. No entanto, para o dr. Paulo de Tarso Puccini "a criação dos ERSA's não é um legado deste governo: é um legado da democracia. É uma reestruturação democrática da Secretaria que o governo Montoro está propondo. É um processo que amadureceu ao longo dos anos desta gestão e que está continuando. A estranheza em relação ao momento dessa reestruturação deve ser creditada ao fato de as pessoas estarem acostumadas a pensar em alterações tendo como referência os anos de ditadura. Nessa época, os governantes chegavam ao final do governo e gastavam todo dinheiro, deixando uma verdadeira bomba na mão dos sucessores. Agora, ao invés de problemas, deixamos um valioso legado para os próximos governos que, graças a isso, terão a oportunidade de consolidar um novo modelo assistencial, que permita a melhoria dos serviços prestados à população".

## ESCRITÓRIO REGIONAL DE SAÚDE



## Comissão Interinstitucional de Saúde



**Com a criação dos ERSAs ocorrerá uma mudança na estrutura organizacional da Secretaria de Estado da Saúde. Ao lado temos a estrutura da Secretaria enquanto um todo, e acima a estrutura específica dos ERSAs**

Existem também outros argumentos contrários aos ERSAs. Um deles baseia-se na premissa de que o governo terá que gastar muito dinheiro para cumprir esse objetivo. Rose Maria, da Fundap, considera falsa essa premissa. Segundo ela, “os decretos referentes aos 62 ERSAs (47 no Interior e 15 na Grande São Paulo) já estão prontos e, posteriormente, cada ERSA deverá ser estruturado por decreto específico. No caso do Interior, esses decretos já estão bem adiantados com previsão de custos, análises etc. Posso adiantar que o custo médio é muito baixo, uma vez que se aproveitam to-

dos os recursos — materiais e humanos — existentes em cada área e que pertencem às diversas Coordenadorias que serão extintas”. Rose Maria adianta ainda que “o orçamento deste exercício já está feito com base nos ERSAs que deverão, em menor ou maior velocidade, dependendo da região, estar funcionando a pleno vapor em 87”.

**COMO FICAM AS COORDENADORIAS** — São 5 as atuais Coordenadorias da Secretaria Estadual de Saúde. Seus coordenadores são os responsáveis pela implantação desse processo de reorganização. Cada um dos coordena-

dores emitiu sua opinião sobre o assunto.

Ana Maria de Azevedo Figueiredo, da Coordenadoria de Saúde da Comunidade (CSC), explica que a Coordenadoria que dirige “é a estrutura que está diretamente vinculada às estruturas regionalizadas da Secretaria da Saúde. A ela se vinculam os 17 departamentos regionais (5 na Grande São Paulo e 12 no Interior), as unidades subregionais desses departamentos (que são os Distritos Sanitários, hoje em número de 72 em todo o Estado) e os Centros de Saúde. Resumindo, a CSC é que articula as unidades básicas de saúde ▶

(unidades de atendimento à população), que não é nem a estrutura hospitalar, nem o laboratório ou a rede de saúde mental”.

“Com a mudança estrutural na Secretaria, a Coordenadoria de Saúde da Comunidade desaparecerá e, no lugar dela, a gente espera que não fique nada, pois o fundamento dessa reestruturação é acabar com a coordenação de nível intermediário. O ERSAs é a nova

que os coordenadores se propunham a organizar e planejar as ações de saúde mental de todo o Estado. Essa visão centralista permite algum nível de planejamento que, no entanto, se torna inviável na hora da execução, devido às características díspares que o Estado possui”.

“Com os ERSAs, a Coordenadoria perde o seu caráter executivo, ficando apenas com características normativas e orientadoras.”

Neide Yumie Takaoka, chefe de gabinete da Coordenadoria de Serviços Técnicos Especializados, Margarida Maria Mattos Brito de Almeida, conta que “atualmente a CSI coordena os Institutos de Pesquisa Adolfo Lutz, Pasteur, Instituto de Saúde e Butantã. A Coordenadoria, criada em 70, lida com institutos seculares. Cada instituto tem uma especificidade diferente, uma dinâmica própria. Por essa razão, a atuação dessa Coordenadoria é essencialmente administrativa e não técnica”.

“Esse fato é uma faca de dois gumes: da mesma forma que a Coordenadoria administra as diferenças para a máquina andar, ela também burocratiza o processo.”

“De todos os institutos, o único que tem atividades regionalizadas é o Adolfo Lutz, que, portanto, será o único que sofrerá influência dos ERSAs. Esse instituto possui três tipos de laboratórios: o L-1, que é completo; o L-2, que não possui bromatologia; e o Laboratório Local, que é um laboratório de rotina, de análises clínicas. Com a criação dos ERSAs, o Laboratório Local e o L-2 irão passar para a sua orientação. O L-1 continuará com o Adolfo Lutz. Isso irá permitir um comando mais centralizado desses laboratórios, o que possibilitará uma melhor adequação às necessidades locais, o que é muito positivo.”

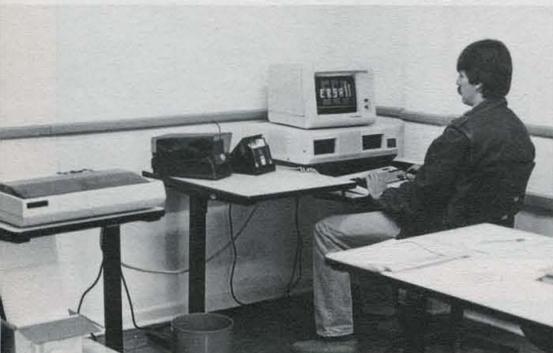
Ana Maria Malik, da Coor-

denadoria de Assistência Hospitalar, considera que a criação dos ERSAs “não é um fato novo, mas um processo que agora se está consubstanciando e que está em andamento desde 83. Não se trata de uma reforma administrativa, mas de um processo que está levando a uma mudança que a gente sabe que faz diferença. No momento em que as decisões não ficam mais concentradas em São Paulo, você está garantindo uma melhoria da assistência. E digo isso, mesmo em relação às ações de saúde coletiva tipo vigilância epidemiológica e de saúde pública. Em minha coordenadoria, que se preocupa com hospitais, a descentralização e a integração têm sido uma prática constante.”

Nelson Ibañez, coordenador do Programa Metropolitano de Saúde: “A mais recente coordenadoria da Secretaria da Saúde visa integrar os diversos serviços de saúde da Secretaria numa determinada área geográfica, chamada módulo, permitindo uma integração dos recursos a nível local. O módulo é de certa forma um embrião dessa estrutura nova que são os ERSAs. Essa coordenadoria está ainda em processo de estruturação e representa um fato novo dentro da Secretaria, na medida em que essa concepção de descentralização e municipalização cria uma proposta de um novo modelo assistencial, onde o Centro de Saúde seja uma porta de entrada aberta à população, integrado aos hospitais e que permita, através das Ações Integradas de Saúde (AIS), uma articulação dos recursos públicos e privados na área da Saúde.”

A implantação dos ERSAs parece irreversível. O secretário João Yunes, em entrevista na página 44, fala a esse respeito e sobre as demais realizações da Secretaria que dirige. ▲

José Cláudio Manesco. Colaboraram Maria Teresa Eça e Luís Augusto Simon.



**Em Osasco, o computador começa a ser utilizado. É a modernização dos serviços de saúde para melhor atender à população**

estrutura, uma unidade de despesa que articula o conjunto das unidades (laboratórios, hospitais, ambulatórios de saúde mental etc.), e não apenas as unidades básicas de saúde.”

Para Marcos Pacheco de Toledo Ferraz, coordenador de Saúde Mental do Estado de São Paulo, a “atual estrutura da Coordenadoria de Saúde Mental (CSM) representa uma concepção antiga, vertical, em

**INSTITUTO BUTANTAN**  
A serviço da vida

# Trabalho reconhecido

Consórcio Intermunicipal:  
idéia simples, ousada e criativa  
que vai ganhando espaços

O jornal "O Estado de S. Paulo", em sua edição de 15 de julho último, publicou editorial sobre Consórcios Intermunicipais, sob o título "União e Criatividade". Reproduzimos aqui essa matéria, que consideramos grande incentivo ao trabalho que vem sendo desenvolvido nessa área.

A Fundação Prefeito Faria Lima/Cepam, dando ênfase a uma idéia também defendida pelo Estado, informa que já estão funcionando pelo Inte-

Paulista, onde dois municípios se aliaram para produzir leite de soja, e na região de Ribeirão Preto, onde Cajuru e dois vizinhos se associaram para administrar uma padaria.

Não importa o tamanho, o que vale é o princípio. Se uma Prefeitura não tem condições, sozinha, de arcar com os custos de determinado empreendimento, nada mais lógico do que se juntar a outras que estão com o mesmo problema, para conseguir uma solução

sua imaginação para tirar o maior proveito possível dos consórcios. Com bom senso, a idéia pode ser aplicada em inúmeras situações. E os exemplos não faltam, relacionados pelo próprio Cepam. Um deles: as Prefeituras de Jaú, Bariri, Boa Esperança do Sul, Bocoaina, Dois Córregos, Dourado, Ibitinga, Itaju e São Pedro juntaram esforços e dinheiro para despoluir o rio Jacaré Pepira.

Na vizinhança de Sorocaba, 15 cidades se associaram para produzir e baratear os alimentos oferecidos na merenda escolar. Elas assinaram um convênio com o Centro Nacional de Engenharia Agrícola, instalado na Fazenda Ipanema, e passaram a plantar arroz, feijão, milho, soja e olerícolas. Com o mesmo objetivo de produzir alimentos básicos, aproveitando várzeas de seus



rior de São Paulo nada menos do que 28 consórcios intermunicipais, envolvendo 229 Prefeituras. Até o final do ano, ainda segundo a Cepam, 370 municípios estarão envolvidos em alguma atividade comum, uma vez que há mais 18 consórcios em implantação e outros cinco que se encontram já numa segunda fase, isto é, com mais de uma atividade unindo as Prefeituras.

O maior deles, ao menos em número de sócios, é o que reúne 17 cidades da região de Franca, empenhadas na produção conjunta de alimentos e compra de medicamentos. Os menores são os que funcionam na área de Bragança

que atenda a todas. Quem ganha com isso é a população, ao receber um serviço que, em outras circunstâncias, não teria; e, o que é mais importante, pagando menos.

O consórcio, quando honestamente administrado, também impede muitos prefeitos de se meterem em aventuras, quando se põem a resolver sozinhos situações que fogem de seu orçamento. E aí, ao contrário, quem perde são seus contribuintes, os que sempre acabam pagando a conta da irresponsabilidade dos administradores públicos.

Antes de tudo, como as dificuldades são muitas, os prefeitos precisam usar

municípios, atuam em consórcios as Prefeituras de Birigüi, Buritama, Penápolis, General Salgado, Gabriel Monteiro e Auriflama.

Na região de São João da Boa Vista, por fim, surge mais uma aplicação desse mesmo princípio. Um grupo de 16 cidades formou o Consórcio da Informática, para comprar dois computadores, com impressora. Agora, é esse equipamento comunitário que executa toda a contabilidade das Prefeituras, processa carnês e faz o lançamento dos impostos municipais. Como se vê, é só usar a criatividade.

## É a vez da educação

**T**ransferir aos municípios a responsabilidade da educação num processo de aumento gradual de delegações de tarefas e poderes. Esta é a proposta do governo, que 152 dirigentes municipais de educação do Estado discutiram no encontro "Município e Educação", promovido por convênio entre o Cenafor (Fundação Centro Nacional de Aperfeiçoamento de Pessoal para Formação Profissional), o Cepam/ Fundação Prefeito Faria Lima, e realizado nos dias 2 e 3 de junho no Centro de Convenções Rebouças, em São Paulo.

Criar um espaço para os municípios trocarem informações e experiências é o ponto fundamental para Décio Mo-

zação do ensino não significa um ponto final na assistência do Estado aos municípios, pois a Secretaria continuará distribuindo verbas conforme as necessidades básicas dos municípios. Pinotti aproveitou para discutir o que considera ser o principal projeto da sua pasta: o Projeto para a Formação Integral da Criança. Segundo ele, "a Secretaria pretende participar de uma forma mais ampla no problema do menor, desde o nascimento até a idade adulta. Para isto, vamos incentivar a criação de creches e aumentar o tempo da criança na escola, numa tentativa de preencher os vazios que as famílias não estão conseguindo fornecer. Várias experiências comunitárias já existem e devem ser aproveitadas. Espero que essa troca de experiências facilite a relação entre o município e a Secretaria da Educação. É fundamental a participação dos educadores na implantação desse projeto, escolhendo as suas prioridades". Para Pinotti esse projeto é a maneira viável de prevenir o abandono de menores e, conseqüentemente, a



Educadores de 152 municípios participaram do encontro

reira, diretor executivo do Cenafor. "Essa troca possibilita que os municípios se inteirem dos seus problemas e talvez possam criar soluções conjuntas." Décio acredita que a delegação de responsabilidades aos municípios irá melhorar a qualidade do ensino e facilitar um entendimento entre os professores. Mas frisa que para essas propostas terem um saldo positivo são necessárias mais verbas e melhores salários para os professores.

Para Aristodemo Pinotti, secretário da Educação do Estado, a municipal-

marginalização.

Enildo Pessoa, secretário da Educação de Campinas, ressalta a importância desses debates para que os projetos expostos sejam implantados conforme os desejos dos municípios: "Não podemos deixar que este seja apenas mais um debate; deve tornar a municipalização um encontro do caminho desejado e coerente, com educação e objetivos democráticos."

▲  
Maria Tereza Eça

## Felizes abelhas

**O** Programa Estadual de Apicultura (PEA), iniciado em São Paulo em outubro de 1984, descobriu uma boa solução para o problema da alimentação de abelhas semiconfinadas durante o ano inteiro: formar o pasto apícola com mutantes de eucaliptos, cuja floração é permanente. Em outubro próximo, a inovação paulista bem-sucedida, será apresentada na cidade de Salvador—BA, durante o XII Congresso Brasileiro de Apicultura, pelo técnico Manoel Lopes Martim.

Foi Martim quem orientou a implantação do projeto piloto de planificação apícola no Interior do Estado de São Paulo, municípios de Pilar do Sul e Bocaina. Os métodos então experimentados serão matéria de sua exposição no congresso da Bahia.

A cultura de mutantes de eucaliptos é feita a partir de clones mutantes escolhidos na própria região, entre os de origem híbrida, os quais servem para a reprodução via vegetativa, que repete os caracteres genéticos das matrizes. Com flores durante todo o ano, os eucaliptos mutantes possibilitam a criação racional de abelhas semiconfinadas, às quais não faltará alimentação.

Em São Paulo, o PEA pretende irradiar o método pelos municípios interessados, fornecendo mudas e oferecendo assistência técnica. Mudas de mutantes já foram remetidas para Franca, Itapeitinga, Capela do Alto e São Miguel Arcanjo.

Na palestra que fez em Pilar do Sul em 21 de maio, sobre "Flora Apícola", a doutora Tsugui Nilson, da Comissão de Altos Estudos de Apicultura do Ministério da Agricultura, revelou seu entusiasmo pela "experiência do Manoel": "... ficou provado que os eucaliptos mutantes não prejudicam o solo e trazem resultados ótimos para a apicultura". O mesmo entusiasmo foi manifestado pelo representante da Federação de Apicultores do Estado de São Paulo, em visita à Casa da Vegetação, em Pilar do Sul, onde pôde verificar "in loco" a intensa floração de eucaliptos plantados havia 14 meses e já freqüentados por grande número de abelhas. ▲