

ENCONTROS DEMOCRÁTICOS

C I C L O D E D E B A T E S

SAÚDE nos municípios



Fundação para Estudos e Formação Política do PSD



Encontros Democráticos são publicações do Espaço Democrático, a fundação para estudos e formação política do PSD

A saúde nos municípios: responsabilidades demais, cobranças demais, recursos de menos.

“Está muito difícil fazer a gestão da saúde pública nos municípios”. A frase, do prefeito de Tupi Paulista, **Oswaldo Benetti**, resumiu o diagnóstico dos dirigentes municipais que participaram no início de agosto do 10º Encontro Democrático, evento promovido pelo Espaço Democrático - fundação do PSD para estudos e formação política - para discutir, desta vez, a saúde nos municípios, analisando os problemas dos prefeitos com a crescente demanda por melhores serviços, a escassez de recursos, os problemas de gestão e ideias para superar as dificuldades.

O encontro foi aberto com palestra do ex-secretário municipal de Saúde de São Paulo, **Januario Montone**, e teve a presença de autoridades e técnicos de municípios paulistas, a exemplo dos prefeitos **Oswaldo Benetti** (Tupi Paulista), **Benedito Rafael** (Salesópolis), **Manoel David** (Tietê) e do vice-prefeito de Carapicuíba (Salim Reis). Também participaram o coordenador nacional do PSD Movimentos, **Ricardo Patah** (presidente da União Geral dos Trabalhadores - UGT), a coordenadora nacional do PSD Mulher, **Alda Marco Antonio**, e o economista **Roberto Macedo**, além de convidados e colaboradores do Espaço Democrático. O evento foi conduzido pelo jornalista **Sérgio Rondino**.

Em sua palestra, Montone traçou um quadro das dificuldades enfrentadas pelas prefeituras na gestão da saúde pública e apontou caminhos para que, dentro de suas possibilidades, os municípios possam melhorar o atendimento à população nessa área.

Esta publicação traz a íntegra da palestra e dos debates que se seguiram.

Boa leitura.



Ele está na administração pública há mais de 20 anos e participou do processo de regulação dos setores de saúde suplementar e da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, a ANS, da qual foi o primeiro diretor-presidente, de 1999 a 2003. Januario Montone presidiu a Fundação Nacional de Saúde, a Funasa, de 1997 a 1999. Foi diretor nacional da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, a Anvisa, e consultor da Unesco e do Banco Mundial. É autor do livro *Planos de Saúde - Passado e Futuro* e atuou como consultor de projetos da FIPE, a Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da USP. Isso tudo dá ideia da capacidade, da expertise do nosso palestrante de hoje. Ele tem muito a nos dizer sobre qual é o quadro real da saúde, como enfrentar e o que é possível fazer para tentar superar os problemas.



SÉRGIO RONDINO: Mais uma vez estamos reunidos para o nosso Encontro Democrático, o 10º desta série que o Espaço Democrático, a Fundação para Estudos e Formação Política do PSD, vem realizando para debater principalmente questões com foco nos problemas municipais. A ideia é que o conteúdo tenha utilidade não apenas para os atuais prefeitos, mas também para aqueles que no ano que vem queiram se candidatar a prefeito ou vereador. O nosso tema hoje é a saúde no município, com o dr. Januario Montone, ex-secretário municipal de Saúde de São Paulo entre 2007 e 2012 e também secretário de Gestão de 2005 a 2007, nos governos (José) Serra e (Gilberto) Kassab.



JANUARIO MONTONE: Eu quero, antes de mais nada, parabenizar a Fundação Espaço Democrático pela iniciativa. É a segunda vez que eu tenho o prazer de ser convidado para participar dessas rodadas de debate que eu acho que vão realmente construindo uma visão de futuro para o nosso País.



Eu sempre mostro essa pesquisa do *Datafolha*, que é de março 2014. É antiga e ao mesmo tempo atual porque a conjuntura mudou muito e contaminou demais qualquer avaliação que se faça das instituições brasileiras. Nessa pesquisa, 62% da população avaliavam a saúde no Brasil como ruim ou péssima, e apenas 6% como ótima e boa. Quando se olhava o setor privado, 44% avaliavam como ótimo e bom e 11% como ruim e péssimo. No caso do setor privado, não faz diferença quem tem ou não plano de saúde: quem é usuário de plano avalia igual a quem não é. No caso do SUS, tem uma diferença: dos que usam, 53% acham que é ruim ou péssimo e 10% que é ótimo e bom. Quem não tem plano de saúde, portanto, olha o SUS de fora para dentro: 63% consideram a saúde pública, o SUS, como ruim e péssimo. São dados que mostram a pressão que nós temos hoje, da população, em relação à saúde.

O outro gráfico (*de barras*) mostra a evolução da saúde como o principal problema. O *Datafolha* faz todo ano uma pesquisa e pergunta sobre os maiores problemas do País. Essa é a evolução. Vocês podem notar que a partir de 2011, a saúde começa a subir, de 17% para 28%; depois para 48%; e no final de 2014, 43% da população já considerava saúde o maior problema do País. Nesse momento a saúde começa a perder terreno para a corrupção. No final de 2014, a corrupção já encostava na saúde. Mas desde 2010 a saúde é vista pelo brasileiro como o maior problema deste País. Não é pouca coisa. Todo mundo que já lidou com saúde pública no município - e aqui nós temos prefeitos, vice-prefeitos, vereadores e secretários - sabe que temos excessos: excesso de responsabilidades, de atribuição, de burocracia, de cobrança da população.

A tecnologia da informação na área pública tem se desenvolvido rápido. Faz diagnóstico, cruza dados, dá informação. Mas ainda não se achou uma maneira de a informática mudar uma consulta ou tapar um buraco na rua. A fiscalização cresceu exponencialmente e a capacidade do setor público de fazer ficou mais ou menos no mesmo lugar. A gente tem escassez de recursos financeiros e escassez de recursos humanos. E estou falando só de saúde, mas vale para outras áreas. É que a saúde tem umas complicações adicionais. A falta de autonomia do gestor municipal de saúde, que está submetido a uma série de regras do SUS, é óbvio, afeta a governabilidade. E a falta de resolutividade. Qual é o inferno de um cidadão que depende do SUS principalmente na cidade de menor porte, mas também na cidade de maior porte? Em pouquíssimos lugares a linha de cuidado da doença está toda na mesma esfera da administração pública. Se a pessoa tem um problema no estômago e tem plano de saúde, marcou com um gastroenterologista, fez exames e se for caso cirúrgico, em algum mo-

mento será encaminhada para um hospital. No SUS, se estiver funcionando bem, é atendida numa unidade básica ou num pronto-socorro, que desconfia que tem esse problema e começa a encaminhar. Pode ser que o município não tenha os exames necessários e aí o paciente vai para um equipamento público que é do Estado e disputa vaga na região como um todo. Se for um caso cirúrgico, pode ser que o município não tenha aquela especialidade no seu hospital - e pode até ser que nem tenha hospital, o que, aliás, é a situação da imensa maioria dos municípios brasileiros. Imagine uma pessoa que foi diagnosticada como renal crônica, vai precisar fazer hemodiálise. Acho que há 250 municípios no Brasil que tem hemodiálise, talvez 300. Ela vai ter que ser encaminhada e disputar vaga. Então, o gestor público raramente tem governabilidade para tratar o cidadão na cidade dele até o ciclo completo do tratamento daquela patologia. Isso é desesperador e mesmo em São Paulo nós tivemos muitos problemas. Porque você não tem transplante no município. Você tem na cidade, mas não tem na rede municipal, mesmo em uma capital como São Paulo, que é a maior cidade da América Latina. Tudo depende de uma negociação de vagas que complica bastante a capacidade de atendimento das pessoas. Uma das coisas em que eu insisto muito, como de importância fundamental na área pública e no setor de saúde particular, é reduzir o tempo entre a decisão, a ação e o resultado.



Todos nós que somos quadros de administração pública já enfrentamos isso: a gente se esfalfa para tomar uma decisão com as informações que temos, mas a máquina às vezes é tão complicada, ou o assunto é tão complexo, que quando a máquina transforma a decisão tomada em ação, o resultado final acontece em um momento no qual a decisão já parece inadequada, pois a realidade já mudou. E às vezes é muito inadequada, porque passou muito tempo. O tempo é o maior insumo que nós temos no setor público. Nós somos quadro de gerenciamento de setor público, e não quadros de carreira. Por quê? O mandato dos senhores prefeitos, que assumiram em 2013, tem 1010 dias úteis - ou melhor, tinha 1010 dias úteis. E tudo bem que os senhores não trabalhem só nos dias úteis, mas a máquina só trabalha em dias úteis. Então, o que a gestão decide fazer, será feito por uma máquina que funciona nos dias úteis. Quando nós chegarmos a agosto de 2015, os senhores terão 356 dias úteis até o final dos mandatos - e o quadrado vermelho lá em outubro do ano que vem é a eleição municipal. Outubro, novembro e dezembro estão incluídos nessa conta e não são exatamente dias úteis da atual gestão. Já não se executa mais o plano de governo e o prefeito está administrando, na verdade, o resultado da eleição, a sua própria ou de outro, aliado ou não. Mas eu quero enfatizar que na área pública cada dia é um dia a menos para nós. Para a máquina, cada dia é um dia a mais.

E não estou falando contra o funcionário público, não. Eu venho de uma família de servidores públicos, não tenho nenhum problema com os servidores públicos. Mas é a dinâmica das coisas. Quem é servidor público de carreira que já tem 10, 15 anos e vai ter mais 10, 15 anos, vai ficar no setor público, ao longo da vida funcional vai passar por muitos prefeitos. Para ele, é natural a mudança de comando. Ele pode gostar mais de um, menos de outro, mas não muda. Eu me lembro

que quando cheguei em Brasília, em 1997, levei meu primeiro susto conversando com a chefe do cerimonial do Ministério da Saúde, que está lá até hoje. Ela entrou num bate-boca com outra pessoa sobre detalhes da organização de um evento. Aí ela virou para essa pessoa, que obviamente era nova, estava chegando junto com a gente, e disse: "Eu estou no 17º ministério, então eu sei do que estou falando". Então, se um caboclo disser que daqui a quinze dias entrega um projeto que o senhor pediu, ele está consumindo 3% dos seus dias úteis. É uma corrida contra o tempo desde o primeiro dia. A peça chave, na saúde, principalmente, é o ativismo governamental, é o empreendedorismo governamental.



O dirigente público tem, a cada dia, que fazer girar a roda do ativismo governamental. Trabalho, competência, austeridade, criatividade e parceria. Trabalho é lembrar que nada acontece se ninguém fizer nada. Não existe geração espontânea. Para que as coisas aconteçam, as equipes têm que estar mobilizadas, saber para onde estão indo, ter cobrança de resultados. Quando eu falo em competência, é óbvio que ninguém sabe tudo e ninguém precisa saber tudo. Mas tem coisas na vida que a gente precisa saber sempre: é o que a gente não sabe, onde achar quem sabe, como trazer

quem sabe, como respeitar quem sabe e como colocar quem sabe para trabalhar junto conosco. Às vezes a gente até sabe, mas é bom ter alguém que, além disso, trabalhe junto. Isso é um círculo de ativismo que você tem que construir ao longo do processo. E a melhoria continua. Infeliz ou felizmente, a população é muito sábia. Você faz uma melhoria hoje e ano que vem essa melhoria acabou. Porque aquela melhoria gerou outra. Agora, transformar ideias em realidade também é uma *expertise*. A austeridade é, por exemplo, aumentar a receita sem aumentar imposto. Fazendo o quê? Justiça fiscal. As isenções, por exemplo, podem ser revistas. Atacar a sonegação fiscal também. São ações que vão aumentar a receita sem aumentar nominalmente os impostos. E vão equilibrar os juros. No caso da saúde, principalmente, é preciso trabalhar para reduzir custos, mas sem reduzir serviços. Na saúde é quase impossível voltar atrás em um serviço que começou a ser prestado. A não ser que seja uma mudança tecnológica, é muito difícil recuar. Então, tem que melhorar a qualidade do gasto. Não dá para dizer: "Eu vou fechar o hospital que abri". Por isso precisa pensar 450 vezes antes de abrir um hospital novo, porque ele é um gerador de benefícios e de gastos.



AUSTERIDADE Aumentar a receita sem aumentar impostos, reduzir custos sem reduzir serviços à população. É essencial que cada real de dinheiro público tenha efetividade.

- Aumentar a receita sem aumentar impostos
 - Justiça fiscal
- Reduzir custos sem reduzir serviços à população
- Melhorar a qualidade do gasto → É essencial que cada real de dinheiro público tenha efetividade
- Coibir a corrupção sistêmica (*Robert Klitgaard*)
 - (C = M + D - T)
 - (M) Monopólio/poder econômico → Mercado
 - (D) Poder de decisão concentrado → Poder Público
 - (T) Transparência → Ambos

Um economista americano chamado Robert Klitgaard desenvolveu uma fórmula para expressar a corrupção sistêmica. Nós estamos em tempos de debater a corrupção e há uma entrevista muito interessante dele, acho que nas páginas amarelas da Veja de um mês atrás. Ele diz que o combate à corrupção e a existência dela não estão ligados propriamente a uma questão de moralidade individual. Segundo ele, há uma corrupção sistêmica. E ele desenvolveu uma fórmula: C de corrupção é = M + D - T. Para ele, a chance de corrupção sistêmica é imensa se houver, do lado do mercado, concentração econômica, monopólio e muito poder econômico; na área pública, concentração da decisão sobre o que comprar, o que contratar, o que fazer; e também se a transparência for pequena nas duas áreas. Ele sugere, inclusive, que se faça uma análise das áreas de uma instituição sob o ponto de vista desses fatores para definir o grau de risco. Há lugares que não tem como fugir do monopólio. Há fornecedores de mercado que são monopolistas. Nesses casos, deve-se discutir como é possível garantir a transparência e também o poder decisório mais diluído, com pesos e contrapesos para evitar a concentração. São formas de encarar esse problema da corrupção que atormenta todo gestor público.

CRIATIVIDADE A busca incessante de novas soluções para novos e velhos problemas

- A busca incessante de novas soluções para novos e velhos problemas
- Melhoria de Processos
 - Assinatura de Jornais e Revistas
 - Oxigenoterapia

A criatividade. Há alguns ditados interessantes sobre o tema. Um deles: "Se você percorre o mesmo caminho, parabéns, você sempre chega ao mesmo lugar". E se o lugar ao qual você chegou não foi a solução para o seu problema, você vai continuar fazendo a mesma coisa e não vai conseguir solucionar o seu problema. Se há uma solução que deu certo, tente achar outra. Isso vale para as pequenas e para as grandes coisas. Aqui eu dou dois exemplos. Um, assinaturas de jornais e revistas. Eu fiquei conhecendo o problema aqui na Prefeitura de São Paulo, onde fui secretário de Gestão por pouco mais de dois anos e depois fui secretário de Saúde. Eu descobri que na Secretaria de Gestão, que fazia a regulação da Prefeitura toda, era feito um processo de compra para a assinatura de cada jornal. Ligava para o departamento comercial da Folha pedindo uma proposta de assinatura anual. Aí mandavam um fax e abria um processo - uma vez esse processo ficou parado porque faltou capa de processo. Aí o procurador da área anexava um parecer de que podia comprar a *Folha de S. Paulo* da *Folha de S. Paulo*, porque só a *Folha de S. Paulo* produzia a *Folha de S. Paulo*. Então, ele assinava. Aquilo era um inferno.

Passava por umas dezoito áreas, demorava mais de 30 dias. Quando o processo voltava, estava autorizada a assinatura da Folha, mas tinha vencido a proposta que veio por fax. Parece piada, mas não é. Nós demoramos um ano para mudar esse roteiro na Prefeitura de São Paulo, que presumivelmente, por ter 12 milhões de habitantes, 120 mil funcionários públicos, já deveria ter achado uma maneira de resolver esse problema.

Na Secretaria da Saúde, o inferno era a oxigenoterapia. Inferno principalmente para o cidadão que precisava. A pessoa era diagnosticada com problema de pulmão e precisava de oxigênio inclusive domiciliar. Ela recebe pelo SUS um bujão de oxigênio, as máscaras, mas aí acabava o oxigênio e o posto de saúde não tinha recarga. A família fazia uma vaquinha e recarregava. Aí chegava no posto de saúde, o bujão... Bom, eu não preciso continuar a história. Óbvio que a burocracia infernizava, mas o maior prejudicado era o cidadão que precisava. Aqui em São Paulo a gente transformou a oxigenoterapia em prestação de serviço. Fizemos a licitação e ganhou uma empresa que passou a prestar serviços de oxigenoterapia. Óbvio que aumentou a demanda, porque aí começou a funcionar - e a gestão seguinte acabou com o programa.



PARCERIA

Não "reinventar a roda" nem insistir em fazer o que outros podem fazer melhor

- Não reinventar a roda → Mãe Paulistana ↔ Mãe Curitiba
- Não insistir em fazer o que outros podem fazer melhor
- Parceria entre esferas de governo
- Parceria intersetorial
- Parceria com centros de saber e entidades não governamentais
- Parceria com o terceiro setor e a iniciativa privada



Roadmap



A parceria. A primeira ideia é não ter medo de copiar, é não reinventar a roda. Um dos programas mais bem-sucedidos na área da saúde, na Prefeitura de São Paulo, foi o Mãe Paulistana. Foi copiado recentemente - mal copiado - pelo Governo Federal, na Rede Cegonha. E nós copiamos do Mãe Curitiba. O Rio de Janeiro chamou de Rede Cegonha, mas é tudo a mesma coisa. É o mesmo programa, que funciona, que tem suas características, que melhora a situação da gestante, melhora a situação do parto, reduz a mortalidade materna, reduz a mortalidade infantil e humaniza o processo de parto, de atendimento. E, principalmente, acaba com aquela pouca-vergonha que é a mãe peregrina, a mulher que está quase em trabalho de parto e não sabe onde vai dar à luz. Uma situação terrível. Você customiza para a sua cidade, para a sua realidade. Não tem porque inventar a roda. Ela já está inventada. Tem que avaliar só a melhor maneira de usar. Não insistir em fazer você mesmo uma coisa que outro pode fazer melhor - e você pode chamar esse outro para fazer. Essas são as parcerias. Parceria entre esferas de governo, que não dependem só da gente, mas também das outras esferas, e parceria intersetorial, dentro do próprio governo, entre as várias áreas de um governo - e aí os senhores prefeitos sabem melhor que eu que às vezes é mais difícil fazer. E a parceria com o chamado terceiro setor e com a iniciativa privada.

A ideia aqui é mostrar uma sequência do que eu tenho sugerido para a atuação na área da saúde, porque não há como abrir uma discussão de melhoria sem fazer um diagnóstico de como está sua rede hoje. Se a cidade não tem, faça. Porque na saúde, reduzir custo é diferente de outras áreas. Não dá para dizer "eu vou cortar 20% disso ou daquilo". Não tem como. Ou não deve. Vai sucatear cada vez mais o que já tem e lá na frente não recupera. Tem que ter um bom diagnóstico de como está funcionando a rede e primeiro focar no seu público SUS dependente, porque nós temos uma situação no Brasil onde 25% da população tem duas coberturas de saúde, que é o plano privado e o SUS. No Estado de São Paulo isso chega a 44%. Na cidade de São Paulo, a 55%. Embora seja proibido a agência de saúde dizer onde moram as pessoas que tem planos de saúde, há dados estatísticos, dados de IDH, condição econômica dos bairros. Com eles é possível delimitar. E aí a sugestão é sempre aquela: foque o seu maior esforço onde está a população que tem só a cobertura do SUS. Não que os outros não tenham direito, claro que têm. É que os outros têm onde se socorrer. Aqui em São Paulo, a área técnica da secretaria criou um indicador chamado índice de necessidade em saúde. É uma combinação de 20 indicadores da área de saúde e cria um ranking de maior ou menor necessidade. Não foi criado na nossa gestão, mas usamos como instrumento gerencial e não só como uma informação para dar em congresso.

Do lado das receitas, é preciso olhar para o faturamento do SUS, principalmente o faturamento de órgão público - hospital, rede grande. Normalmente o pessoal nosso não registra o faturamento do SUS, porque, como não vai receber mesmo... Mas é importante registrar até para ter números para discutir com o Estado e com Ministério da Saúde a revisão do teto, que é uma das formas de ter mais dinheiro. Do lado das despesas é preciso fiscalizar os provedores que a gente contrata dentro do Sistema Único de Saúde e aquelas ações de melhoria de qualidade, melhorar a qualidade do gasto. A outra é a parceria através de PPPs (Parcerias Público-Privadas) e de Oss (Organizações Sociais).

São Paulo – Principais Frentes

- **Modelo Assistencial**
- **Gestão Interna**
- **Modelo de gestão**
- **Política**



Para dar como exemplo São Paulo, embora seja um caso à parte, quero mostrar essas quatro dimensões para atacar o problema: modelo assistencial, gestão interna, modelo de gestão e política. Esse foi o modelo que nós montamos em São Paulo. É a roda que já existe. Unidade básica de saúde ligada com um pronto-atendimento. E aqui eu já quero dizer que um dos cuidados que sempre recomendo aos prefeitos e secretários de Saúde é não embarcar de olhos fechados nos programas do Ministério da Saúde que exigem recursos do município. Não tenho nada contra os pro-

gramas. Boa parte é bom. Mas hoje são montados de um jeito em que eles entregam ao município pouco dinheiro, muita responsabilidade e muita cobrança. A UPA (Unidade de Pronto Atendimento) é um exemplo claro. Todas as prefeituras onde tenho atuado, onde tenho feito diagnósticos, e que têm UPAs em andamento já se arrependem. Nós fizemos uma rede de 120 ambulatórios de pronto atendimento e não construímos nenhum. Usamos o que já existia, reformamos o que já existia e alguns prédios, alugamos. Porque no modelo de OSs é possível alugar como gente grande, do mercado. Você vai no lugar e o proprietário reforma do jeito que eu quero; ele reforma, mas não é o poder público que está contratando, é a OS, que atua como qualquer empresa que vai contratar um empreendimento, com as garantias etc. Para não dizer que não construímos nenhuma, em três delas, no meio de comunidades que a gente não tinha como construir, usamos um modelo do ministério, aquela modulada que os adversários chamavam de AMA de lata. Mas elas nunca foram de lata, eram moduladas. Era uma AMA (Atendimento Médico Ambulatorial) para cada três ou quatro UBSs (Unidades Básicas de Saúde). A AMA tinha condição de atender a uma população de até 100 mil habitantes, funcionando das 7h da manhã às 7h da noite, de segunda a sábado. Funcionamento 24h só em áreas muito específicas. Custa muito caro. Para cada conjunto de duas AMAs, oito ou nove UBSs, nós fizemos uma AMA Especialidades, que não é o AME (Atendimento Médico Especializado) do Estado, que todos conhecem. O AME da rede estadual é uma estrutura muito grande, que atende 20, 30, 40 especialidades. Nós fizemos o que eu chamava de um AME Express, porque atende oito especialidades, as que têm mais procura. Das 6h da manhã às 6h da tarde. Dez milhões de consultas só nesse conjunto de AMAs Especialidades. Custa um terço do preço e uma UPA.

Modelo Assistencial Grupos mais Vulneráveis

- **Rede de Proteção MÃE PAULISTANA**
 - Linha de cuidado integrada e integral
 - Atração: transporte e enxoval
 - Alô Mãe
- **Remédio em Casa**
 - Clientela já existente
 - Maior adesão ao tratamento (- internações)
- **PAI – Programa de Acompanhante de Idosos**
 - Matriz do Saúde da Família
 - 80 a 100 idosos por equipe
 - Intensificação do uso da rede (saúde e proteção social)
- **Coração Paulistano**
 - Eletrocardiograma nas ambulâncias do SAMU
 - Central de Retaguarda
- **Dependentes Químicos**
 - Rede de CAPS
 - Equipe de Agentes de Saúde
 - Comunidades Terapêuticas
 - Residências Terapêuticas (Acolhimento)
- **Internação Domiciliar**
- **Programa de Acompanhante de Saúde da Pessoa com Deficiência**

UNIVERSIDADE SAUDE

Modelo assistencial. Focamos nos grupos mais vulneráveis. Programa Mãe Paulistana e o Remédio em Casa, que também foi copiado de Curitiba e do Rio de Janeiro. O Rio teve mais sucesso nisso e hoje, aqui, entrega-se pelos Correios. Remédios principalmente de diabetes e hipertensão. Normalmente são idosos os beneficiados. E eles têm que vir até a unidade de saúde a cada dois, três meses, para mostrar que participam das ações. Então, é qualidade de vida. Esse programa de acompanhante do idoso, para cidades que têm um número importante de pessoas com mais de 65, 70 anos, é fundamental. É a mesma lógica do Programa Saúde da Família: médicos, enfermeiros de apoio e equipe de visitas. Em vez de visitar famílias aleatoriamente na região, visita os idosos daquela região. 90% do apoio que as equipes dão é conversa, é atenção. É perguntar e ouvir a resposta do idoso. É saber se ele tomou o remédio, se foi no médico, se almoçou, se jantou na véspera. São coisas assim, do dia a dia, e isso muda a relação com as pessoas. Com o Coração Paulistano, nós colocamos equipamentos de eletrocardiograma e eletroencefalograma com banda larga nas ambulâncias do SAMU. Quando havia um caso de AVC sendo atendido pelo SAMU, já se mandava o eletro para a retaguarda de médicos da Unifesp que faziam a

análise da gravidade do caso e já indicavam qual hospital, dos que atendem o SAMU, estava mais qualificado para atender aquele caso. Houve uma redução imensa na mortalidade e nas sequelas de AVCs da cidade. Há estudos independentes mostrando isso. Para a área de dependentes químicos, nós chegamos até a fazer um hospital, que foi fechado. A internação domiciliar é outro exemplo dessa discussão com o Ministério. Depois de muito tempo o Ministério lançou um programa de assistência domiciliar chamado Melhor em Casa. O modelo que eles propõem é muito caro, embora se disponham a mandar R\$ 50 mil por mês para cada equipe, o que também não é pouco. Cada cidade tem que fazer as contas, avaliar a sua realidade para saber se compensa ou não. A internação domiciliar reduz o custo de médio e longo prazos na rede. Além de melhorar a qualidade de vida do paciente, reduz e muito os custos de internação e reinternação. É para ser pensada com cuidado. E o programa de acompanhamento da pessoa com deficiência é o mesmo sistema do acompanhante para o idoso.

Gestão Interna Fortalecimento da Capacidade Gestora

- **Central de Logística e Distribuição de Medicamentos e Materiais**
 - Recebimento
 - Entrega nas unidades (estoques definidos)
 - Controle dos almoxarifados locais
 - Informatização na dispensação de medicamentos
- **Sistema Web de Controle de Convênios e Contratos**
 - À distância, on line e on time
 - Monitoramento de produção e despesas de serviços e RH
 - Relatórios por unidades, por tipo de serviços, por contrato
- **Gerenciamento de Receitas**
 - FATURAMENTO SUS
 - TETO
- **Gerenciamento de Despesas**
 - Melhorar a qualidade do gasto
 - Modelos inovadores (oxigenoterapia)
 - Normatização
 - Metas ↔ Acompanhamento

Na área de gestão, é qualificar e modernizar. O nosso caso aqui envolveu a central de logística para receber todos os medicamentos que todas as áreas

compravam, mantendo um estoque único. Quando terminamos a gestão estava em fase final a implantação do que era o suprassumo da modernidade tecnológica no setor de saúde: leitor óptico para fazer controle de estoque (risos). É a revolução no setor de saúde, tecnologia nova, existe apenas há uns 20 anos mais ou menos e está chegando com força para revolucionar o setor de saúde (risos). Como se controlava os medicamentos? Colocavam um quadro com a tampinha da caixa de cada medicamento. Quando chegava o remédio, eles iam conferindo se era aquele.

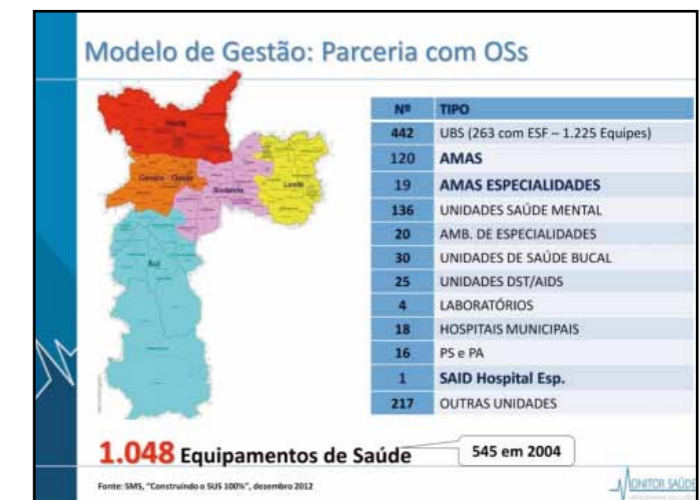
Na saúde, quando a população é bem atendida, ela passa a te dar respaldo. Foi o que aconteceu com as AMAs. O projeto original era fazer 30, nós chegamos em 120. Pode ter sido um exagero? Não demorou um ano para virar reivindicação do mundo social, do mundo político. Todo mundo vinha bater na porta do prefeito querendo uma AMA. Nós tivemos que implantar aqui um sistema pesado de gerenciamento de convênio, porque, como nós fizemos tudo isso com parceria, tinha uma pressão de controle de transparência.



Quando eu assumi, a Secretaria de Saúde tinha cinco autarquias hospitalares, cada uma com dois, três hospitais. Nós decidimos deixar uma só, com as doze

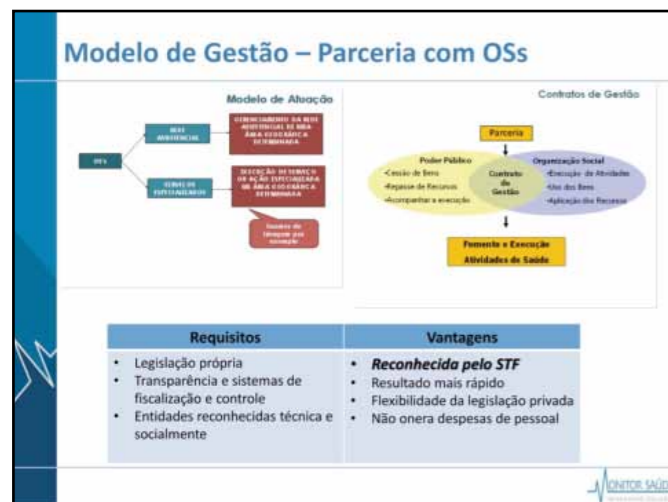
unidades, para ter uma gestão única. E esse levantamento foi feito. Vejam este gráfico sobre contrato de limpeza em áreas críticas

de saúde. Nós estamos falando de UTI, centro cirúrgico, onde a limpeza é muito especializada. Cada barra é um hospital e em cima está o preço que ele pagava por metro quadrado de limpeza nessas áreas críticas. Embaixo, pequenininho, tem o fornecedor. Isto é melhoria de qualidade de custo. Podia ter problemas aqui? Podia. Mas eu estou falando de, a partir desse diagnóstico, chamar o gestor e fazer esse aqui, que pagava R\$ 4,80 o metro quadrado, explicar como conseguia pagar R\$ 4,80 se eu pagava R\$ 17,96 para o mesmo fornecedor, do mesmo serviço. E hoje a informática permite que faça isso. A economia projetada, desse caso aqui, era de 18% ao ano. Parece pouco, mas, como o custeio é 22% do custo de saúde, se você aplicar 20% de economia, na média financiou o seu programa.



No nosso caso, conseguimos passar de 545 unidades de saúde para 1048 quando encerramos o governo, em dezembro de 2012. Das novas, nenhuma tinha servidor público. Toda a expansão foi feita no modelo de parceria. Através de OSs e manutenções

dos convênios que já existiam. Aqui são as áreas de visão: fizemos 120 AMAs, que não existiam, e as AMAs Especialidades, que também não existiam.



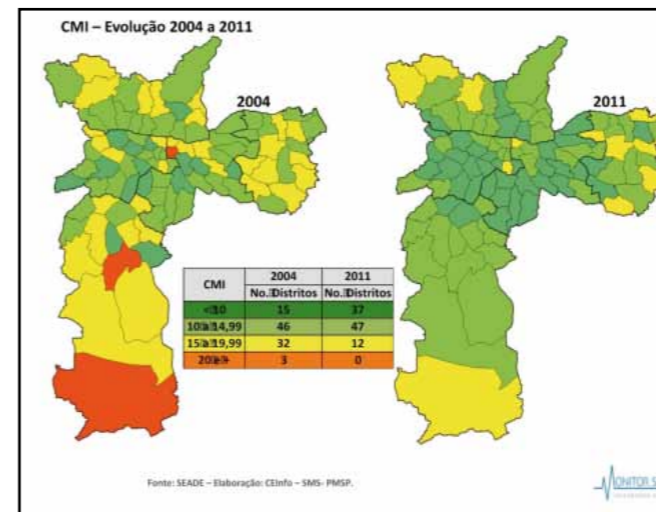
O modelo de parceria sofreu muitos ataques ao longo dos anos - temos que lembrar que ele é de 1998, mas recentemente foi finalmente aprovado pelo Supremo Tribunal Federal. É uma caixinha mágica de soluções? É claro que não. É evidente que depende também da parceria, depende da OS que se traz como parceira, depende de conseguir regular. Depende de uma série de coisas. Mas com a parceria você consegue uma consulta e um exame, consegue que um equipamento de Raio-X que quebrou seja consertado em dois ou três dias. Mas tem que controlar, tem que prestar contas, não há diferença. E ainda é necessário cuidar para que o parceiro tenha transparência, legitimidade, mas enquanto essa discussão administrativa e de construção de modelos acontece, as pessoas estão sendo atendidas. Os hospitais de OS que fizemos em São Paulo atendem duas ou três vezes mais do que a média dos hospitais municipais, que não são ruins. Pelo contrário. Os hospitais municipais da capital, na média, têm um bom padrão comparativamente falando. Basta olhar os federais do Rio de Janeiro. Os hospitais municipais com

OS são campeões. Todos eles têm reconhecimento, estão ganhando prêmios. Não é pouca coisa. Agora que o sistema de parcerias com OSs foi reconhecido pelo Supremo, obrigatoriamente o Ministério Público e os tribunais de contas terão que julgar a partir da lei, e não conforme a cabeça de cada um. Porque até hoje cada um julgava do jeito que achava que era. Isso dava confusão, mas deve melhorar um pouco agora.

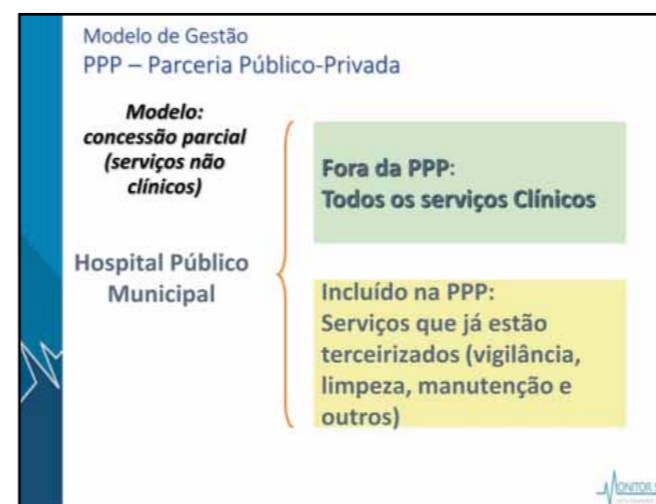
Para dar um exemplo, passamos de 8.600 para 14 mil médicos durante a gestão. Fundamentalmente contratando pessoal através das OSs, que além do mais, não entra como despesa de RH, mas sim como custeio. Muitos municípios estão estrangulados pela Lei de Responsabilidade Fiscal e não conseguem mais contratar gente. Então, o sistema não resolve tudo, mas resolve muita coisa.



Aqui vemos o orçamento executado pelas OSs. As parcerias começaram em 2007 e aqui podemos ver a expansão do orçamento da Secretaria executado por meio das OSs. Quando fechamos a gestão, em 2012, nosso último orçamento foi de R\$ 6 bilhões e alguma coisa. Quer dizer, mais de 20% já eram executados pelas organizações sociais. Foi um programa parrudo, realmente ousado, muito corajoso.



Mas deu resultado. Vamos pegar, por exemplo, o mapa da mortalidade infantil de São Paulo. Quanto mais escuro o verde, melhor o resultado. Você vê a mudança de 2004 para 2011. Em 2004, 15 distritos, dos 96 em que a cidade é organizada, com nível de Primeiro Mundo, abaixo de 10. Em 2011 eram 37. O mapa de 2012 não entrou nessa apresentação. E em 2011 já não havia nenhum vermelho mais.

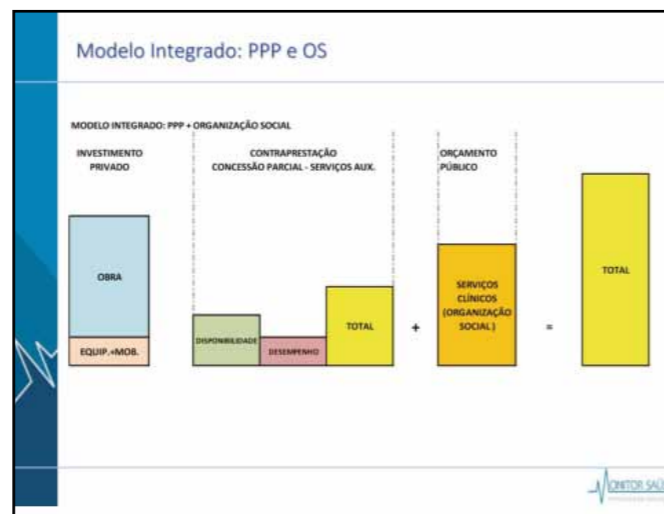
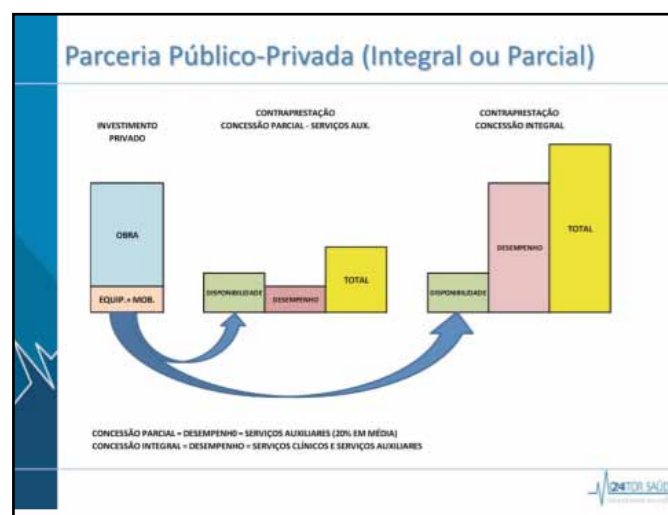


No setor de saúde, a parceria com entidades sem fins lucrativos por meio de convênios já é muito tradicional. A parceria na forma de contrato de gestão, que

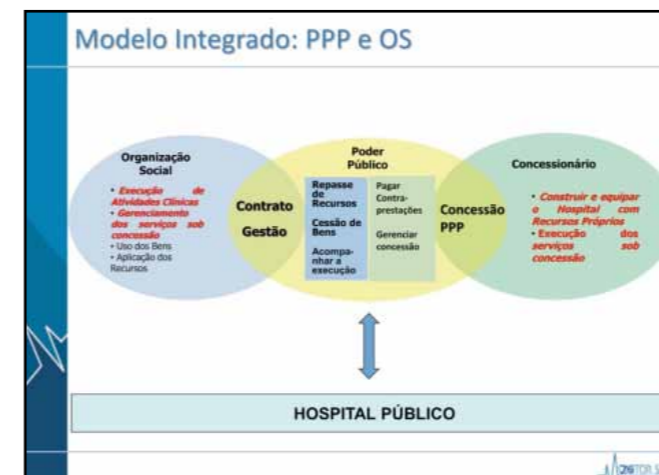
permite inclusive a transferência de bens, de servidores para atuar naquele equipamento público ao longo do processo, é uma novidade maior. E permite mais controle da administração do que o convênio, porque é possível fixar metas. Por exemplo, o sistema de controle que montamos acompanhava o fluxo de caixa da entidade. E não é um contrato comercial, no qual o poder público contrata e quando o serviço é entregue é feito o pagamento. É uma parceria. Então, quando se faz o contrato de gestão de um hospital, tem que começar antecipando o dinheiro do mês ao hospital. Porque a OS não pode ter lucro, mas ela também não deve ter prejuízo para ser sua parceira. A outra parceria é com o setor privado, as PPPs, Parcerias Público-Privadas. Aí é uma concessão que demanda um processo licitatório. No caso da saúde, dois tipos de PPPs têm sido feitas - e foram feitas muito poucas PPPs no setor saúde. A primeira, por ironia, é de um governo do PT, do governador (*ex-governador da Bahia*) Jaques Wagner. Ele terminou um hospital de subúrbio e colocou para funcionar por meio de uma PPP. Foi a primeira do Brasil e eu brincava muito com o secretário estadual de saúde do governador, o (Jorge) Solla, que hoje é deputado federal, que se a necessidade é a mãe da invenção, a responsabilidade de governar é o pai do bom senso. Porque ele era absolutamente contra o setor privado na saúde e foi o primeiro a fazer uma PPP. Só fez essa. Por quê? Por causa da dificuldade com a capacidade de pagamento.

O modelo que fizemos aqui em São Paulo foi o que eu achei mais adequado técnica, econômica e politicamente: o da concessão parcial. Os serviços que hoje, na verdade, já são terceirizados em 90% dos hospitais - limpeza, manutenção, iluminação, alimentação, lavanderia, as chamadas utilities, os serviços auxiliares - colocamos todos na PPP. Eles passam a fazer parte da concessão. Quem ganha a licitação constrói o hospital

com recursos que vai captar. Vai equipar o hospital e entregar pronto para funcionar. E vai prestar esses serviços de limpeza, manutenção, etc. A parte clínica, os serviços clínicos do hospital, o poder público continua prestando. No nosso modelo, por meio de OSs. Então, é um modelo que tem a PPP para construir e equipar o hospital - e construir e equipar significa também manter atualização tecnológica, dar manutenção predial ao longo dos anos, é serviço completo. A parte clínica fica com uma organização social, que vai gerenciar o serviço também. Tecnicamente é um modelo que eu defendo porque o poder público não tem ainda capacidade de controlar o setor privado. A diferença é que, em vez de ter dois contratos, tem um concessionário e entrega para ele, por 25 anos, a responsabilidade. É contrato, não pode romper. Já a OS é possível renovar indefinidamente, se for de interesse. O primeiro contrato de hospital em OS aqui em São Paulo foi feito em 2007, com as Irmãs Marcelinas, e o segundo em 2008 com o Einstein. Foram sendo renovados e até hoje estão aí. Mas também não há problema em romper o contrato de gestão, tem que ter motivo. O Estado fez isso várias vezes. Na concessão, não. Há regras, tem fundo garantidor, não pode sair. Por isso acho arriscado fazer uma concessão de 25 anos na área clínica. Porque se tiver problema, a capacidade de mudar é mínima. Se for uma OS e der problema, você muda a OS.



Quando se faz uma PPP, há duas formas de pagar. Uma que remunera a disponibilidade, ou seja, o investimento que a empresa privada faz para construir o hospital, para equipar, para manter. A outra forma remuneração é o desempenho. Desempenho é o serviço que ele vai prestar. Quando se coloca só uns 20% de utilities e facilities para ele executar, temos este perfil total aqui (ver gráfico). Quando a intenção é fazer a PPP inteira, colocar serviço clínico e serviço auxiliar, é necessário somar com a disponibilidade. Qual é o problema, além do valor? Na PPP é exigido o fundo garantidor, que deve garantir o total de investimento. Aí chega-se a um total que é muito difícil um município conseguir bancar. Além do que, só se pode comprometer, na PPP, 5% da receita corrente líquida. Eu fiz um estudo recente numa cidade com mais de 300 mil habitantes. O prefeito queria fazer uma concessão integral. Não tem jeito. Não cabe. Eu fiz um parecer para ele. Se ele quiser partir para uma concessão parcial, cabe. Se quiser fazer uma total, não cabe.



Quando se faz uma concessão parcial mais OS, a parte da OS é administração orçamentária, transferência de orçamento. Não tem fundo garantidor, não tem limite de receita corrente. O que tem é gestão. Politicamente, a resistência é menor quando você não transfere a parte clínica para o poder privado.

Quando falamos que a empresa privada faz com o dinheiro dela, na verdade constrói com a dívida dela. Capta o recurso na rede bancária e no BNDES e nenhum banco, muito menos o BNDES, abre a possibilidade de colocar o dinheiro se não tiver um fundo garantidor. E não pode ser o orçamento. Tentamos aqui em São Paulo e não deu certo. Os bancos não aceitam. Tem que ser garantia líquida.

Particularmente, na saúde, acho que o modelo que tem mais chance de progredir é o da parcial. O pessoal do mercado não gosta da ideia de o poder público continuar gerindo a parte pública porque tem medo desse relacionamento, e com razão. Imagine o seguinte: o hospital foi entregue, a parte física, e a PPP só vai começar a receber depois que estiver funcionando. E a Prefeitura não pôs gente para fazer funcionar. E o fundo garantidor não resolve um problema como este porque a empresa que construiu ainda não passou a ter direito a receber. A concessão é muito clara: só tem

direito a receber depois que funcionar o hospital. Se eu não puser a parte clínica, não começa. A não ser que haja uma cláusula prevendo que se a empresa entregou a parte dela, começa a receber. Só que aí o problema vai ser com o Tribunal de Contas. Tanto a PPP quanto a OS realmente não são solução mágica para todos os problemas. São dois modelos que efetivamente fazem avançar.

Conclusão

O modelo de Parcerias, Público- Terceiro Setor (PPT) e Público-Privadas (PPP), é uma poderosa Ferramenta de Gestão Pública que ajuda a Acelerar a Modernização do Sistema de Saúde e Melhorar a Vida das Pessoas. Mas Efetividade das ações de saúde & maior sustentabilidade a longo prazo.

Fatores-Chave de Sucesso

A implantação do modelo é um processo complexo que exige 3 condições essenciais:

- Liderança Política
- Capacidade Técnica
- Gestão de Projeto

Não estou sugerindo a ninguém que comece isso do zero hoje. É necessário olhar com muito cuidado. Primeiro precisa de uma lei municipal. No caso de São Paulo, no primeiro dia de governo já tínhamos esse projeto - a lei foi mandada para a Câmara em março de 2005 e aprovada em janeiro de 2006. Nós assinamos o primeiro contrato de gestão em fevereiro de 2007. Considerando que faltam 17 meses para o final das atuais gestões municipais, é algo para olhar com atenção. É fundamental liderança política, capacidade técnica e gestão de projeto. E vejam, novamente, não é má-vontade dos técnicos e das prefeituras: eles não têm ideia do que seja, o Estado brasileiro não foi preparado para esse tipo de discussão. Não há expertise dentro do Estado para discutir isso.

Frente Política - Agenda

- Maior participação da União no financiamento do SUS
- Maior flexibilidade, menos burocracia e mais liberações fundo a fundo
- Reconhecimento e Normatização dos modelos de parceria e apoio no desenvolvimento de sistemas de controle e fiscalização
- Rediscutir o papel do nível estadual hoje voltado para complementação dos serviços sem transferência automática de recursos
- **Preventivamente: Nova CPMF deve ser distribuída também para estados e municípios**

Na frente política, vou pontuar algumas questões. A pauta na saúde, hoje, é o aumento da inversão de recursos federais, que já foi derrotada. A que acabou de ser aprovada joga para as calendas e não aumenta um centavo, pelo contrário. Está retirando mais ou menos R\$ 7 bilhões da saúde. E queria até alertar: pode gerar um problema muito sério para os prefeitos. Porque 50% das emendas têm que ser na saúde. Eu não sei como o Ministério da Saúde vai tratar isso, mas se as emendas forem só de investimento, o custeio vai sobrar para quem recebeu o presente. Investimento em uma UPA 3, por exemplo, que é aquela mais parruda, varia de R\$ 3,5 milhões a R\$ 5 milhões. O custeio dela é de R\$ 1,5 milhão por mês. Receber de presente uma UPA 3, sem o custeio... É importante ter emenda também de custeio e negociar com os parlamentares. Eu faço a emenda de uma UPA e designo "x" de custeio ao longo dos próximos três anos, dos próximos quatro anos. É preciso forçar o reconhecimento desses novos modelos na área de saúde, tanto a PPP quanto a parceria, porque outra insegurança do mercado são as fiscalizações do Ministério da Saúde. Os fiscais vêm olhar esses modelos aqui como se o mundo não existisse.

Precisamos também rediscutir o papel no nível estadual. A Constituição de 1988 era municipalista, porque o movimento político era municipalista. A gente tem que lembrar que a eleição direta nos Estados começou a acontecer muito tempo antes da Constituição. Foi em 1982 e a Constituinte é de 1986. A dinâmica do movimento político da Constituição promulgada em 1988 é municipalista. Quando foi feita a Constituição, o Estado ficou sem papel. A União tem que financiar e o Estado presta serviço aos senhores prefeitos, só que não pergunta o que a gente quer. Eu, secretário municipal de São Paulo, capital, e na Secretaria Estadual de Saúde o meu amigo particular (*Luiz Roberto*) Barradas. Nunca perguntou o que a gente queria que instalasse aqui. Saíram instalando AMEs pela cidade e eu não ia sair lá batendo boca com eles porque queria que eles instalassem em outro lugar. Eu acho que o papel dos Estados na área da saúde tem que ser rediscutido, não pode mais ficar do jeito que está. Fica parecendo uma benesse dos governadores de Estado.

Frente Política - Agenda

- Maior participação da União no financiamento do SUS
- Maior flexibilidade, menos burocracia e mais liberações fundo a fundo
- Reconhecimento e Normatização dos modelos de parceria e apoio no desenvolvimento de sistemas de controle e fiscalização
- Rediscutir o papel do nível estadual hoje voltado para complementação dos serviços sem transferência automática de recursos
- **Preventivamente: Nova CPMF deve ser distribuída também para estados e municípios**

E nós precisamos nos precaver com a questão da CPMF. O (*ministro da Fazenda, Joaquim*) Levy já falou duas, três vezes dessa coisa, de que é muito fácil

aumentar imposto. E a tentação de voltar a CPMF vai ser cada vez maior. O que eu tenho defendido é que os municípios já se preparem para uma batalha política, se a CPMF for recriada: da boca do caixa ela deve ser repartida entre União, Estados e municípios. Porque município e Estado nunca tiveram CPMF, só a União. Acho que ela prestou um grande serviço. Eu tive a oportunidade de viver a gestão federal com CPMF. O que acontecia? O orçamento era contingenciado. Com a CPMF, todo dia entrava dinheiro. O gestor tinha condição de previsibilidade pelo menos do valor referente à CPMF, que era mais da metade do orçamento do Ministério. A Fazenda não podia dizer: "Vou contingenciar".

Eu andei fazendo uns cálculos rápidos. Se fizermos uma divisão pela participação da União, Estados e municípios hoje nos SUS, a União entra com 45%, os Estados com 27% e os municípios, no conjunto, com 28%. Se o dinheiro for dividido nesta proporção - e no caso de Estados e municípios dividir per capita - daria R\$ 100 por habitante/ano para cada município. E para os Estados, outros R\$ 100 habitante/ano. Poderia fazer uma diferença. Hoje, o município é obrigado a aplicar 15% na saúde, mas acho que não tem município gastando menos de 20%. A maioria dos que eu tenho olhado gasta 22%. Aqui é só uma contribuição à agenda política que os senhores dominam com muito mais clareza.

SÉRGIO RONDINO: O Osvaldo Benetti, prefeito de Tupi Paulista, quer fazer algumas considerações a respeito do tema.



OSVALDO BENETTI: Eu vejo hoje, pelo meu município, que a gente está vivendo num faz de conta na saúde. O senhor colocou aqui que os municípios não sabem como fazer a gestão da saúde. É a realidade do meu município. Nós acreditamos que estamos fazendo o que é certo, mas hoje, vendo a palestra, percebemos que há tantos outros caminhos. Infelizmente eu tenho que ter a humildade de dizer que não conheço ou não conhecia. A questão das OSs, até pouco tempo atrás, um ano e meio atrás, fui conversar com um promotor e disse que a gente tinha intenção de fazer e ele falou: "Um deslize seu e eles te põem da cadeia". Eu virei para o meu secretário e falei: "Esquece OS". A saúde vem de um processo muito complicado. Todo prefeito tem o sonho de melhorar alguma coisa. E você vai colocando, implementando. Nenhum município da região da Nova Alta Paulista investe o que Tupi Paulista investe em saúde: 38%. Um atendimento que eu considero de razoável para bom, mas que não dá satisfação à nossa comunidade.



E por que não dá? Justamente pelo que o senhor falou. Quando você implementa um projeto que deu certo, aquele já foi. A população começa a enxergar outro. Eu vejo muito isso no AME. Quando começou a implantação dos AMEs, eu disse o seguinte: “Perfeito, a população vai saber qual é o problema que tem. Eu quero ver a resolutividade”. Você vai fazer o exame e constata que precisa de uma cirurgia. E a cirurgia? É o nosso grande problema hoje. Enquanto o Governo Federal não assumir o papel real da saúde, de fazer uma gestão correta dos recursos que são investidos e fazer os recursos chegarem ao município, não tem saída. Hoje, nós assumimos grande parte do que não é nossa responsabilidade. Não é papel do meu município fazer cirurgias de média ou alta complexidade. Simplesmente chega um mandado judicial, e eu acho que não é diferente com os prefeitos que estão aqui,

e o juiz não pergunta se você tem dinheiro em caixa, se você tem especialista, se você tem condições de fazer aquela cirurgia. Ele te dá 48, 72 horas para fazer a cirurgia, para fazer a compra de medicamentos. No ano passado, uma paciente consumiu R\$ 196 mil de medicamentos em quatro meses. Meu município não tem condição. A gestão da saúde é muito complexa. Estamos assumindo muitas responsabilidades, que não são nossas.

O SUS, na minha visão, seria o melhor sistema que existe no mundo, se ele funcionasse como está no papel. É um descaso o que o Governo Federal faz com os municípios. Posso dar um exemplo. Acho que a maior parte dos prefeitos têm ESFs (*Estratégia Saúde da Família*) nos seus municípios. No começo, o Governo Federal assumia praticamente 70% da despesa. O município entrava com 30%. Hoje a realidade é outra. Eu

vou falar do meu município. Um ESF custa em torno de R\$ 30 mil no meu município. Na época do (ex-ministro da Saúde, José) Serra, o Governo Federal assumia praticamente 70% do custo. Hoje, o município de Tupi Paulista assume R\$ 21 mil e o Governo Federal R\$ 9 mil. É uma equipe.

Está muito difícil fazer a gestão da saúde. E eu tenho que fazer um corte porque meu município quebrou. Eu já fui prefeito e voltei a ser prefeito pela gestão que eu fiz, e não pela política. Quando alguém acha que você é incompetente, é uma coisa. O duro é quando você começa a se achar incompetente. E é o que está acontecendo comigo. Eu estou começando a me achar incompetente porque não consigo achar solução financeira para saúde, para educação. Quando assumi a Prefeitura, em 2013, eu disse à minha secretária de Educação: “Olha, em cinco anos a Educação estará quebrada como está a saúde”. Ela disse: “Imagina, isso vai levar, pelos estudos, uns 10 anos”. Hoje o município de Tupi Paulista tem que pôr dinheiro para pagar os professores. O que sobrava, hoje falta. Como você vai fazer gestão numa situação em que cada vez mais é repassada responsabilidade para o município sem que o recurso venha? Eu não quero nada do Governo Federal.

A situação é caótica. E os municípios pequenos enfrentam uma dificuldade muito maior. Eu falo que, infelizmente, as pessoas que montam os projetos vivem dentro de gabinetes. Elas não sentem a realidade como o senhor sentiu sendo secretário da Saúde de um município como São Paulo. E é mais difícil ainda para a Secretaria da Saúde de um município pequeno porque às duas, três horas da madrugada toca o celular do prefeito por causa de uma central de vagas. E como o prefeito entra nessa história? A conversa não é entre prefeito e gestor do hospital. A conversa é entre médicos e médicos, mas o pai da criança está na porta

da sua casa e ele quer que você ligue. Precisa de uma ambulância. É um absurdo o que está acontecendo na saúde.

Acho que o ponto primordial do que senti aqui hoje é que nós pudéssemos discutir mais essas questões que o senhor colocou, que nós pudéssemos ter os nossos secretários e diretores de saúde próximos disso. Eu acho que seria um grande avanço para o nosso partido preparar os nossos gestores para isso. Porque na realidade nós estamos sem saber o caminho. É aquilo que o senhor comentou que eu falo que é uma questão do dia a dia. Como eu vou fazer economia na saúde hoje, com investimento de 38%? E eu preciso fazer porque meu município está quebrado. Como eu tiro um serviço que já presto? Muito difícil.

O Eleuses (*Paiva, ex-deputado federal*), quando deputado, fez um estudo que me chamou muito a atenção, principalmente por gostar muito da área da saúde. Ficou comprovado que quando existia o FUNRURAL e o INPS, quem trabalhava na zona rural era FUNRURAL, e quem trabalhava no comércio tinha o INPS. E o resto era indigente. O SUS veio e igualou toda essa situação, foi a maravilha para toda a nossa população. Só que quando existiam só FUNRURAL e INPS, o investimento proporcional do Governo Federal era maior do que hoje, com o SUS. Como você amplia o sistema de atendimento e diminui os recursos? Só pode sobrar para nós prefeitos.

Eu não sei como os prefeitos que tem direito à reeleição vão pensar nisso na situação em que estamos vivendo. Uma sugestão minha, em relação a tudo isso que nós conversamos, seria a oportunidade do PSD, um partido que vem se mostrando diferente, poder capacitar os nossos gestores. Para que tenham novas ideias e novas oportunidades. Fiquei contente de saber que o Supremo Tribunal Federal aprovou a questão da OS. Porque como montar um projeto no

município se o promotor vira para você e fala: “Olha, você quer fazer, faz. Mas isso vai te dar cadeia”. E hoje, eu não sei nos grandes centros, mas nas pequenas cidades o promotor manda mais que o prefeito. Nós não sabemos mais o que fazer. Acho que existem caminhos, mas nós não sabemos, infelizmente. Os pequenos municípios de São Paulo, o maior Estado, o segundo maior orçamento, não têm preparo para projetos e nem condições de contratar pessoas capacitadas para isso. Os municípios brasileiros estão quebrados.



BENEDITO RAFAEL (Prefeito de Salesópolis):

De 2005 a 2008, quando fui prefeito, fiz uma ótima gestão na saúde. O meu vice-prefeito era secretário da Saúde e organizamos as coisas. A gestão foi tão boa que o vice rompeu comigo e ganhou a eleição. Ganhou a eleição, mas só sabia fazer a saúde. Afundou o município, que é muito pequeno. Eu tenho um orçamento de R\$ 30 milhões e ele me deixou R\$ 14 milhões de restos a pagar. Como eu trabalho? Não existe planejamento, não existe gestão. Não tem saída. Eu gostaria de falar sobre as emendas federais. Eu não aceito mais emenda da saúde. Por quê? É tudo o que eu posso comprar. E o que eu preciso comprar, de fato, não posso com o dinheiro da emenda. Há uma necessidade básica que

tem que mudar: emendas de custeio. Nós precisamos de custeio. Não precisamos mais de investimentos, de equipamento. Hoje eu gasto 32% com a saúde.



MANOEL DAVID (Prefeito de Tietê):

Dr. Januario, há muito tempo admiro o seu trabalho. Trabalhei na Câmara Municipal de São Paulo durante três anos, no período em que o senhor era secretário municipal de Saúde. Estive presente na Câmara na votação da lei das OSs e OSIPs. Foi uma briga boa lá, mas valeu a pena. Nós vemos pelos resultados de hoje. O que tem me preocupado muito são os efeitos dessa crise econômica nos serviços públicos. A gente sabe que com o aumento do desemprego as pessoas deixam de ter seguro saúde, deixam de ter educação privada e o serviço público acaba sendo ainda mais explorado. Como foi falado anteriormente, a situação econômica dos municípios é terrível. Hoje, em Tietê, nós gastamos 34% na saúde e 36% na educação. Então, 70% do nosso orçamento está nessas duas áreas. Sem contar que os serviços públicos são todos de responsabilidade do município. Na segurança pública, se o município não faz sua parte, infelizmente as polícias civil e militar não conseguem atuar como deveriam. E também em todas as outras áreas. Outro dia um aluno da rede pública que foi visitar a Prefeitura, no aniversário da cidade, perguntou o que eu seria se não fosse prefeito. Eu falei que seria malabarista, provavelmente. Porque estou aprendendo a equilibrar prato de uma tal maneira... De vez em quando quebra

um, mas graças a Deus estamos conseguindo. O desafio é terrível e nós esperamos muito que a situação possa melhorar. Com certeza, com essa aula que tivemos hoje poderemos avançar muito nessas ideias.



SALIM REIS (vice-prefeito de Carapicuíba):

Eu ouço a fala de três prefeitos e quero ser prefeito. Mas será que vou querer ser prefeito na próxima eleição? Será que vou ser candidato na próxima eleição?

O senhor já disse que vai disponibilizar esse trabalho, e eu acho muito importante. Hoje, aqui, me veio uma frase à cabeça: se nós não mudarmos, nós não vamos mudar. Eu acho que no processo político, temos que fazer algumas mudanças porque é complicado. A questão da UPA, como o senhor disse. Os prefeitos precisam analisar realmente o que é uma UPA, porque lá no meu município foi feita uma e está lá, parada. Porque era bonito, era bacana, ganhava voto. Era para ser inaugurada em 2011. Nós já fomos reeleitos, eu e o prefeito, e a UPA não foi inaugurada. Construir um prédio é bonito, mas é feio para caramba o prédio estar pronto e não ter o equipamento, não ter o serviço lá dentro. E por que não foi inaugurada a UPA? Porque o município não tem condições de gastar esse dinheiro com o pessoal. Isso todo mundo me pergunta na rua. E eu falo o quê? Que o planejamento não foi bom? Eu queria deixar essa mensagem aos nossos candidatos a prefeito e todos os nossos prefeitos e políticos: vamos planejar e olhar o futuro. Se não tiver condições,

não comece, porque é prejuízo político no futuro.

Eu queria falar uma coisa sobre a CPMF. Eu sou do movimento sindical e sou contra a CPMF. Acho que precisamos analisar bem. Não podemos ter uma CPMF como foi no passado, dinheiro para fazer superávit primário. A CPMF tem que ir para a saúde, se tiver. Eu já disse numa reunião da UGT (*União Geral dos Trabalhadores*), da qual sou vice-presidente, junto com meu presidente Ricardo Patah, que se dependesse de mim, essa legislação sobre a terceirização não existiria. Mas, como prefeito, vou terceirizar muitos serviços. Porque vai funcionar mais. Tenho que analisar o que eu sou como sindicalista e o que serei como gestor do município. Como sindicalista tenho que pensar nos trabalhadores. Como gestor de município, como prefeito, tenho que pensar no meu munícipe, nas pessoas que estão lá sob a minha tutela para que eu possa fazer o melhor. CPMF, vamos discutir bastante, tá? E vamos ver.



ROBERTO MACEDO: Uma observação sobre o que o Salim falou, “se nós não mudarmos, nós não vamos



mudar". Mas meu negócio agora é PPP. Gostei muito desse modelo misto que o senhor citou. Na última reunião que tivemos aqui, o prefeito (*Gabriel Maranhão*) de Rio Grande da Serra ouviu a palestra sobre PPP, se entusiasmou e disse que iria fazer uma PPP para construir uma maternidade na cidade - as mães têm que correr a outra cidade para fazer o parto. E o prefeito, um cara bem inteligente, vislumbrou também a possibilidade de fazer uma PPP em que ele pudesse cobrar do pessoal que tem plano de saúde. Porque aí ele vai pagar menos para o concessionário da PPP. E alguém advertiu que ele teria que fazer duas portas na maternidade: uma para o SUS, outra para os convênios médicos. Eu conversei com ele rapidamente e ele falou que não é bem assim... Eu queria que você falasse do caso de Portugal, porque eu acho que é

uma daquelas coisas que a gente tem que propor, de mudar a lei sobre o assunto.

JANUARIO MANTONE: Eu tenho andado muito pelas prefeituras e tenho visto que o que vocês estão falando é o espelho da realidade. Não achei nenhum município, raríssimas exceções: todos estão gastando além, com pressão das suas populações em relação à qualidade e à expansão e falta de governabilidade em relação aos que tem condições de fazer. O que tem de UPA construída e sem funcionar pelo país é uma coisa... Em Teresina tem uma fechada há um ano. Mas os senhores que estão lá no dia a dia sabem melhor do que ninguém administrar as várias dimensões das ações.

Particularmente eu tenho defendido uma revisão do SUS. Talvez fosse hora de ter uma discussão no

mundo político. Não fazer uma nova Constituição. Como tem que fazer a revisão do financiamento do SUS a cada cinco anos - isso foi posto na Constituição agora -, coloca lá que a cada quinze anos tem de rediscutir como o SUS se organiza. Como é que se organiza com o setor privado, qual é papel do município, porque realmente o município não aguenta. E vai piorar. O Ministério está lá gerando ideias: o próximo é o Mais Especialidades. Os senhores se preparem porque vem confusão de novo.

Ao mesmo tempo, não se enfrenta questões como essa que o professor falou. Você faz uma PPP aqui no Brasil e não pode negociar nada com o setor privado. Você poderia prever, por exemplo, que o seu hospital municipal vai ter duas torres, uma de tantos leitos e a outra de tantos leitos e um centro cirúrgico comum. Uma vai atender ao setor privado e outro ao setor público. Por que não, gente? Qual é o problema disso? Qual é problema de você, numa cidade em que faltam determinados hospitais, determinadas especialidades, inclusive para a área privada, criar uma empresa de economia mista, com participação privada e pública, que seja dona do hospital e que atenda ao setor privado e ao setor público ao mesmo tempo? Onde está o pecado? Mas hoje isso cria uma polêmica. Se não tiver um movimento político de retaguarda, nenhum prefeito tem condição de enfrentar o Ministério Público, porque essa meninada... Eles são os reis da cocada preta.

MANOEL DAVID: Graças a Deus, tenho ótimo relacionamento com o Ministério Público. Até tomei a decisão de que não adianta ficar esperando ordem. Eu me antecipo e pergunto o que elas acham. E daí a promotora da Primeira Vara falou, logo que eu assumi: "Não me venha com esse negócio de OS, hein? Já tem uma orientação da procuradoria-geral, para investigar qualquer prefeito que começar a

mexer com OS, porque tem piolho aí".

JANUARIO MANTONE: O Supremo Tribunal Federal julgou agora a Ação de Inconstitucionalidade da Lei das OSs, que é de 1998. Foi considerada constitucional. Faz dois meses. É o momento de as lideranças políticas ligadas à saúde irem ao Ministério Público, irem aos tribunais de contas e mostrarem: "Olha, mudou. Agora está aqui, não tem mais insegurança jurídica. O Supremo decidiu. Não tem conversa".

OSVALDO BENETTI: Mas a insegurança que os prefeitos vivem hoje é grande. Às vezes o Tribunal de Contas dá um parecer contrário para a minha prefeitura numa questão, e um parecer favorável para a prefeitura de Dracena na mesma questão. O Ministério Público, o Tribunal de Contas, cada um tem um entendimento. É uma loucura o que está acontecendo.

Só para pegar um gancho sobre o que o prefeito falou, acho que o grande problema da saúde é o atendimento. Eu sempre trabalhei muito com a questão do atendimento. Escutar o paciente, ver a principal queixa. A questão que eu vejo hoje é o desinteresse do funcionalismo público em atender bem a comunidade, que é o patrão deles. Eu falo: "O patrão de vocês não sou eu. É a população que paga o salário de vocês, não é o prefeito". Eu acho que a grande saída é essa, porque quanto mais funcionário público, menor a capacidade de gerar aumento, de melhorar a vida de meu funcionário. Eu, se pudesse, é triste dizer isso, demitir 60% dos meus funcionários eu demitiria. Falei isso para um presidente de sindicato, ele disse que iria chamar a CUT se eu falasse de novo. Mas eu não consigo ter produtividade. Eu vejo uma empresa privada colocar três funcionários para fazer um serviço. Eu tenho que pôr oito para fazer o mesmo serviço, e com péssima qualidade.

JANUARIO MANTONE: Quando eu disse para não reinventarmos a roda e fazermos o que já deu certo, não estava brincando. Este modelo que estamos discutindo aqui eu vi funcionando em Barcelona, que é um dos melhores serviços públicos do mundo. O projeto que a gente montou era basicamente o mesmo. Você pode fazer OS para hospital que já existe ou para unidade que já existe. Quando colocamos um hospital e 30 unidades de saúde como OS, havia funcionários públicos que continuaram lá. O que a OS faz? Quando é necessário um funcionário ela coloca; quando alguém aposenta, é ela que coloca. Em certo espaço de tempo você reduz o número de concursados sem mexer nos direitos do servidor. não é caso de mexer e nem valeria a pena tentar mexer. Em Barcelona, começou em 1992. Em 2010, só 12% do quadro eram de servidores públicos, equivalente

ao nosso estatutário. Tem que ter uma visão de mudança de gerações. Você garante o direito do servidor que está lá. Ele continua com os direitos dele, com a progressão dele, com a aposentadoria dele, mas você não faz mais concurso público, faz seleção pública por meio da OS. As pessoas que fizeram concurso tem direito assegurado, temos que respeitar o direito delas. Mas respeitar esse direito não quer dizer não implantar um novo modelo que a médio e longo prazos vai resolver o problema da população. Um modelo como esse faz uma transição mais civilizada porque ele não mexe no direito das pessoas, mexe na expectativa.

SÉRGIO RONDINO: Encerramos aqui mais este Encontro Democrático. Muito obrigado a todos!

“ **Você acha que aqui fica bem uma frase? Talvez uma frase interessante, enfim, você resolve. Veja o que fica melhor. Os gráficos estão em baixa; vamos ver como ficam na prova.** ”



<p>Presidente - Guilherme Afif</p> <p>1º Vice-presidente - Vilmar Rocha</p> <p>2º Vice-presidente Diretor de Relações Internacionais - Alfredo Cotait</p> <p>Secretária - Alda Marco Antonio</p> <p>Diretor Superintendente - João Francisco Aprá</p>	<p>Conselho Superior de Orientação Presidente - Gilberto Kassab Guilherme Afif Henrique Meirelles Omar Aziz Raimundo Colombo Otto Alencar Claudio Lembo Ricardo Patah Vilmar Rocha Guilherme Campos Eduardo Sciarra</p>
<p>Coordenadores dos Conselhos Temáticos Política Econômica - Henrique Meirelles Emprego e Trabalho - Ricardo Patah Gestão Pública e Transparência - Rubens Chammas Pacto Federativo e Tributação - Samuel Hanan Previdência - Reinhold Stephanes Educação - Alexandre Schneider Saúde - Eleuses Paiva Infraestrutura, Transportes e Energia - Eduardo Sciarra Desenvolvimento Urbano - Paulo Simão Desenvolvimento Rural - Cesário Ramalho Meio Ambiente e Sustentabilidade - Marcelo Cardinale Branco Cultura - Danilo Miranda Esportes - Antonio Moreno Neto Turismo - Marcelo Rehder Indústria, Tecnologia e Inovação - Ozires Silva Inteligência e Mídias Digitais - Aleksandar Mandic Justiça - Arnaldo Malheiros Filho Segurança Pública - Túlio Kahn Desenvolvimento e Inclusão Social - Alda Marco Antonio Participação e Cidadania - Ivani Boscolo Política Externa e Comércio Exterior - Embaixador José Botafogo Gonçalves Defesa Nacional - Gen. Antônio Luiz da Costa Burgos</p>	<p>Conselho Consultivo Acre - Sérgio Petecão Alagoas - Jorge Silvio Luengo Galvão Amapá - Eider Pena Amazonas - Omar Aziz Bahia - Otto Alencar Ceará - Patrícia Pequeno G.C. Aguiar Distrito Federal - Rogério Rosso Espírito Santo - José Carlos Fonseca Junior Goiás - Vilmar Rocha Maranhão - Claudio Trinchão Mato Grosso - Carlos Fávaro Mato Grosso do Sul - Antônio Cesar Lacerda Alves Minas Gerais - Diego Andrade Pará - Helenilson Pontes Paraíba - Rômulo Gouveia Paraná - Eduardo Sciarra Pernambuco - André de Paula Piauí - Júlio Cesar Rio de Janeiro - Indio da Costa Rio Grande do Norte - Robinson Faria Rio Grande do Sul - José Paulo Dornelles Cairoli Rondônia - Moreira Mendes Roraima - Rodrigo Jucá Santa Catarina - Antônio Ceron São Paulo - Alfredo Cotait Neto Sergipe - Jeferson Andrade Tocantins - Irajá Abreu</p>

ENCONTROS DEMOCRÁTICOS - Coleção 2015 - Nº 10

ESPAÇO DEMOCRÁTICO - Site: www.espacodemocratico.org.br

PSD - Site Nacional: www.psd.org.br

Coordenação - Scriptum Comunicação

Projeto Gráfico - BReeder Editora e Ass. de Com. Ltda - Marisa Villas Boas

Twitter Nacional: @psd_55

Jornalista responsável - Sérgio Rondino (MTB 8367)

Facebook: [EspacoDemocraticoPSD](https://www.facebook.com/EspacoDemocraticoPSD)

Facebook Nacional: [psd.br](https://www.facebook.com/psd.br)

ENCONTROS DEMOCRÁTICOS



www.espacodemocratico.org.br