



ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE RONDÔNIA

SECRETARIA LEGISLATIVA

DIVISÃO DE TAQUIGRAFIA

18ª AUDIÊNCIA PÚBLICA PARA DISCUTIR SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE GESTÃO DE CUSTOS NO ESTADO DE RONDÔNIA

EM: 13.06.2019

INÍCIO: 9h23min

PRESIDENTE: SR. EYDER BRASIL

A SRA. ELAINE REGINA PEREIRA MAIA (Mestre de Cerimônias) - Senhoras e senhores, bom dia. A Assembleia Legislativa do Estado de Rondônia atendendo Requerimento do Excelentíssimo Senhor Deputado Estadual Eyder Brasil, após aprovação em plenário, realiza Audiência Pública com o objetivo de debater sobre a implementação do Programa Nacional de Gestão de Custos no Estado de Rondônia.

Convidamos para compor a Mesa desta Audiência, Excelentíssimo Senhor Deputado Estadual Eyder Brasil, proponente desta ação. Convidamos o Dr. Marcos Valério Tessila de Melo, Promotor de Justiça e Secretário Geral do Ministério Público. Convidamos a Senhora Maciene Mendes da Silva, Coordenadora do Programa Nacional de Gestão de

Custos - Brasília. Convidamos o Senhor Nélcio de Souza Santos, Coordenador Técnico Administrativo e Financeiro da Secretaria de Estado de Saúde do Estado de Rondônia. Convidamos o Senhor José Luiz Leitão, Coordenador do Programa Nacional de Gestão de Custos, do Estado do Amapá. Para fazer parte da Mesa convidamos o Superintendente Estadual do Ministério da Saúde de Rondônia, Senhor Irgo Mendonça Alves. Convidamos a Analista de Planejamento e Orçamento da Secretaria de Saúde do Estado do Amapá, Senhora Anésia Nunes. Para fazer parte da Mesa, a Senhora Vera Lúcia Quadros, Presidente do Conselho de Secretários Municipais de Saúde - COSEMS. Convidamos o Presidente do Conselho Estadual de Saúde, o Senhor Raimundo Nonato Soares. E convidamos também a Coordenadora do Fundo Municipal de Saúde, Senhora Rosineide Ferreira de Souza. Convidamos neste momento também o Prefeito do Município de Candeias do Jamari, para compor a Mesa de autoridades.

O SENHOR EYDER BRASIL (Presidente) - Invocando a proteção de Deus e em nome do povo rondoniense declaro aberta esta Audiência Pública com o objetivo de debater sobre a Implementação do Programa Nacional de Gestão de Custos do Estado de Rondônia.

A SRA. ELAINE REGINA PEREIRA MAIA (Mestre de Cerimônias) - Neste momento convidamos a todos para ouvirmos o Hino Céus de Rondônia (letra de Joaquim Araújo Lima e música de José de Mello e Silva).

(Execução do Hino Céus de Rondônia)

A SRA. ELAINE REGINA PEREIRA MAIA (Mestre de Cerimônias) - Neste momento, queremos registrar e agradecer a presença da Excelentíssima Senhora Sizem Kelen de Souza, Secretária Municipal de Saúde do Município de Candeias do Jamari; senhor Carlos Alberto, Gerente da Divisão de Orçamento da Secretaria Municipal de Saúde - SEMUSA; Excelentíssimo Senhor Lucivaldo Fabrício, Prefeito do Município de Candeias do Jamari, que já compõe a Mesa de autoridades; senhora Ediane dos Santos, representando a Escola Técnica de Enfermagem do SINDISAÚDE; Professor Doutor Jonas Cardoso, representando a Universidade Federal de Rondônia; senhor José Ribamar Ventura Souza, Coordenador do Controle Interno da Secretaria de Estado da Saúde - SESAU; senhora Michele Dutra, Coordenadora de Planejamento Orçamentário e Projetos da Secretaria de Estado da Saúde; senhor Alciney Frota Gomes, Chefe do Departamento Contábil do Ministério Público do Estado de Rondônia; senhor Edifran Carvalho Lopes, Coordenador do Núcleo de Controle dos Fundos Especiais do Ministério Público de Rondônia; senhora Valdelice dos Santos Nogueira, Auditora do Controle Externo, representando, neste ato, o gabinete do Conselheiro Valdivino Crispim, do Tribunal de Contas; senhor Marcondes dos Santos Veneroso, jornalista; senhor Humberto Rojas, representando o Clube Esporte Marechal Rondon; senhor Jones Mendonça, assessor jurídico do DER.

Neste momento, assistiremos a um vídeo sobre o PNGC.

(Apresentação de vídeo)

A SRA. ELAINE REGINA PEREIRA MAIA (Mestre de Cerimônias) - Queremos agradecer a presença da seleção de basquete máster de Rondônia. Muito obrigada.

O SR. EYDER BRASIL (Presidente) - Bom dia a todos. Quero aqui agradecer a Deus primeiramente por esta oportunidade. Neste 13 de junho, nos reunir aqui com a equipe do Ministério da Saúde, que está conosco, com os nossos amigos também do Amapá, que vieram também colaborar conosco com esta Audiência Pública para tratarmos sobre esse importante tema. Quero aqui saudar o Doutor Marcos Valério Tessila de Melo, Promotor de Justiça e Secretário-Geral do Ministério Público; a senhora Maciene Mendes da Silva, Coordenadora do Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC/Brasília); o senhor Nélcio de Souza Santos, Coordenador Técnico Administrativo e Financeiro da Secretaria da Saúde, que neste ato representa meu amigo, o doutor Fernando Máximo, Secretário de Saúde; o senhor José Luiz Leitão, Coordenador do Programa Nacional de Gestão de Custos, do Amapá - Muito obrigado! O senhor Irgo Mendonça Alves, Superintendente Estadual do Ministério da Saúde em Rondônia - muito obrigado meu amigo; a senhora Anésia Nunes, Analista de Planejamento e Orçamento da Secretaria de Saúde do Amapá - muito obrigado pela vinda; a senhora Vera Lúcia Quadros, Presidente do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) - obrigado, Vera, agradeço, sei que está tendo reunião com os nossos Secretários de Saúde municipais, mesmo assim, fez questão de participar conosco aqui desta Audiência; o senhor Raimundo Nonato Soares, Conselheiro Estadual de Saúde, representando o CES-RO - obrigado; e a senhora Rosineide Ferreira de Souza, Coordenadora do Fundo Municipal de Saúde - muito obrigado.

Quero saudar também aqui a pessoa do meu amigo, Prefeito de Candeias do Jamari, Lucivaldo, que neste ato, compondo esta Mesa representa todos os Prefeitos dos 52 municípios do Estado de Rondônia.

Quando foi trazido até a mim este Programa Nacional de Gestão de Custo, me recordei de um trabalho que eu fiz na faculdade, na Cidade de Manaus, onde nós tínhamos que tratar de algum assunto relevante para diminuir custo de uma empresa ou para gerar receitas. E nós fizemos um trabalho relacionado, um Projeto muito parecido com isso desenvolvido pela Fundação Alfredo da Matta, no Amazonas, onde ela fazia Gestão e Controle dos recursos de Saúde daquela Fundação, eles conseguiam controlar detalhadamente quanto gastar, com que gastar. E isso me recordou no Exército, na minha passagem, um pouco mais de 21 anos, no Exército Brasileiro, lá, alguns anos já foi implantado SISCUSTOS, também é relacionado ao tema. Então assim, a política hoje nos exige profissionalismo, a política hoje, e aí eu falo, eu não falo de política partidária, eu falo de política representatividade, os políticos eleitos, ela precisa de profissionalismo e gestão. E acredito que é isso que o PNGC está trazendo, está disponibilizando. Enfim, Rondônia é um Estado forte, é um Estado de um poder de crescimento muito grande, não à toa, num grande jornal nacional foi publicado o mapa do endividamento dos Estados e Rondônia é um dos 3 que continua no azul, mas podemos crescer e crescer mais. Mas crescer não é só gerar mais receita, crescer também passa por diminuir custos, por diminuir receitas, despesas. Aumentar receita é importante sim, mas também você diminuir despesas é muito importante, você economizar, você fechar as torneiras do desperdício é aquilo que nos move como representante, como parlamentar hoje no Estado de Rondônia. Enfim, fico muito feliz de estarmos hoje realizando esta Audiência Pública. Sejam muito bem-vindos. A senhora Maciene que veio de Brasília, a equipe que veio do Amapá, eu espero que a estada de vocês no Estado de Rondônia, em especial aqui na nossa Capital de Porto Velho seja a mais agradável possível, mais exitosa

possível e que vocês possam cumprir a finalidade da vinda de vocês que é passar experiência, expertise de quem desenvolve o PNGC no Brasil, enfim, fico muito feliz e sejam todos bem-vindos.

A partir de agora nós teremos três palestras e ao final das palestras será aberto para a interação com os presentes aqui. Tenho certeza que muitos estão sedentos de dúvidas, de informações e hoje a nossa Audiência é justamente para isso, para nós sanarmos essas essas dúvidas, buscarmos essas informações relevantes e que possamos realmente desenvolver essas práticas no nosso Estado e também nos nossos municípios.

Só verificar quem é o primeiro Palestrante. É o senhor José Luiz Leitão, é esse aqui? Aqui, ok!

A primeira Palestra será do senhor José Luiz Leitão, que é o Coordenador do Programa Nacional de Gestão de Custos - PNGC, do Amapá.

A SRA. ELAINE REGINA PEREIRA MAIA (Mestre de Cerimônias) - Antes, gostaríamos de agradecer a presença da senhora Lenilda Torres, Assessora do Senador Dr. Confúcio Moura; senhora Vereadora Enésia Oliveira, da Câmara Municipal de Urupá; senhora Vilma Alves, Coordenadora Estadual do Gabinete do Senador, Dr. Confúcio Moura.

O SR. JOSÉ LUIZ LEITÃO - Bom dia! Bom dia a todos. Bom dia ao Deputado Eyder e a todos os componentes da Mesa.

Primeiro, nós queremos agradecer as belas boas-vindas que recebemos aqui no Estado de vocês, dar os parabéns pelo belo Estado que nós encontramos aqui e também agradecer a

oportunidade de nós estarmos divulgando aquilo que a gente está fazendo no Amapá com dificuldades similares ao Estado de vocês.

Nós estamos tentando avançar no Programa lá, nós temos dificuldades logísticas, nós temos dificuldades de estrutura, mas, com muito afinco, a gente está tentando levar este Programa, sobretudo, a apuração dos custos que é de suma importância para a boa gestão da saúde.

Eu estou com a nossa colega Anésia, que em conjunto comigo vai fazer uma pequena apresentação do que a gente está fazendo lá.

A SRA. ANÉSIA NUNES - Bom dia. Bom dia a todos. Muito obrigada pelo convite, o Amapá se sente honrado e em nome da Secretaria do Trabalho de Saúde do Estado, em nome do Governador Waldez Goés, em nome do Secretário João, que está internado, mas está sabendo de tudo isso, que a gente está aqui. Queríamos agradecer ao Deputado Eyder Brasil, é uma honra estar aqui representando o nosso Estado. Esperamos contribuir com a construção dessa política tão importante para este País. Saúde, recursos cada vez mais bem utilizados, que é isso que a gente precisa.

Agradecer também à Maciane que está aqui nos prestigiando, a gente está aqui com uma Supervisora maior, viu gente? Olha a nossa preocupação.

Então, eu vou falar um pouquinho e o Zé vai fechar, é o Zé, que a gente chama assim lá no Amapá. Então, o Zé fecha, porque ele está na ponta. Como a gente é a técnica que trabalha com a questão das informações, nós vamos dividir um pouquinho esta apresentação. Qualquer dúvida a gente pode voltar para conversar mais um pouquinho.

Esta foto representa a nossa bandeira e um pouco da paisagem do que é o Amapá. Uma paisagem que mostra o nosso principal patrimônio, que é a nossa fortaleza. Uma cidade bem bonita e convido vocês também a visitarem, um Estado bem bonito.

Aqui a nossa equipe. Eu vi alguém aqui se identificando como do Planejamento aqui da Secretaria Estadual. Nós fazemos parte dessa equipe e nós colocamos, justamente, para dizer assim: 'Olha, eles não vieram indicados para passear'. Nós viemos a partir de um trabalho técnico. Então, a gente faz parte de uma equipe, essa é equipe da Secretaria, COPLAN, que é a parte que trabalha com planejamento geral do Estado.

Aí, a criação de toda nossa nova estrutura. Nós estamos com um momento de mudança também no Estado do Amapá, dentro da Secretaria de Saúde. É uma Secretaria como a maioria dos municípios e dos Estados, tem dificuldade e nós estamos nesse processo de reestruturação. Então, é de 2017. Nós éramos de NSP, nós viemos de um núcleo de NSP e hoje estamos no COPLAN com mais estrutura, com mais funções.

Aí, as ações da Coordenadoria, que vai fazer justamente a fala do Deputado: elaborar, coordenar, ter as diretrizes das políticas da Saúde.

Como a gente não tinha essa informação geral, a nossa Coordenadora Geral vai falar muito mais, então a gente vai passar um pouco isso aí. As ações passam por isso mesmo: acompanhar a gestão junto aos municípios, trabalhar a programação anual, trabalhar no âmbito da visão da política do Sistema Único de Saúde. Atuar nas áreas fins, ampliar a participação dos serviços de Saúde, fortalecer a política do Sistema Único.

Umas das ações principais: gerar ações informações gerenciais para subsidiar o processo decisório da instituição, que é justamente esse o foco do que nós estamos vindo fazer aqui, fortalecer, justamente, um programa que vai dar esse norte para os gestores da área da Saúde.

E a Coordenaria atual tem quatro núcleos. E esse núcleo, que está bem escurinho, é o Núcleo de Economia e Saúde, que é onde nós estamos situados. Então, dentro da Coordenadoria de Planejamento tem: Planejamento em Saúde, Núcleo de Gestão de Projeto e Captação de Recursos, que trabalha muito com as emendas parlamentares e o Núcleo de Informação e Saúde e o nosso, onde nós estamos dentro da Economia.

Quem nós somos? Na Secretaria de Saúde do Amapá, hoje nós viemos, como eu coloquei para vocês, somos da década de 50. O nosso prédio é um prédio antigo, uma estrutura antiga e a própria estrutura de funcionalidade também. Então, de 2017 para cá a gente vem fazendo essa reestruturação. Somos mais de cinco mil colaboradores, atuamos em 16 municípios. Eu vi aqui que vocês têm 52? Cinquenta e dois, eu anotei rapidinho quando o deputado falou. Olha só o desafio, nós somos 16, mas nós temos municípios que levam 12 horas de carro para chegar ao Oiapoque, que é a nossa fronteira lá. O atual gestor é o João Bittencourt e o nosso é o Governador Waldez Góes.

Qual é a grande preocupação hoje da Secretaria? Quais os valores? Qual a proposta a partir dessa política da Saúde? A integração, a transparência, a ética, o respeito, o compromisso, a competência, a gestão participativa e a publicização. Muito importante essa ação que o deputado está fazendo, ele vai justamente fechar com o que nós estamos colocando, que é a publicização. É importante a

propaganda? É, deputado. Mas é importante você informar como chegar. Então, publicizar é muito interessante quando se trata de políticas públicas dentro deste País.

A gestão visa estabelecer mecanismos que possibilite arranjos estruturais e organizacionais nos estabelecimentos de Saúde, implementar as redes. Essa é a nossa proposta enquanto Secretaria de Estado, implementar as redes de assistências, efetivar as três regiões de Saúde, que nós dividimos os 16 municípios em três grandes regiões de saúde para poder atuar mais, para poder chegar mais com as políticas de um modo geral. Elaborar o plano estadual de regulação, fortalecer a Ouvidoria e Auditoria, porque eu acho que é muito importante quando a gente está falando em tornar cada vez mais os recursos transparentes, principalmente na vertente, hoje, que o Governo Federal vem implementando em nível nacional, e garantir e priorizar os recursos financeiros para autarquias e municípios. Não se faz nenhuma política, sozinho. Então, é importante os parceiros e aí a gente vê aqui na Mesa a presença de um representante do município, muito bom, porque é lá que acontecem realmente as coisas, não é? A capital funciona, mas é lá nos municípios que a gente realmente precisa estar atenta para essa ação.

O PNGC, já foi falado, foi muito bem colocada aqui rapidinha no vídeo, então, a gente não vai reforçar mais.

Então, vai buscar um conjunto de ações que vão aperfeiçoar a efetivação e a utilização dos custos pelos gestores de saúde, visando o que, gente? Otimizar o desempenho do SUS, utilizar bem os recursos, fazer com que essas ações cheguem lá na ponta para a população. E a gente vai ter dentro do sistema, um instrumento que é o APURASUS, que vai fazer esse trabalho bem interessante: a troca de informações, fornecer essas informações para os setores a

respeito de quanto custa aquele serviço, como é que ele pode ser prestado. E, sem dúvida nenhuma, a gente vê, com tudo isso, o fortalecimento do controle social, que a gente vê o papel da sociedade marcando e conhecendo e informando.

No nosso Estado está acontecendo agora a Conferência, ontem a noite foi à abertura. Está acontecendo a Conferência de Saúde, a Conferência Estadual, justamente visualizando todos esses instrumentos, como a população pode estar atenta para os seus direitos, como isso pode chegar realmente como uma garantia de serviço.

No Amapá, vou tentar ser rápida agora, porque o Zé vai trazer umas informações mais técnicas em cima disso. Nós tivemos, em 2016, a criação de um grupo técnico. Vocês vão ver que parece que a gente se antecipou, mas não é que a gente se antecipou. É que, na verdade, já existia uma necessidade e algumas ações começaram acontecer também no Estado. A criação desse grupo veio em 2016, e logo em seguida também foi criado um grupo de WhatsApp. E nós estávamos aqui conversando, agora pouco e falei, tem um grupo de duas pessoas, não tem problema se começar com duas pessoas e tiver informação e que as duas pessoas levarem aquela informação lá adiante - cadê, quem foi? O Pedro; o Pedro, falando, e esse grupo começou assim, mas já dava uma informação, se passava uma informação para as cinco unidades que começaram trabalhar essa criação.

Em maio de 2016, vocês viram que foi em abril que nós começamos, em maio veio uma visita da Coordenação Nacional, e aí veio à fase de sensibilização para os gestores, diretores e técnicos da Secretaria. Parece uma coisa complicada, não é? Vamos sensibilizar a fazer um trabalho que vai dar uma produção interessante para a população. Mas é muito complicado quando você trabalha com o público que acha que você vai trazer mais serviço, que você vai trazer

mais trabalho. Então, é preciso sim, e é isso que a Maciene estava falando agora pouco, fazer essa sensibilização local. Porque às vezes o Secretário diz, "Ah, tá! Eu entendo", mas ele ouve, ele pega aquele papel, passa para o técnico, mas ele não se sensibiliza, ele não abre aquilo ali como sendo um diferencial para sua gestão. Então, eu acho muito importante esse papel da sensibilização, do convencimento, para deputados, para os gestores de um modo geral, principalmente para os prefeitos, que às vezes acham que só têm despesas, despesas, despesas.

E aí, em junho de 2016, a gente colocou, partiu a campo. Nós criamos um programa de acompanhamento em cinco instituições de saúde que, obviamente, nós temos um número muito maior, mas nós precisávamos definir pelo menos cinco para iniciar esse trabalho. E houve uma assinatura de um Termo de Cooperação Técnica já em 2017, 2019, 2017 e 2019, porque aí a gente já vê o papel do Governo Federal também já nesse processo.

Qual foi o mês base? Maio. E nós dividimos em quatro etapas para fazer essa visita, para fazer esse acompanhamento, para conhecer essa realidade das entidades que nós identificamos. Olha como nós planejamos: de julho a outubro, seria para fazer toda essa identificação. Mas como nós dizemos: embora sensibilizando, embora conversando com gestores, tem sempre aquele que freia, não é? E olha quando nós conseguimos concluir esse levantamento, em dezembro só de 2016, mas está dentro do planejamento? Está dentro do planejamento, são pessoas, trabalhamos com pessoas, a sensibilização... Olha, a gente poderia entender que deveria estar 100% lotado aqui, porque quando se fala de saúde, quando se fala de diminuição de custo, vai entender o quê? Que vai ampliar os serviços. E a gente sabe que quem

vai estar aqui vai ser o grande multiplicador lá na ponta, dentro da cidade de vocês.

Então nós tivemos também problemas, mas, em dezembro nós conseguimos concluir esse levantamento. E aí fizemos, elaboramos um cronograma de execução e acompanhamento da apuração dos custos nestas instituições. Conhecemos e fomos começar a colocar o quê? Um acompanhamento, um estar de olho mais perto e tentar fazer com que ele, realmente, começasse a colocar todas as informações no papel, para que a gente pudesse ter esses dados.

Em abril, aí nós tivemos, obviamente que aí a gente está falando também, acho que como a maioria dos Estados, principalmente da Região Norte, a gente tem muitos cortes, Gestor muda, sai, politicamente não está mais respondendo, e aí muda, muitas das vezes, a equipe, também. Então nós também tivemos algumas coisas nesse sentido, e já em abril de 2017 nós fomos retomar essas atividades. Deu 2016, e só em abril, nós passamos pelo menos 4 e 5 meses também meio paradinhos porque houve mudança de gestor.

Nessa leva veio o nosso Técnico, o Zé. Aí o Zé veio nessa fase de 2017, quando a gente começa a dar, realmente, um grande levante nessa proposta.

O histórico do que a gente construiu. Mas tem entraves? Foi tudo muito lindo? Foi muito fácil? Não. Só coloquei que trabalhávamos com pessoas, nós temos dificuldade, nós temos dificuldade de instrumentos, de computadores, de internet, porque os nossos municípios também não são 100% perfeitos nessa questão, o País como todo.

Então havia o quê? Pouco interesse dos gestores das Unidades em fornecer informações sobre os Fundos Rotativos. Por quê? Porque o Fundo Rotativo, o gestor acha que é uma

prerrogativa dele, ele faz o que ele quer, compra o que ele quer, a hora que ele quer. E ele acha que vai prestar contas lá com o Tribunal de Contas, mas vai passar um bom tempo. Só que nesse caso aí a gente precisava ter esse acompanhamento bem perto, bem rápido: o que está comprando? Quanto está saindo? Então, também não foi tão fácil assim.

Falta de mecanismo de controle dos principais produtos médicos-hospitalares consumidos nas unidades. O que é isso? Olha, eu comprei 100 mil seringas. Mas onde estão essas seringas? Cadê? Onde estão? "Ah, eu passei para o plantão A, para o plantão B, para o plantão C". E ninguém sabia qual que era o plantão, foi para Emergência, foi para o atendimento. Então esse descontrole. Foi usado? Foi. Mas como? Quando? Aonde? Então, essa também era uma dificuldade.

Parcas informações dos gastos nos plantões e modalidades. Parcas informações. E essas parcas informações são, tinha, mas aquilo, aquele que estava lá no plantão fazia alguma anotação, o seguinte não fazia, então ficavam aqueles furos de informações, a gente sentia essa dificuldade.

Tipo. Que tipo de informação? Ah, quanto foi gasto com alimentação? Com a lavanderia? Com a vigilância? Com o patrimônio? Quem realmente trabalha aqui? Quem realmente está aqui? Quantos são realmente os técnicos? Área meio, área fim? Quem é que realmente atua nessa Unidade?

Ainda são entraves: frágil ação dos fiscais de contrato e de prestação de serviços, causando deficiente avaliação e acompanhamento dos custos em geral.

Eu falei para vocês que são missões que vão entrando nos papéis dos técnicos. Então tem técnico que diz: "Poxa, Mais uma atividade para mim? Eu vou ser fiscal, eu tenho

que estar lá cobrando, eu tenho que estar lá perguntando. E aí eu também vou marcar para ir toda sexta-feira. Mas essa sexta aqui eu não vou porque eu tenho uma cervejinha. Então eu vou à outra". Então, essa fragilidade também do controle de quem deveria fazer essa fiscalização.

Intensa rotatividade de gestores e dos responsáveis pela coleta de informações e limitações do APURASUS. Aquilo que eu falei, não é um privilégio só do Amapá. Assim como acontece na capital, os municípios também mudam os Secretários, mudam os responsáveis. E, aí às vezes, é a vizinha, é eu não sei quem. Muitas vezes não tem o perfil técnico e tem dificuldade de até apreender essa informação e começar a fazer isso um relato, realmente, técnico para ser colocado para as entidades responsáveis.

Pouco interesse de gestores das Unidades em fornecer informações sobre o Fundo Rotativo, a gente já falou, aquilo que a gente acha que eu posso utilizar eu não preciso de ninguém me dizendo o que eu tenho que fazer.

Falta de infraestrutura nas Unidades menores e mais distante da capital. Tipo internet, energia. "Ah, Anésia a gente passou a semana inteira sem energia". "Ah, Zé, a gente não teve internet aqui, estamos há meses sem internet". "Então, eu perdi, não tem, a gente colocou no computador, sumiu". Tipo essas coisas que acontecem. Dificuldade de compartilhamento dessas informações, justamente para os órgãos competentes da Secretaria, e aí isso vai, realmente, fazer com que a gente também não tenha 100% de eficiência na construção dos dados.

Qual é o diagnóstico que a gente tem do PNGC dentro do Amapá? Eu coloquei para vocês o histórico, como é que aconteceu, quais foram os entraves e a gente está falando justamente agora do diagnóstico. O que é que a gente

conseguiu com isso, com esses programas, com essas ferramentas? O que é que melhorou? Porque a gente precisa também ter esse perfil de analisar. Senão a gente vai ficar dizendo: ah, a gente está fazendo porque o Governo Federal está dizendo. Mas a gente precisa ter o que realmente alterou de concreto. A gente foi percebendo que nesta análise, as unidades que participavam do Programa, obviamente que nós identificamos como as maiores do Estado, as cinco maiores de Estado, em torno de pessoal, em termo de leito, de papel mesmo dentro da política da Saúde. Elas têm um custo médio em torno de R\$ 32 milhões, médio. Pegamos as cinco, identificamos a média e aí se você analisar, tem uma que tem cento e poucos leitos, tem outra que tem 170, outra tem 130, aí fica nesta média.

Baixa produção ambulatorial e hospitalar em relação aos altos custos apurados. Puxa vida, valor significativamente alto, mas vamos para produção, porque ontem eu ouvi isso num comentário. Eu achei interessante o que a nossa Coordenadora disse, "eu vou me preocupar com o valor, mas eu vou me preocupar principalmente com o resultado", quanto foi esse resultado, qual o quantitativo de atendimento e a qualidade desse atendimento. Então, a gente colocou isso aqui. Havia, obviamente, uma produção muito baixa em relação aos valores. Era preocupante, precisava melhorar.

Valores diferentes de consumo para os mesmos tipos de produtos e serviços nas diversas unidades. Pasmem vocês! Alimentação: o mesmo que o Hospital da Mulher e o Hospital da Criança compravam, digamos, para fornecer para adultos, um comprava uma marmita, digamos, a marmita, um alimento a R\$ R\$ 10,00, o outro comprava a R\$ 12,00, o outro comprava R\$ 15,00 e, às vezes, o mesmo fornecedor. E, aí, como é que a gente pode explicar isso numa questão macro? "Ah, mas está aqui, eu tenho preço 'A', o preço 'B', o preço 'C' para o mesmo produto".

Necessidade urgente de atualização da tabela do SUS. Bastante desatualizada, desde 2012. O que a gente recebe pelo que a gente fornece, para o usuário, é baixíssimo. E obviamente que o custo local vai crescendo, não é, gente? Principalmente quando se trata da nossa região, da Região Norte. Amapá 100% dos produtos vêm através da água, e avião é caríssimo qualquer coisa chegar por lá. Então, tem um custo. Então, esse valor que a gente estava recebendo não acompanhava realmente.

Os valores destinados com pessoal. Isso é um dado bem interessante colocar também, predomina com o principal custo, gente, um percentual acima de 65% do custo total da unidade. De 100% daquela minha unidade, eu gasto em torno de 65%. Tem unidade que gasta até 80% com pessoal, gente. Sobram 20% para o quê? Para o atendimento. E aí a gente pergunta, será que aquele 80% que eu estou gastando com recursos humanos, realmente eu estou tendo um atendimento de excelência? Eu tenho gente que está esperando na porta, porque deve ter gente esperando na porta e afagando, e pegando o paciente, mas lá na saída tem gente que está dando beijinho porque tem muita gente, mas não tem medicamento, não tem o leito, não tem o lençol. Então, essa é uma questão que precisa rever. A gente se preocupa em colocar o técnico, em contratar o técnico e a instituição, o órgão está sem os principais elementos que são os medicamentos e os outros instrumentos.

Falta de instrumento de controle dos custos dos itens, como produto, serviço, o que provoca o aumento acelerado dos gastos nas unidades de saúde. Eu não tenho controle, eu não sei quanto custa, eu não tenho realmente nem, também, o controle da necessidade real, seja diário, seja semanal, seja mensal, então eu vou comprando. Eu chego lá, eu sou responsável, eu tenho fundo rotativo, as seringas da

acabaram eu vou comprando, eu não sei se realmente as mil que eu comprei eram para o mês inteiro e eu gastei em uma semana. Então, isso também é outro dado bem interessante.

Falta de controle nos plantões e com isso deficiência na apuração dos custos. Aquilo que eu disse: o médico que está de sobreaviso, médico que está de plantão, ele chegou, a informação não está para ele. Mas essa semana, eu moro do lado de dois médicos, é um casal, e aí, madrugada adentro, eu estava no computador e aí acho que ela percebeu, ela disse: "Anésia, você está no computador?". Eu disse: "estou doutora". Ela disse: "eu estou fazendo meus relatórios". Eu disse: Upa, só comigo, que bom! Ela disse: "eu sou a mulher dos relatórios, eu não posso sair do plantão sem deixar meu relatório". Aí eu digo: Opa, alguma coisa está mudando neste cenário. Então, os médicos fazendo seu relatório na madrugada, para deixar, porque saiu do plantão, e precisa deixar, no outro dia, bonitinho. Então, eu acho que a gente tem um cenário diferente aí também, mas ainda é uma deficiência, com certeza, no nosso Estado e é importante rever.

Aí eu vou passar para o Zé, porque ele vai falar um pouquinho da experiência, que ele está acompanhado ando mais de perto. Muito obrigada e eu me coloco à disposição de vocês.

O SR. JOSÉ LUIZ LEITÃO - a Anésia é excelente, não é? Ela pega, engata uma primeira e leva em frente. Eu acho que a gente já verificou que as dificuldades são muito similares a realidade de vocês aqui, principalmente pela questão da logística e da falta de formação.

Com tudo isso que a gente está procurando fazer no Amapá, a gente conseguiu algumas medidas com base no PNGC.

Utilização do PNGC como objetivo principal, disponibilizar metodologia padronizada em sistema de formação específico que é a nossa ferramenta principal, o APURASUS, que a Maciene vai falar, tem como apoio técnico em todas as fases da implementação da Gestão de Custos. Isso aí, a gente conta com um apoio fantástico do Ministério da Saúde. Eles estão 24 horas por dia a nossa disposição para dar qualquer informação nessa fase de implantação aí.

Reorganização das estruturas funcionais, Comissão de Fluxograma, analisando os principais gargalos onde está realmente o maior problema. Otimização do quadro pessoal da SESA, da Secretaria de Saúde do Estado; revisão dos plantões em geral. Isso também foi uma medida muito importante, porque a partir do momento em que começou a se utilizar esse método de controle, de apuração e de controle, por conseguinte, muitos valores começaram a ser otimizados. Eu não vou usar o outro termo, mas existia muita coisa que não era necessário que a gente conseguiu otimizar com a implantação do programa. E o uso do registro de preço para o uso nos Fundos Rotativos. Os Fundos Rotativos agora baseados no registro de preços. Inclusive, existe no Amapá, existe até um convênio com o Ministério Público e esse registro de preço é todo formalizado no Ministério Público. Isso aí tem ajudado bastante a gente fazer a coisa de forma mais correta. E o principal, isso aí a gente se orgulha muito porque visualizando, desde o ano passado, a questão dos custos, em reunião com o Poder Executivo e com as outras Secretarias também, o Governo do Amapá decretou o Decreto 01/19. Ele formou uma Comissão do Poder Executivo que estabelece o ajuste fiscal. É aperto mesmo! Hoje nós temos as principais Secretarias, as Secretarias estratégicas com um comitê formado para que esse ajuste fiscal seja efetivado de maneira mais rápida

para que os recursos, parques também, possam ser utilizados em favor da população, mas, sem prejuízo a esta. O objetivo do comitê é absorver esses custos, absorver esses gastos, para que a população não tenha prejuízo no atendimento.

Bom, aí é um panorama nacional. Essa imagem aí é do Ministério, onde mostra os Estados que estão em atividade, em funcionamento.

O resumo das nossas atividades. Nós fizemos visita, dos 16 municípios, nós elegemos 08, aqueles que têm as mínimas condições estruturais: internet, energia, fácil comunicação. E nós fizemos visitas e estamos em fase de implantação nesses 08 municípios, os quais apresentam as mínimas estruturas para a implantação do programa, onde foram desenvolvidas as seguintes atividades: sensibilização do nível estratégico-tático e operacional, explanação da metodologia de Gestão de Custo, estruturação dos centros de custo e coleta de dados em cada unidade, introdução ao treinamento do APURASUS e processamento de dados. Inclusive, no final, tem algumas fotos das visitas que a gente fez nos municípios.

Realização em Macapá da Oficina do PNGC, com a presença da equipe do Ministério da Saúde, na qual foi ministrado treinamento e capacitação completa para as unidades participantes do programa, bem como para aquelas as quais vislumbram aderir. Formação de força-tarefa para implantação do PNGC no HE que é o nosso Hospital de Emergência é o nosso Pronto-Socorro, que é gerido pelo Estado. É diferente da maioria das capitais, o nosso Pronto-Socorro da capital está sob a responsabilidade do Governo do Estado e é nele que a gente tem a maior dificuldade de apurar os custos.

Aí está o exemplo de um quadro de um relatório do PNGC, o Hospital de Clínicas Alberto Lima, que é o nosso maior hospital, um hospital de especialidade. Aí os itens de custos. Isso é só um exemplo do relatório. Eu quero crer que logo, logo, vocês vão estar muito familiarizados com tudo isso daí, após o começo da implantação. Também faz parte do relatório. Notem o item pessoal.

Bom, aí estão as visitas que nós fizemos nas unidades do interior. Essa aí, a de cima é no Amapá, a de baixo é no Oiapoque. Amapá é um município do Amapá com o nome de Amapá. Aí, o hospital estadual de Oiapoque, a gente está a 600 km da capital e com 150 km de estrada horrível. O marco, onde começa o Brasil. Essa fotinha aí do PNGC rodou, a gente colocou no site do programa. Outro município, Calçoene. Aqui uma particularidade: quando eu falo de estrutura, de condições mínimas em Calçoene, esse servidor, esse abnegado servidor processa todos os dados da unidade na casa dele porque a unidade não tem computador, nem internet. E é lá na casa dele, foi na casa dele que a gente fez a metade do treinamento. Esse abnegado servidor é o Antônio Ceusto. Por enquanto, a nossa experiência é essa.

A gente espera que daqui para frente este Estado faça adesão ao programa, em face da importância do programa para otimizar, equacionar os problemas de custo e dar aos gestores o norte das ações, no sentido da melhoria e atendimento à população. Muito obrigado, gente.

O SR. EYDER BRASIL (Presidente) - Agradeço ao senhor José Luiz Leitão, Coordenador do Programa Nacional de Gestão de Custo do Amapá e à senhora Anésia Nunes, que é Analista de Planejamento e Orçamento da Secretaria de Saúde do Amapá. Muito obrigado pela contribuição.

Gostaria aqui, Elaine, de quebrar o protocolo para atender aqui uma solicitação do Doutor Marcos Valério, questão de agenda, questão de horário. Vou adiantar a fala do nosso Promotor de Saúde e receber um pouco da contribuição que ele tem a nos passar nesta manhã.

A SRA. ELAINE REGINA PEREIRA MAIA (Mestre de Cerimônias) - Pois não, senhor Presidente deste evento. Antes, gostaria apenas de registrar e agradecer a presença do Senhor Vereador Ilson Félix, que é Vice-Presidente da Câmara Municipal de Jarú; o ex-vereador Moisés Costa, do Município de Porto Velho; senhor Vereador Paulo Pereira, da Câmara Municipal de Jarú; senhor Vereador Edvaldo de Oliveira, também da Câmara Municipal de Jarú, e também o Vereador Renato Rodrigues, do Município de Jarú. Muito obrigada pela presença de vocês aqui neste ato.

O SR. MARCOS VALÉRIO TESSILA DE MELO - Olá, bom dia a todos. Em nome do Deputado Eyder Brasil, quero cumprimentar a todos, em especial àqueles que são oriundos do Estado do Amapá. Agradeço a deferência e agradeço pela oportunidade de o Ministério Público ter sido convidado e se fazer presente nesta Audiência Pública. Atualmente eu sou o Secretário-Geral do Ministério Público, e sou Promotor de Justiça por formação. E na nossa Casa, nós também precisamos gerenciar 26 unidades, distribuídas nos 52 municípios do Estado de Rondônia. E essa incumbência, no aspecto administrativo, compete à Secretaria Geral. Nós temos lá, na casa de 1400 colaboradores, e é uma grande empresa, vamos assim dizer, pública. E neste aspecto, eu também busco medir custos e busco melhorar e gerir com melhor eficiência e eficácia a nossa instituição.

Eu tenho 24 anos como Promotor de Justiça, e, quando se menciona a questão de custos, eu me lembro de coisas que me remetem ao início da carreira. Eu já estive em outra oportunidade como Secretário Geral da instituição, já acumulei alguns cargos na parte administrativa, e lembrando lá atrás, enquanto Promotor de Justiça, eu me recordo inclusive da figura do então FUNDEF, salvo engano, de 1997, foi o primeiro ano que o FUNDEF foi implementado, de forma inicialmente experimental e, salvo engano, foi no Amapá ou num outro Estado da Região Norte. E o FUNDEF da época, trazia uma lógica muito simples: 60 para lá, 40 para cá. E o FUNDEF trazia a possibilidade de o Ministério Público, de vários outros parceiros ter acesso àquilo que era repassado para o custeio da então educação fundamental.

Algun tempo depois, o FUNDEF virou FUNDEB, e aí já com educação básica. Nós tivemos a expansão dos níveis de ensino, em especial da educação infantil. Posteriormente, nós fomos de 8 para 9 anos e continuamos fechando o ciclo no ensino médio. Alguns anos depois, o FUNDEB começou a receber uma expectativa muito grande dos royalties do pré-sal. Bom, 20 e alguns anos depois, o FUNDEB está aí, está em discussão, inclusive, se será ou não prorrogado. Mas eles nos revelam uma faceta muito interessante: o volume de recursos cresceu exponencialmente. Não me parece que tenha crescido na proporção necessária, porém os resultados não cresceram na proporção que se aguardava.

Se nós formos voltar um pouquinho mais, em 1990, nós temos o início do Sistema Único de Saúde no País, já com uma matriz muito diferente da matriz do Sistema Educacional. O SUS tem uma matriz muito bem consolidada desde 1990, que a educação não tem a mesma matriz que tem o Sistema Único de Saúde.

O desafio neste País, de 208 milhões de habitantes, é levar a saúde de qualidade. É um desafio hercúleo como diziam os mais antigos. Porém, passados aí 30 anos ou quase 30 anos da Consolidação do SUS, os desafios são permanentes.

Fazendo essa análise inicial do SUS e da educação eu volto a minha organização. Enquanto, Promotor de Justiça, eu trabalhei muitos anos na área de educação e na área de infância e é uma dificuldade muito grande em fazer com que o recurso chegue lá na ponta. E não raro, a gente observa e vê o recurso sendo drenado para um ralo sem fundo. Portanto, todo instrumento que permita medir o custo com eficácia e eficiência é extremamente bem-vindo.

O Ministério Público também atua na área da saúde, aqui no Estado nós temos Promotorias da Saúde ou especializadas ou com cumulação e é uma demanda que bate a nossa porta todos os dias.

Então, esse instrumental não é desconhecido dos colegas que atuam nessa temática no mesmo sentido o Ministério Público é um grande parceiro das Instituições do Estado de Rondônia, tanto o Estado quanto a Assembleia Legislativa e tantos outros.

Mas o que eu gostaria, se me permite, era que vocês compreendessem que nós precisamos medir sim, mas nós precisamos medir com eficácia e eficiência.

Foi elencado aqui a pouco, que em determinadas unidades você tem o número muito grande de recursos que são revertidos para o pessoal, para a remuneração de pessoal. Eu não sou contra a remuneração de pessoal, pelo contrário, ele é extremamente importante. Só que nós precisamos ter em mente qual é o custo que nós iremos pagar para ter a informação. Então, eu preciso medir. Buscar, medir com

eficácia e com eficiência. Eu preciso também ter em mente que eu preciso, e aí vale até a reticência, a reminiscência, perdão, liberar servidores, liberar a força de trabalho para o atendimento.

Nós temos uma tendência, na organização administrativa pública, de concentrar as melhores cabeças na gestão. E a gestão é muito grande, e na gestão é muito fácil você precisa de alguém você vai e puxa, você vai e puxa, você vai e puxa. Dificilmente quem vem, volta. Então o desafio, a meu ver, está em liberar a força pensante também para que esteja em contato direto com o atendimento ou que participa do atendimento, se essa é a sua função, o seu cargo. Do contrário, nós vamos ter uma máquina administrativa muito bonita, enorme, grandiosa, porém, com eficácia e eficiência reduzidíssima. É alguém se autoconsumindo. Então, a gente precisa ter essa compreensão. E a tentação é muito forte, é muito forte, a cobrança é muito forte porque geralmente aquele que vai para a gestão administrativa, lá ele tem uma gratificação, ele tem um regime diferenciado de cobrança. E aí ele começa a querer ficar, permanecer, perpetuar, ele vai se juntando a 'a', 'b', 'c' de tal forma que ele não quer voltar para a origem. E, às vezes, ele entende que voltar para a origem é algo extremamente prejudicial à formação dele. Gestor é temporário. Quem está com o gestor, é temporário. Precisa mudar todo mundo? Pelo contrário, não. É exemplo nosso. Nós tivemos uma troca de gestão no Ministério Público, nós não mudamos ninguém. Não há essa necessidade. Nós buscamos trabalhar gestão com competência, àquele que tem competência e se alinha aqueles princípios que nós defendemos estarão conosco, independente de origem, cor, credo, raça, religião, seja qual subterfúgio que você venha utilizar para, porventura, dizer que 'a' ou 'b' não deve continuar na gestão. Agora, é extremamente importante medir com eficiência e eficácia.

A Assembleia Legislativa tem um exemplo em mãos para ela sentir isso na pele. A Assembleia, durante duas décadas ou mais, funcionou em um prédio, uma configuração com uma caracterização e agora, justamente, ela veio para as instalações adequadas e coerentes. Aqui sim, será necessário aferir, medir e muito bem medido. Mas, é bom medir logo no começo, porque depois que você espalha, você não consegue mais cortar.

Então, é preciso que você consiga incutir no colaborador que ter habilidade técnica é muito importante. Ter qualificação é muito importante. Só que habilidade técnica e qualificação o mercado está cheio. O que nós precisamos é habilidade técnica, o que nós precisamos é conhecimento convertido em atitude. O exemplo citado desse rapaz aqui, que na casa dele ele faz o controle, é uma atitude. Este exemplo tem que ser dinamizado, tem que ser potencializado. Do contrário, nós vamos criar um instrumental enorme, gigante que vai abocanhar informações e pouco irá reverter para a outra linha.

Tenham muito cuidado, muito cuidado com o operacional de qualquer programa. Em especial: 'a empresa X vende, agora eu preciso da internet, e aí a empresa X vai me trazer internet'. 'Ah, não sei o que, isso e aquilo outro'. 'Sem internet nada funciona'. 'Ah, mas eu não tenho qualificação, eu preciso de uma empresa para formar os servidores que irão alimentar o sistema'. 'Ah, eu preciso de um aplicativo'. 'Eu preciso...'. É um mundo de necessidades. Este mundo precisa ser bem medido, porque do contrário não tem volta. Não adianta simplesmente você querer implementar e achar que isso acontece num passe de mágica ou que no primeiro contrato que eu fizer, a vida está resolvida. Então, é preciso ter uma visão global. Por isso, que eu digo, é preciso medir com eficiência e com

eficácia. Porque do contrário, se você não souber contratar, você vai canalizar o recurso para uma máquina ainda mais engessada. Então, isso é extremamente importante.

Rondônia tem uma rede, lógico, uma estrutura muito boa. Perdoem-me, mas bem diferente do Amapá. Os acidentes geográficos, a configuração do Estado de vocês em muito destoa nesta parte de Rondônia, não me tenha como informação equivocada, pelo contrário, cada Estado tem as suas peculiaridades. Eu digo a vocês, nós temos Promotorias de Justiça que funcionam há mais de 30 anos em Costa Marques, que é um dos municípios mais distantes nosso. E a mesma qualidade da internet que eu tenho em Porto Velho eu tenho na Promotoria de Justiça de Costa Marques. E a estrutura que foi montada pelo Estado, em partes do Estado, de Infovia e outras mais, também nos permitem ter qualidade de transmissão de informação. Então, a gente tem um instrumental muito bom a ser trabalhado, porém, precisa ser bem repensado.

E, à medida que eu passo a medir, eu preciso também adotar estratégias para melhor gerir. Porque eu não quero simplesmente chegar lá na parte da Contabilidade, vamos assim dizer, naquela versão clássica, dizer: 'Poxa, eu gastei 10, eu deveria ter gasto 8'. E aí eu não mudo nada. Eu continuo comprando do mesmo fornecedor, continuo incidindo na mesma prática: 'ah, no mês que vem vai dar 9,7854'. Abaixo de 10, mas eu poderia ter gasto 8.

Está faltando o que a esta organização? Está faltando, justamente, uma conduta proativa, uma conduta inovadora, uma conduta de correção daquilo que está equivocado. 'Ah, não, eu tenho um orçamento e eu preciso gastar o orçamento'. Que legal amigo! Mas eu preciso ter eficiência e eficácia na gestão desse orçamento, porque senão, me

perdoem o comparativo que eu fiz no início, nós vamos chegar ao sistema FUNDEB, que diz que se o volume de recurso não é necessário, e eu não vou entrar nesse mérito, só que o FUNDEB tem um valor e este valor, dizem que não é suficiente para o que ele se propõe, e o SUS também tem um valor, e dizem que este valor não é suficiente ao que o SUS propõe. Mas são valores que dificilmente a gente vai conseguir alongar isso de forma exponencial. O que nos compete é gerir melhor estes valores.

Então, é extremamente importante que nós tenhamos esta situação. Se nós não mudarmos, diante daquilo que nós medimos, simplesmente a gente vai reconhecer o nosso fracasso atestado por nós mesmos.

O programa, me parece ser extremamente importante, tem o aval do Ministério da Saúde, já está rodando em várias unidades da Federação. Não o conheço na exatidão, mas não tenho objeção a ele. O que eu apenas gostaria de ressaltar é apenas esta observação, nós precisamos ter um olhar global.

E aqui, só fechando, eu estou com dois profissionais que trabalham comigo lá no Ministério Público. Em 2017, começou uma discussão e ações aqui, ali, acolá para o Centro de Cursos do Ministério Público. Apesar de todo tamanho da nossa máquina, apesar de toda capacidade que lá se tem, eu digo aos senhores que a gente ainda não conseguiu medir com eficiência e eficácia aquilo que nós precisamos medir. E uma das razões está, justamente, no custo/benefício da informação. Nós estamos avançando bastante para utilizar uma ferramenta que nós chamamos um Power BI Administrativo. É um aplicativo de Business Intelligence na esfera administrativa. Nós não podemos conceber que você saia catando números. A mesma informação que entrou nessa ponta tem que transitar por todos os

órgãos e sair da lá final, e ela precisa estar no seu aplicativo de celular, ela precisa estar. Nós estamos a 98% de chegar lá. Nós estamos ainda com alguns arranjos internos de validação dessa informação. Mas tem uma coisa muito básica, se lá no início a letra for A, e se você colocar A e um pontinho, isso daqui não consegue transitar lá no final para você conseguir encontrar este A. Então, é uma mudança global e não é uma mudança que depende apenas de 'A', de 'B', ou de 'C', é uma mudança da organização. Não é uma mudança do gestor: ah! Agora eu quero isso, agora... Não, isso não pode. O gestor tem que ter conhecimento para poder fazer os arranjos necessários dentro daquela margem que compete a ele gerir e não simplesmente: agora eu não quero o sistema A, agora é o B, agora é o C, agora é o B, isso não é possível.

E aí quando você vai ao mercado buscar o sistema, não tem um sistema com a sua cara. Não tem o sistema que você precisa. Existe o sistema que pode ser customizado. Mas como customizar? Colocar um exemplo aqui para vocês na moda aqui. A gente vai comprar digamos um paletó, e diz: ah, tem o número X. - Meu número é tal. Aí você vai lá, não cabe. Aí você, porventura, muda para outra marca e cabe. Mas o que é isso? O número não é o mesmo? Ah, não, mas aqui é não sei que lá, aqui é mais fino, aqui é mais não sei o que. Isso reflete em tudo que a gente vai comprar, em especial quando a gente fala em sistemas de informática e outras coisas mais. Não têm a nossa cara e nós precisamos ajustar as nossas funcionalidades. Só que esse ajuste depende também de um arranjo de nossa parte, porque jamais eu vou conseguir ter um sistema que abarque tudo aquilo que eu fiz, que eu quero. Eu vou precisar ter alguns ajustes para ter um nível aceitável.

Portanto, se me permitem, eu gostaria de ressaltar aqui, é extremamente importante medir, porém, é extremamente importante medir com eficiência e eficácia. É extremamente importante reverter à informação para melhorar a gestão da unidade. É extremamente importante que a informação faça com que nós venhamos a liberar profissionais para o atendimento na área fim, porque do contrário nós vamos criar mais um grande monstro administrativo, figura folclórica em gestão administrativa no Brasil há mais de 30 anos.

Portanto, eram essas contribuições que eu gostaria de dar. Agradeço a deferência, mas eu preciso assinar um monte de ordem bancária, um monte de outras coisas, senão amanhã eu estou no sal, como diz por aqui. Mas quero deixar o Ministério Público à disposição, parabenizar pessoal do Amapá, Assembleia pela iniciativa. E dizer que a gente está disponível. Eu tenho acompanhado que o Estado de Rondônia também está caminhando nessa mesma linha deste Power BI Administrativo, li umas notícias recentes. Então, eu acho que a gente tem um clima interessante para se buscar construir uma estratégia muito boa para que a gente possa medir.

E a última observação: não venhamos pensar, não pensemos em medir tudo. Vamos começar a medir um pedaço e aí a gente vai avançando, para certo dia nós termos a medição global, porque do contrário nós vamos ficar em busca da perfeição e não vamos conseguir agir. E 'não, falta mais um pouquinho, falta mais um pouquinho, falta mais um pouquinho', e nós também não vamos acumulando a cultura do medir. A cultura de medir, a cultura da medição é extremamente dificultosa porque ela mexe com zona de conforto de muita gente, principalmente do servidor público e principalmente do fornecedor. Mas ou as instituições

caminham para este caminho ou literalmente o caminho delas está acabando. Obrigado. Tenha todos, um bom-dia.

A SRA. ELAINE REGINA PEREIRA MAIA (Mestre de Cerimônias) - Agradecemos então a fala do Dr. Marcos Valério, Promotor de Justiça e Secretário-Geral do Ministério Público.

Com a palavra, neste momento, senhor Raimundo Nonato Soares, do Conselho Estadual de Saúde.

O SR. RAIMUNDO NONATO SOARES - Bom dia a todos. Eu estou aqui representando a nobre Presidente do Conselho Estadual de Saúde, Deputado. Nós estamos em conferência também, que iniciou no dia 11, termina hoje a Conferência Estadual de Saúde. Primeiro, eu queria parabenizar a Assembleia, o deputado pela iniciativa de trazer neste debate, mais uma ferramenta, minha amiga Michele, para que o Estado possa fazer proveito dela e a gente coloca a nossa Casa em ordem.

Agora, é bom que na Mesa aqui nós temos, hoje, o COSEMS, a Vera está aqui presente. Porque eu conheço o Estado de Rondônia e tem município que não tem o Plano Municipal de Saúde. Tem município que não tem Programação Municipal de Saúde. E essa aqui é mais uma ferramenta, e aí eu quero aqui entender o que o Ministério Público tentou dizer aqui, para a gente criar um monstro para não funcionar. E, aí, eu acho que cabe agora... O Controle Social vai fazer o seu papel, o nosso papel a gente vai fazer. A gente é tido, no Estado, como o cara que fica perseguindo, porque denuncia mau gestor. Denuncia mau gestor que faz mal aplicação dos recursos públicos. Se

construir um presídio só para botar gestor público que aplica dinheiro na área da saúde, ruim, pode construir que vai encontrar e vai fazer isso.

Então, assim, a gente precisa deixar isso bem claro aqui, diante da ferramenta que está sendo colocada, e aí a Assembleia, eu acho que ter que apresentar um Projeto de Lei mais, melhor do que a 141, porque a 141 já disciplina os gastos na área da saúde. Disciplina, inclusive, a competência de quem, da gestão e do controle social, que é a questão da transparência na aplicação dos recursos financeiros na área da Saúde, e têm muitos Estados e muitos municípios que não cumprem com essa legislação. Aí cabe ao Ministério Público, que é o fiscal da Lei fazer com que se cumpra. E nós do controle social só temos a apoiar, viu Deputado, a iniciativa. E nós estamos juntos para fazer com que essa ferramenta não seja mais uma letra morta, que ela venha realmente para funcionar e fazer com que os Prefeitos e os Governadores coloquem em cargo comissionado pessoas que têm perfil técnico para gerenciar o sistema público de saúde do nosso Estado.

Uma coisa que eu observei aqui na fala do Promotor. Eu queria dizer que o Estado de Rondônia está perdendo seus técnicos. Já perdeu muito e pode perder mais. Por que é que pode perder? Porque o salário que paga não é compatível com a função do técnico que estuda, que se qualifica, entendeu? Ele vai embora. Ele vai prestar um concurso público em outro órgão e vai embora. Se fizer um levantamento hoje no Estado de Rondônia sobre o salário que o Estado paga hoje aos profissionais da área da saúde, vocês vão ver que é lá embaixo. É o pior salário da Região Norte, deputado.

Um profissional de Saúde que trabalha que tira o seu plantão. E se for falar dos municípios, pior ainda. Então, tem que ter a valorização profissional, tem que ter a

qualificação profissional, e tem que ter o material de execução do profissional lá na ponta.

Nosso Estado aqui viveu um período que esta Casa aqui aprovou dois Projetos de Leis, que era a terceirização da Saúde Pública do Estado. Qual era o discurso que tinha aqui no Estado de Rondônia? As OSs vêm para salvar a Saúde Pública do Estado de Rondônia. As OSs vêm para resolver o problema da Saúde Pública de Rondônia. Aprovou dois Projetos de Leis que nós tivemos uma ação muito bem planejada, que foi uma decisão do colegiado do Conselho Estadual de Saúde, que o Ministério Público deu apoio e, não foi só um, foi o Estadual, foi o Federal, o Tribunal de Contas, para quem não tivesse as OSs no nosso Estado. Recentemente, o Município de Porto Velho precarizou a Saúde Pública do município, que é uma vergonha a saúde pública de Porto Velho, entendeu? Que não tem planejamento para executar as ações. O paciente busca procedimento na UBS, que é a porta de entrada do Sistema de Saúde não funciona adequadamente com ele deveria funcionar. Mas a saída qual era? Tive o maior embate com o Prefeito da Capital, que é um ex-Promotor do Ministério Público, no Tribunal de Contas eu falei, "olha, não vai ter como você implementar as OSs na atenção primária, na atenção base". É assinar um atestado de incompetência, não saber gerir um sistema público de saúde da atenção básica. Capital que não tem um Pronto-Socorro Municipal. Capital que tem o quê? Tem uma Maternidade e duas UPAs que funcionam em situação precária. Por que qual era a ideia? Vamos precarizar o máximo, para eu me justificar para a população do nosso município que é a única saída que eu tenho é a OSS e vou buscar lá em Goiânia, que em Goiânia é um paraíso. Está lá todo mundo respondendo processo por má gestão do dinheiro público.

Então, nós queremos parabenizar a iniciativa do deputado e da Assembleia. E dizer, deputado, em nome do Conselho Estadual de Saúde, no qual estou falando aqui, que nós estamos à disposição para contribuir, para ajudar, para que esse projeto venha a ser implementado e que ele venha ser executado. E aí, nós sentamos com o COSEMS na Mesa. Eu acredito que a Vera vai encaminhar também da mesma forma que a gente está propondo aqui. O próprio representante do Ministério da Saúde da Saúde está ali também na Mesa, para que a gente faça um grupo de trabalho junto com a Secretaria de Saúde, para poder convencer, não, é determinar que os municípios tenham que executar os serviços. Porque hoje o recurso da Saúde está congelado. Inclusive, nós estamos discutindo isso na Conferência Estadual de Saúde.

A PEC da Morte, que alguém não tem coragem de falar, mas eu falo, que é a 95, congela os gastos, principalmente na área da saúde, o município tem que se virar com que ele tem hoje. Não tem financiamento novo. Ou a gente quebra a PEC bem no meio e busca o financiamento da União, os 10% da receita corrente da União para investir na saúde pública deste País ou não vai ter recursos para investir na saúde. E a população está crescendo, e as doenças estão aumentando. Porque ninguém quer investir no preventivo, na saúde preventiva do cidadão deste País, ninguém quer. Só na curativa, eu vou cuidar do doente quando ele estiver lá no leito hospitalar, eu não vou prevenir para que ele não fique doente. Porque se fosse prevenir com base na política nacional de atenção base, as UBSs em Porto Velho, pelo menos, 60% tinham cobertura, hoje só tem 44% só. Por isso que está esse caos todo instalado no nosso município. Então parabenizo aqui a iniciativa da Assembleia Legislativa, e nós do controle social estamos à disposição. Tenho dito e muito obrigado.

A SRA. ELAINE REGINA PEREIRA MAIA (Mestre de Cerimônia) - Queremos registrar e agradecer a presença do Senhor Vereador Mailson de Oliveira, Vice-Presidente da Câmara Municipal de Alvorada d'Oeste.

Convidamos para fazer uso da palavra, a senhora Maciene Mendes da Silva, Coordenadora do Programa Nacional de Gestão de Custos, de Brasília, que vai tratar do tema Panorama Geral do PNGC, na sua totalidade.

A SRA. MACIENE MENDES DA SILVA - Oi gente, bom dia. Enquanto Ministério da Saúde, enquanto Departamento de Economia da Saúde, que fica na Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, eu quero muito, muito agradecer esta oportunidade. Quando a equipe do senhor Deputado Eyder entrou em contato com a gente, para que a gente viesse participar desta Audiência Pública, eu não tinha nem noção que vocês tinham dado esse tamanho de propagar o tema, que para gente é muito importante. Então é muito bacana, vem em um mesmo espaço, Executivo, Legislativo e Judiciário, todo mundo em prol de um tema que, resumindo, o tema é como é que a gente faz, com o quê, como é que a gente pode contribuir para o SUS ter mais eficiência. Na verdade, o resumo do resumo seria isso.

Então, para mim, enquanto Ministério da Saúde e enquanto Maciene, pessoalmente falando, é um grande prazer estar aqui. É a primeira vez que eu vejo no Estado, a gente já tinha uma agenda de vir ao Estado, então a gente conseguiu juntar tudo. Amanhã eu vou conversar com os Secretários de Saúde, tanto do município quanto do Estado, dessa tentativa de mais uma vez, como disse a nossa colega, seduzir, para que o Estado venha para a Gestão de Custo. Porque, na verdade, a palavra seduzir é porque a nossa

ideia não é que o Programa, pelo menos da parte do Ministério da Saúde, que ele seja obrigatório. Onde o Programa já é obrigatório, e eu vou mostrar isso para vocês, foi de uma iniciativa do próprio Estado, do próprio Governador ou Secretário de Saúde.

Então assim, estou infinitamente feliz de estar aqui. Vou tentar fazer a minha apresentação, realmente ela tem uma parte um pouco técnica, mas vou tentar deixar o mais palpável possível. A intenção não é fazer vocês saírem daqui correndo. Muito pelo contrário, que vocês também sejam defensores da Gestão de Custo para o SUS.

Então, o Programa Nacional de Gestão de Custos - PNGC, eu sou Maciene, de formação, eu sou economista. Estou a Coordenadora do Programa, da Coordenação de Gestão de Custo, e vou passar para vocês, só que em vez de falar do Programa, e muito do Programa já está no folder, já foi dito aqui, eu vou tentar explicar com mais calma a ideia, não é não é trazer algo novo no sentido de 'ah, lá vem mais uma chatice para ser feita'. A ideia não é 'lá vem mais um sistema que o Ministério da Saúde quer que a gente preencha'. A ideia não é, 'vamos fazer uma nova movimentação, tem que contratar gente'. A ideia não é essa, e a participação do pessoal do Amapá aqui deixa isso muito claro.

O que esse pessoal conseguiu fazer no Amapá com um pouco de estrutura e um pouco de pessoal que eles têm é uma coisa assim incrível. Tentamos em vários outros Estados também, que passa pelas mesmas dificuldades que todo mundo. Até Estados que teoricamente são ricos, vamos dizer assim, que rico hoje ninguém é, a gente vê a dificuldade que é fazer a Gestão de Custos. Quando a gente fala das potencialidades da Gestão de Custo para o SUS é unânime de todo gestor que 'eu quero', é unânime que, 'como é que a

gente pode administrar sem isso?'. Mas é unânime também, em quase sua totalidade, o pouco apoio que é para que isso efetivamente aconteça. Mas então vamos seguir.

Por que o SUS precisa da informação de custos? Por que a gente vai ter que lidar com isso? Por que é que o José, por que o Amapá, no seu geral, trabalha com a Gestão de Custos tem essa dificuldade e todos os outros Estados que estão por aí? Pode ir passando. E aí. antes de falar efetivamente da Gestão de Custo, e aqui isso já foi dito hoje, o SUS já teve muitos avanços desde que foi criado. Então, o SUS tem avanços significativos apesar dos seus grandes desafios. Pode ir passando.

Quais são esses desafios? Fazendo um resumo, a nossa população cresce e se torna mais idosa. Oba, a gente não está mais morrendo agora os 30 40 anos, isso é bom, bom! A gente está envelhecendo. Mas qual é a condição de saúde dessa população que está envelhecendo? Então, essa população que se torna mais idosa e aí a gente tem uma questão que não é, sempre existiu, mas que, cada dia, está mais presente, que é uma população consciente dos seus direitos relativo à saúde. Então, a gente tem uma população hoje que cobra mais do gestor. A gente tem também taxas crescentes, doenças crônicas, degenerativas e de violências, níveis ainda elevados de doenças infecciosas.

Então, a gente tem no Brasil essa convivência, matando, a gente morre de doenças infecciosas e de doenças crônicas degenerativas e tudo isso afeta desigualmente os vários segmentos sociais do País.

Então, vamos lá. Apesar da situação, da sua cobertura, ou seja, apesar da expansão da cobertura do SUS, a gente ainda enfrenta várias limitações. Que tipo de limitações? A gente tem limitação na qualidade de atenção, a gente tem

limitação na gestão dos seus recursos, limitação na incorporação de novas tecnologias. O Ministério da Saúde tem uma Coordenação toda só para tratar de incorporação de novas tecnologias no SUS. E limitação também na distribuição equitativa desses serviços. A gente tem essa noção que a gente tem uma maior concentração de oferta de serviço de saúde em determinados locais, em determinadas regiões. E aí, é comum, e isso é uma discussão, entrei no Ministério da Saúde tem 09 anos e quando eu entrei, a discussão do momento era o subfinanciamento do SUS. E, naquela época, era a grande discussão e é até hoje a grande discussão do momento.

Então, é comum atribuir ao subfinanciamento da saúde a causa principal da falta de oferta de serviços com qualidade à população. Por quê? Por que o recurso está limitado, porque o recurso está congelado, e por aí vai. Longe de mim falar que isso é verdade ou mentira, não é essa a nossa ideia aqui. Mas, ainda incipiente a discussão a respeito do custo e da eficiência do serviço de saúde no SUS. E é à toa? Não. A saúde é uma área bastante complexa, composta por vários tipos de procedimentos e atividades, sua administração é uma tarefa desafiadora. Então, a ideia é a seguinte, a gente precisa discutir o financiamento? Precisa. Mas como é que anda a eficiência no uso dos recursos públicos? O que é eficiência? Foi tão dito aqui hoje a questão de você fazer com eficiência. A eficiência é o seguinte: será que eu estou prestando o serviço utilizando o recurso da melhor forma possível? O menor recurso, vamos dizer assim. E quando eu penso o seguinte: como é que está a eficácia dos gestores da obtenção das suas metas? O que é essa eficácia? Como é que eu faço para atingir determinada meta, eu penso, quero fazer tal meta, será que eu estou alcançando essas metas que eu planejo? E aí a gente vai para outro conceito, que esse então no setor

público, no geral é muito difícil de ser medido, que é a efetividade. Então, é o seguinte: vamos dizer como um exemplo bem raso que: eu quero fazer a vacinação da minha população. Então, para eu vacinar a minha população, eu vou comprar essas vacinas aí, fazer a melhor compra de vacina possível, eu vou contratar ou vou alocar meu pessoal para isso e estou fazendo da melhor forma possível. Então, eu fiz a vacinação da minha população com eficiência. E qual é a eficácia? A eficácia é alcançar a meta de 80% da minha população vacinada e eu também alcancei. E qual vai ser a efetividade? A efetividade é saber se aquela vacina efetivamente vai funcionar, se ela vai alcançar aquilo que movimentou todo esse processo da vacinação. E aí tem uma frase que eu tirei de uma tese que fala o seguinte: a cultura do estado brasileiro é de controlar o orçamento e não o controle dos custos dos produtos ou serviços.

Os gestores estão acostumados a trabalhar com limites. Se o orçamento não ultrapassou o limite, está bem. Não há interesse de saber se o consumo poderia diminuir ou se o gasto realmente está sendo eficaz. E eu conto muito uma história que uma das reuniões que eu fiz com um Secretário de Saúde, em uma mesa conversando e eu tentando convencer a participar do programa, olhou para mim e falou: "por que eu não fui Secretário na época das vacas gordas?". Se eu tivesse sido, neste momento, eu não precisaria estar nesta reunião. E, infelizmente, quando o país entra em crise é que a gente vê aumentar a adesão ao Programa Nacional de Gestão de Custos. É por que antes estava nadando de braçada em recurso? Não, mas não estava tão ruim como está agora. Então, eu não fico constrangida de falar isso e não é falando mal de ninguém, é porque até na nossa casa, se meu salário sobrou mais, eu não vou fazer pesquisa de preço se eu quero comprar isso ou aquilo.

Então há uma tendência a nos sentirmos confortáveis quando a gente ainda tem recursos. Então a ideia é: é muito importante discutir o financiamento da saúde, nunca que vamos falar que não. Mas a ideia também é a provocação. O convite é: vamos botar um foco na qualidade do gasto? Será que a gente está fazendo isso da melhor forma? E essa história, de tudo isso que estou falando para vocês, é um tema de estudo da economia da saúde, o que é essa tal de economia da saúde, que é uma área muito nova ainda no Brasil dentro da economia. Então, é um ramo do conhecimento que tem por objetivo a otimização das ações de saúde. O estudo das condições ótimas de distribuição dos recursos disponíveis para assegurar à população a melhor assistência à saúde, o melhor estado de saúde possível e, aqui vem a mágica, o pior da parte, tendo em conta meios e recursos limitados. Então, como é que a gente faz essa mágica? Seria basicamente isso: dentro da economia da saúde, dentro da economia, eu acho que vocês concordam, nossas necessidades são sempre crescentes. E os nossos recursos? Escassos e limitados. Então é esse o momento em que a gente se encontra. E como é que a gente faz para lidar com isso, com esse grande dilema? A gente entende que é através da otimização dos recursos com a locação eficiente e que a informação de custos pode nos orientar nisso. Não resolve, mas orienta, subsidia.

Então, dada essa necessidade de conhecer os custos dos produtos e serviços, surge o Programa Nacional de Gestão de Custos. E a ideia do programa é o quê? Gerar informação de custo no SUS é possível sim. Não é fácil. O Procurador não está mais aqui, mas eu fiquei até aliviada quando ele falou que eles estão tentando fazer custo lá e que está quase completando, mas que ainda não completou. Porque se lá eles não completaram, que a estrutura administrativa, menor, organizada, imagina quando a gente fala de SUS.

E a ideia não é só que é possível, é que é possível e é possível para cada um. Porque, na verdade, eu não sei se vocês já passaram por isso, mas eu tenho relatos de experiências que, quando alguém consegue uma base de dados de custo de hospital, de UPA ou de outra coisa, vira ouro. Por quê? Porque ninguém tem essa informação no SUS. Então, quando você tem, o que é que você faz se você tem acesso a essa base? Você faz projeção, você faz um estica daqui, bota um a mais ou um a menos, para poder adaptar para sua realidade. E a nossa ideia não. A informação de custo tem que ser o custo real e o custo de cada unidade, de cada Estado, de cada município, e por aí vai.

E o que é o PNGC? A gente já viu isso hoje várias vezes, mas aí eu grifei algumas palavras para poder explicar melhor a vocês, e depois eu vou mostrar slide, onde a gente atua exatamente em cada ponto, para não parecer mais um programa de blá-blá-blá. Eu fico muito tranquila em falar que a gente atua, sim, em cada um desses momentos do que é o programa. Então, é um conjunto de ações. Quando eu falo "conjunto de ações", o que eu quero dizer com isso? A gente trabalha em várias frentes. É um conjunto de ações que envolve gerar informação de custo. Como é que a gente vai gerar essa informação de custo? Fazendo mágica? Trazendo consultor do Ministério da Saúde para fazer isso? Não. Quem faz é a gente. É em conjunto. É Estado, Município, Unidade de Saúde. Então gerar essa informação como? Ela não surge do nada. Mais para frente eu vou explicar para vocês por que não é fácil fazer Gestão de Custos. Então, quando a gente gera, a gente capacita, a gente acompanha, a gente muda processos. Então gerar informação de custos. E uma vez gerada, está boa? Não. Não está boa. Só está boa para melhorar. Então, ela tem que ser aperfeiçoada. Então, geração de custos, gerada, aperfeiçoada, aí sim que a gente vai para a efetiva

utilização dessa informação, porque isso aqui foi dito muito. Não adianta nada gerar um monte de informação, se, mais uma vez, ela não vai ser usada. Então, por exemplo, não sei se vocês conhecem o SIOPS. Além da questão do SIOPS - claro que o Conselheiro conhecia o SIOPS -, mas o SIOPS surge com o propósito de saber se está havendo o emprego mínimo de recursos na saúde, mas o banco de dados gerados por conta disso é incrível. Alguns pesquisadores usam. A gente, enquanto cidadão, nunca parou para ver quanto que nosso Estado está gastando com serviços e ações de saúde. Então, a nossa ideia, já que o programa não é obrigatório, é que a gente use efetivamente essas informações. E tudo isso para quê? A efetiva utilização de informação de custo pelos gestores de saúde, visando à otimização do desempenho do SUS. Isso aqui está aí no folder de vocês. Então, o PNGC surge para suprir isso, necessidade de estimular a implementação de práticas administrativas, para melhorar processo. E que isso resulte em conteúdo informacional para melhor alocação de recurso, gerar as condições para a melhoria da qualidade do gasto, bem como a importância do desenvolvimento e disponibilização capaz de proporcionar aos gestores do SUS informações que subsidie a tomada de decisão racional na utilização dos recursos disponíveis.

Observa que se a gente fala, fala, fala, mas no final está sempre resumido aí "tomada de decisão racional na utilização de recursos disponíveis". E onde é que a gente está no Ministério da Saúde, eu já falei para vocês, mas, na verdade, o Ministério da Saúde dentro da Secretaria Executiva tem um Departamento de Economia da Saúde. Esse Departamento de Economia da Saúde tem duas Coordenações Gerais e uma das Coordenações é a Coordenação Geral de Economia da Saúde e tem uma Coordenação, isso é muito novo, foi da penúltima estrutura, uma Coordenação própria de

Gestão de Custos, que é onde está o Programa Nacional de Gestão de Custos.

Isso para gente foi um ganho muito grande que a gente vê o Ministério da Saúde reconhecendo a necessidade de você ter realmente o pessoal próprio para discutir a Gestão de Custos.

Isso já foi dito também, está aí no folder de vocês. Eu não vou ficar lendo muita coisa, mas eu quero que vocês foquem a data inicial e 2018. Data inicial é quando você tem uma Portaria onde participa naquele momento, as pessoas, foi participação de várias instituições do País para discutir uma política, sistematizar uma política de Gestão de Custos. E observe quando é que o Programa vai ser institucionalizado no âmbito do Ministério da Saúde, em 2018.

Então assim, um longo caminho até que você consiga ter isso de forma oficializada. Mas, não quer dizer que no caminho a gente não foi trabalhando, pois, aqui já tem projeto-piloto em 2009, 2013 a disponibilização do APURASUS, que foi o que fez a grande diferença dentro do PNGC.

E qual o objetivo do PNGC, isso aí a gente tem também. Então, o que a gente quer é a Gestão de Custo no SUS, promover essa cultura de Gestão de Custo no SUS, infelizmente, isso não tem, não é só no SUS, é no setor público no geral.

Propor estabelecer diretrizes, estratégia e prioridade para Gestão de Custo, fomentar a troca de informações e experiência, fomentar a formação de capacidade técnica, isso é uma coisa que a gente atua bem; estabelecer diretrizes para o acesso à base de conhecimento gerado no âmbito do PNGC. O que é que acontece? Hoje, o Programa, o

APURASUS, o Sistema de Gestão de Custo não é classificado como público, ele é gratuito. O que eu quero falar com isso? Qual a diferença? A diferença é que tem acesso ao sistema quem participa do Programa. Mas "Maciene, a gente está falando de uso de recurso público, como que isso não é público"? O Sistema, o Programa é de adesão voluntária. Então, na hora que um ente se sentir exposto, ele simplesmente para de alimentar o Sistema.

A gente está no início do processo da Gestão de Custo. Então, aparece consulta lá o valor de R\$ 300,00, R\$ 500,00. Qual é o Gestor que quer publicar uma informação dessas? Então, é uma oportunidade que a gente está tendo ainda de melhorar, de trabalhar naquele aperfeiçoamento e mudança de processo para que isso, realmente, vá ser divulgado nacionalmente. Agora, o Estado que já faz, o município que já faz a Gestão de Custo, quer divulgar sua informação, livre para isso. O Ministério da Saúde é que não divulga essa informação ainda e a gente entende que vai ter que ter essa discussão de como é que vai ser dado acesso a essa base de conhecimento.

Isso aqui vocês tem aí no folder, eu vou passar aqui, a ideia é só vocês focarem algumas questões, como por exemplo, construção de uma base de conhecimento em custo com participação ativa das Secretarias de Saúde. A ideia é o tempo todo isso, é uma construção conjunta, e o caráter voluntário na adesão ao Programa.

Fundamentação legal, também eu não vou ficar aqui lendo Leis para vocês, mas é só para mostrar o seguinte, isso não é invencionismo de uma pessoa nem nada. Desde a Lei lá de direitos gerais, o Direito Financeiro já falava da história de que os serviços públicos industriais têm que determinar custos. Desde 1967 que já fala de apurar o custo dos serviços, de forma a evidenciar os resultados; Lei de

Responsabilidade Fiscal, Administração Pública manterá Sistema de Custos. Então assim, essa história é longa no âmbito do SUS também, desde a Lei de Criação do SUS já fala de parâmetro de custo, já fala da informação de custo das intervenções das quais o cidadão se beneficiou que é um direito do cidadão. Já fala de definir metodologias, instrumentos e sistema de informação para apuração de custo que permita estimativa de recurso financeiro para custeio global. Então, fundamentação legal não falta à gente, o que falta realmente é por a mão na massa.

Mas como fazer o PNGC acontecer no SUS? Eu vou mostrar para vocês que o foco do Programa são Unidades de Saúde, no momento é isso.

Então, como é que eu faço, para quê? Para que isso aconteça em Unidade de Saúde, considerando que tirando alguns poucos hospitais, os hospitais federais do Rio de Janeiro, o Ministério não tenha hospital, não tem Unidade de Saúde. Então, para isso, estratégias foram estudadas e testadas. Eu fico muito confortável de falar do Programa porque ele foi muito pensado nos detalhes e ainda continua sendo pensado nos detalhes. Ele está em modificação o tempo todo dada à necessidade e o que é apontado pelos participantes.

Então, quais foram essas estratégias para fazer o Programa funcionar? Primeiro: descentralização de conhecimento e responsabilidade, corresponsabilidades. O que é que pensou? Vai funcionar se o Ministério da Saúde pensou o Programa? Pensou o Programa. Mas a gente tem que ter a participação de Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e das Unidades de Saúde.

E qual é essa ideia? Cada um desses atores tem uma função para que o Programa aconteça. Então, o Ministério da

Saúde pensa de forma mais macro, capacitando, disponibilizando o sistema, sensibilizando e por aí vai. Mas o Estado, a Secretaria Estadual e Municipal de Saúde tem que atuar junto, controlando. É ela que implanta a Gestão de Custos efetivamente nas suas unidades, mas quem faz acontecer mesmo é o pessoal das unidades. Então, por exemplo, quando eu falo para vocês que a gente não funciona como consultoria, é que o Ministério da Saúde não sai para visitar Unidades de Saúde sem que o Estado e Município estejam juntos. No caso, ou o Estado ou o Município. Por que, o que a gente considera? A gente considera de quem é a gestão da Unidade. Se a gestão da Unidade é municipal é o município que tem que atuar junto com o Ministério da Saúde.

E tem uma figura aqui que eu coloquei, ligando, que é o NES. O que é esse NES? Núcleo de Economia da Saúde. A ideia é que antes do Estado e do município, a Secretaria de Saúde viesse a aderir ao Programa, eles criassem um NES. O que é o NES? É um núcleo onde vai funcionar como o Departamento de Economia funciona para o Ministério, funcionaria para dentro da Secretaria. Então, a Secretaria de Saúde precisa fazer, sei lá, uma contratação, precisa fazer uma terceirização, deveria solicitar esse NES para fazer os estudos econômicos necessários para poder fomentar essa decisão. Precisa alimentar o banco de preço e saúde e até o próprio SIOPS, o que fazer com a base de dados do SIOPS, e por aí vai, deveria ser atribuição desse NES.

É um pré-requisito, mas não é determinante para isso. Então, se tiver, para a gente está ótimo. Então, é uma equipe que deveria ser montada de forma interdisciplinar. Você ter o pessoal da administração, da contabilidade, da economia, mas ter alguém ali da Saúde, porque fazer Gestão de Custo em Unidade de Saúde precisa do pessoal da Saúde.

Nem todo mundo consegue formar essa equipe. Esse NES, geralmente, é oficializado via Portaria no âmbito da Secretaria. Quando não é possível não é isso que vai inviabilizar.

Outra estratégia é que a gente precisava de uma metodologia única. A metodologia que foi escolhida foi o custeio por absorção. Não sei se é de conhecimento de vocês o que é esse tal custeio de absorção, muito menos quando eu falo de alocação recíproca executada a partir da lógica matricial. Mas eu posso garantir para vocês que dentro da lógica do custeio de absorção a gente está trabalhando com o que é mais top, vamos dizer assim. E quem faz isso é o próprio sistema.

Então, o custeio por absorção vai falar o seguinte: tudo o que você utilizar de recurso dentro da sua Unidade de Saúde tem que chegar ao custo dos seus procedimentos. Eu cito como exemplo algo bem simples: aluguei uma área para servir como estacionamento para o pessoal que trabalha no hospital. O custo daquele estacionamento tem que chegar ao custo da consulta. Essa é a ideia. Mas eu não vou falar muito, senão vocês vão sair correndo dessa história aqui.

Outra coisa que a gente teve eu escolher: por onde que a gente vai começar? É em Unidade de Saúde? É. Mas quais Unidades? Então, a escolha principal foi o quê? É hospital. Mas, por que hospital? Hospital, porque o setor privado já faz Gestão de Custo há muito tempo, então é mais fácil você adaptar do privado para o público, que é o que gente fez. As UPAs apareceram depois por terem estruturas parecidas. E aí, quando a gente vai olhar hospital, a literatura diz que não existe empresa mais complexa de ser administrada. Eu estou hospedada em um hotel, então lá tem uma administração. Quando eu sair de daqui, eu vou almoçar, então eu vou a um restaurante. Observem que eu estou

falando de um restaurante e de um lugar de hotelaria. Eu posso precisar fazer exame de sangue, eu vou a um laboratório. Um laboratório que tem uma administração lá. Às vezes, eu preciso fazer um exame de imagens, eu vou a uma clínica de imagem, que tem uma administração lá. Agora, pega tudo e joga no mesmo lugar, e a gente tem isso onde? Num hospital. Então, observe a complexidade que é se administrar um hospital. Não é uma coisa simples, porque são vários serviços dentro de um único.

Além disso, a gente está falando da maior participação no gasto em saúde. E, além disso, a gente está falando do maior gasto em saúde. Então, nada melhor do que a gente pensar em quem é mais complexo e focar também em quem gasta mais.

Outra estratégia é disponibilizar o sistema. Fazer Gestão de Custo e planeja Excel tem que ter muito amor à causa, porque é muito difícil. É muito difícil. Então, o Ministério da Saúde, de início, pensou em pagar um sistema já público e adaptar, que foi o que foi dito aqui da questão da customização. E aí, o DATASUS da época entendeu que ia ser muito mais trabalhoso e muito mais caro adaptar aquele sistema do que desenvolver um novo. E com isso desenvolveu-se o APURASUS - Sistema de Apuração de Gestão de Custo do SUS. É um sistema web usado em diversas Unidades de Saúde, então ele está pronto para várias unidades, tudo isso de forma padronizada e estruturada, tem vários perfis de acesso, é modelável e sem contrapartida financeira para os entes federativos participantes.

Então, o programa, no geral, não tem contrapartida financeira. E como eu já tinha falado para vocês, só tem acesso ao APURASUS quem, efetivamente, faz adesão ao PNGC.

E aí, outra coisa, você tem uma ferramenta, você tem por onde começar, mas como é que eu faço para seguir essa estrada tão longa aí, tão complexa do que é fazer Gestão de Custo em uma unidade? Como é que eu pego uma Unidade que nunca ouviu falar do assunto e coloco essa Unidade para começar a fazer isso aí? Então, isso também foi uma coisa que a gente pensou. E aí, nessa questão nós precisaríamos envolver todo mundo, então isso aqui foi dito também. A nossa iniciativa, o programa, a ideia é de envolvimento de todos os envolvidos. Essa mesma apresentação que eu estou fazendo para vocês, eu faço para o pessoal das unidades lá, responsável pelo centro cirúrgico, e por aí vai, porque eu entendo que todos os envolvidos têm que saber o que está acontecendo.

Então, a primeira etapa que a gente chama, a gente chama de sensibilização, foi dito aqui também. Então, a ideia é apresentar, convencer o gestor, Secretário de Saúde, convencer os Diretores de Hospital que essa bagaça aqui é bom para eles, porque senão eles não vão querer fazer.

Isso concluído e aceito, a gente vai para o que a gente chama Estruturação do Centro de Custo e Coleta, etapa mais longa do processo. O que acontece aqui? O gestor concorda em fazer parte da Gestão de Custo, aí o Ministério da Saúde volta para fazer aquela parte de formação de capacidade técnica. Custo não é uma coisa rotineira, a gente até acha, mas há uma confusão de conceito. Então, eu não posso simplesmente falar: preenche essa planilha aqui. Então, a gente capacita, pega aquele custeio por absorção na lotação recíproca, na lógica matricial, aquele nome lá, quase um xingamento, e destrincha aquilo. Fala exatamente o que é aquilo passo a passo. Uma capacitação em torno de

dois dias para que o gestor entenda o que ele tem que fazer para que essa etapa seja cumprida.

Estruturação de Centro de Custo e Coleta de Dados é mais complexa, porque a unidade tem que ser toda organizada. Então, eu não sabia quantas refeições eu fazia, eu não sabia quantos exames eram feitos, eu mal tenho controle de quando o paciente entra, por onde ele passa. Então, tudo isso tem que começar a ser controlado, conta de água, de luz, não sei, não sei nem de onde vem, tem que saber quanto gasta. Então, por isso que é uma etapa mais demorada.

Uma vez que isso é cumprindo e a gente disponibiliza planilhas para orientar essa etapa, aí a gente vai à capacitação. Na verdade, a capacitação vem antes aqui dos dois. Uma vez preenchido toda essa estruturação, a gente vai para a capacitação no APURASUS.

Então, observe que só mais lá o APURASUS, vai aparecer depois, porque gente, o APURASUS não faz milagre não. O APURASUS é nada, é um sistema. Quem faz milagre aqui, quem faz o milagre acontecer, como diz a música, são as pessoas. Então, depois que ela vai passar a ter acesso ao APURASUS, e que a gente entra na etapa de análise e monitoramento e avaliação das informações.

E aí a primeira pergunta que a gente colocou lá no início, mas qual é a necessidade do PNGC para o SUS? E eu tenho isso aqui, eram uns slides que já estavam prontos, infelizmente, eu não consegui fazer, atualizar eles. Mas é o seguinte, eu quero que vocês pesem em um exercício pode ser a Bahia, aí está a Bahia, porque os dados são verdadeiros, mas pode ser qualquer lugar. E penso o seguinte: quando eu fiz isso aqui o Estado da Bahia possuía trinta e oito hospitais sob a gestão estadual, hoje já tem

mais. Em 2015, esses hospitais foram responsáveis por 190 mil internações. Isso aqui não é dado privilegiado de Ministério da Saúde, isso aí é SIA, CH, está público. Em média quinze mil e oitocentas internações realizadas aí por esses hospitais. Qual o preço dessas internações? Quais as internações? Quinze mil e oitocentas? Quinze mil e oitocentas internações/mês, qual o preço dessas internações? Quem tem essa informação? E aí, tem uma coisa que tem o tempo todo aí, que todo mundo gosta de repetir, saúde não tem preço. Então não posso perguntar o preço de algo que não tem preço, mas tem custo. Saúde não tem preço, mas tem custo. 'Mas tem custo' é a complementação dessa saúde 'não tem preço'. Para o Ministério da Saúde, essas internações custaram aproximadamente R\$ 240 milhões/ano ou R\$ 20 milhões/mês, como? Por meio do ressarcimento da Tabela SUS. Mas isso não é o custo? Não. E para o Estado da Bahia, custou quanto? E aí a gente entra no primeiro conceito, que quando eu olho receita e custo, todo mundo sabe o que é receita e o que é custo, não tem nem porque eu falar o que é um, o que é o outro. Mas nesse caso da Tabela SUS é necessário fazer essa diferenciação. Porque os R\$ 240 milhões gastos pelo Ministério da Saúde não é o custo das internações, é uma receita. Para quê? "Para ajudar", vamos dizer assim, por isso que está entre aspas, o Estado arcar com o custo das internações. Então, gente, Tabela SUS para o Estado, para o município não é quanto custou os procedimentos, aquilo representa receita.

E aí, eu tinha até anotado porque ela falou isso da defasagem da Tabela SUS, não sei falar para vocês se está defasado. Se considerar que passar muito tempo sem reajuste, posso confirmar que está defasado. Como eu não sei qual é a base que foi feito, o estudo que foi feito para colocar aquele preço lá atrás, eu não sei se está, se foi bem pago há um tempo atrás, como é que está hoje, não

vou entrar nesta discussão. O que eu quero que vocês entendam é que o SUS é tripartite, e a Tabela SUS, para o Estado e o município, é receita, não é custo. Isso aí é o faturamento que muitas vezes não é nem levado a sério pelas Unidades. Tem Unidade que nem fatura, tem Unidade que 90%, é gozado, e por aí vai. Então, lembre-se que isso é receita para o Estado e para o município, para a Unidade de Saúde.

Então, vamos continuar para saber então quanto é o custo. Em 2015, o Estado da Bahia gastou quatro bi e seiscentos, em saúde, em todas as fontes dados do SIOPS. Então, as internações custaram isso? Não. Por quê? Mas quanto, efetivamente, a saúde custou no Estado da Bahia? E aí a gente vai para outra diferenciação de conceito, uma coisa é gasta, outra coisa é custo. E não são iguais? Não, não são. Gasto, por ser uma forma onerosa de recursos econômicos, sempre provoca necessariamente a obrigação de pagar. Porém, pagamento e gasto são eventos distintos, podendo ocorrer em momentos distintos. E o custo, é expressão monetária do consumo, da utilização ou da transformação de bens ou serviços no processo de produção de outros bens ou serviços.

Para que um evento seja caracterizado como custo, há que satisfazer dois requisitos: ocorrência de consumo e o objetivo de produzir bens ou serviços. Explicando: se eu pego e faço uma conta de tudo que eu comprei para o meu hospital, para minha unidade de saúde, isso não é custo, isso é o gasto. E por que não é custo? Porque aquilo que está no meu, por exemplo, nos meus estoques, eu não usei ainda. Então, lá eu já gastei, mas eu não usei, como eu não usei, ainda não virou custo. E por que é que não então nossa tarefa, enquanto Programa Nacional de Gestão de Custo, enquanto Estado, município, Unidade de Saúde é mais complexo? Por que daquilo que a Secretaria comprou, eu

preciso ter o controle no Almoxarifado, eu preciso ter o controle na Farmácia, eu preciso ter o controle na minha despesa, eu preciso ter o controle da roupa que foi lavada, mas só me interessa aquela que foi usada. Então, observa que é isso que vai dar, efetivamente vai me dar o custo. Então, observe de tudo o que eu estou falando deste exemplo, só agora eu estou falando de custo.

Então, quando você faz grandes grupos de despesa, já é uma superinformação, mas infelizmente não é ainda o custo. Ainda não sabemos quanto custa à saúde no Estado da Bahia, mas seus gestores já sabem quanto custa 87% dos seus hospitais. E isso, foi uma informação da época, graças à uma parceria de trabalho entre o Ministério da Saúde e a Secretaria de Saúde de lá, através da implementação do PNGC. E essa parceria de trabalho também está presente em outros Estados e municípios. O pessoal aqui já mostrou um pouco do Mapa, então, vou mostrar um pouco do Estado, da arte do programa, ou seja, resultados, que chega de conversação.

Este é o Mapa mais atualizado. Vocês vão ver aí, e esse Mapa em cor verde, é quem participa efetivamente do programa; corzinha clara é quem um dia participou; e não pintada nada, quem ainda não fez parte mesmo, de nenhuma forma. E aí, só daí, sem eu falar quem são, nem nada, vocês vão ver que aquela história de que todo gestor quer a Gestão de Custos, é mentira. Claro que tem lugares... Ah, outra coisa, isso aqui são de participantes do PNGC. Então, por exemplo, Santa Catarina faz Gestão de Custo. Eles só não fazem através do PNGC, eles fazem Gestão de Custo bem anterior ao PNGC.

Então quem são os participantes? Estaduais: Amapá, Tocantins, Alagoas, Bahia, Pernambuco, Rio Grande do Norte,

Paraíba, Sergipe, Distrito Federal, Rio de Janeiro, São Paulo, Rio Grande do Sul.

Secretarias Municipais. Vocês vão ver que tem um número menor, mas não é à toa, não. É porque o município não quer não. É porque, quando a gente estava lá, no início, gente, no início, eu falo é duas, três pessoas tentando fazer esse troço funcionar. Então a gente falou: Ah, vamos pensar entrar nos Estados e depois que a gente implementar nos Estados, os Estados levam para os seus municípios. Aí, o Estado está lá tentando sobreviver com uma, duas pessoas fazendo esta trabalheira toda. Como é que eles vão conseguir fazer nos municípios? Só o pessoal daqui que é guerreiro.

Então, Paraopeba, Fortaleza, Natal, Aracaju, Aparecida de Goiânia, 11 municípios de uma região de saúde que tem em Minas, Mauá, Petrópolis, Rio de Janeiro, a Capital; e Porto Alegre. Fora isso, a gente tem alguns hospitais universitários que estão ligados ao MEC, mas são da EBSEERH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares), demonstram interesse em fazer a Gestão de Custos, que são os do Rio Grande do Norte, Sergipe, Brasília, Grande Dourados, Juiz de Fora e algumas Unidades do próprio Ministério da Saúde, é meio constrangedor. Vocês veem que a lista é pequena e aí a gente demora muito para andar aqui. É santo de casa não fazendo milagre.

Então, aí tem a Fiocruz, tem o Cardoso Fontes um hospital lá do Rio de Janeiro; o Grupo Hospitalar Conceição que é nosso grande aliado aí, que apesar de já fazer Gestão de Custo ha muito tempo, ter muita experiência, eles querem migrar, também trabalhar, junto com o PNGC.

E aí os que já estiverem não estão mais. Então, o pessoal do Acre, Pará, a gente tem conhecimento que eles

fazem Gestão de Custos, mas com sistema privado. Piauí, Goiás, também fazem com sistema privado. Mato Grosso e Mato Grosso do Sul, Espírito Santo, são os que realmente não tenho nenhum conhecimento se eles estão fazendo Gestão de Custos. E as Sete Lagoas, Florianópolis, que faz Gestão de Custos também, só não fazem pelo PNGC. Joinville que está voltando agora, essa semana eles já estão retornando, e dentro do Ministério da Saúde o INCA que é aquela, ele sempre vai e volta, mas no momento está parado, também.

Falando em número de Unidades. A gente divide, para poder ter melhor controle entre hospitais e UPAs e Centro de Referência. E a gente divide também dentro de cada um desses grandes grupos, se eles estão naquela etapa de captar dados, ou se eles estão alimentando o sistema com relatórios de Gestão de Custo, no caso.

Então, a gente tem aí 78 hospitais captando dados, 108 hospitais já utilizando o APURASUS; 21 UPAs captando dados, 49 UPAs alimentando o APURASUS. E Centro de Referência é uma parte bem nova. A gente está iniciando agora, como é que é fazer Gestão de Custo em Centro de Referência. Por isso que o número ainda está reduzido.

Então, se eu fizer o consolidado dos dois, contabilizando ali o total de Secretarias estaduais, total de Secretarias municipais e de outros vínculos, a gente vai dizer que no geral são 254 Unidades participantes do Programa Nacional de Gestão de Custos.

Se eu for pensar no universo do SUS, tudo é relativo, não é? Se eu for pensar no universo de Unidade de Saúde do SUS, você vai falar: nossa, mas só isso! Se eu for pensar isso aqui é de uma grandiosidade, tipo assim, o trabalho que é para fazer isso. A quantidade de Unidades que nunca não sabia nem o que gastava de água e que hoje sabe quanto

custa uma consulta, uma cirurgia. Então, para mim, isso aqui é de uma grandiosidade imensa, tenho muito orgulho disso.

E aí, como eu estou falando para vocês, poucas Unidades do SUS têm resposta para as seguintes perguntas, podem acreditar, não sei se tem muita gente da Saúde, se não tem ninguém da Saúde, mas a gente administra, as pessoas são guerreiras, elas administram a complexidade que é um hospital, sem saber quanto que elas custam. Então não sei, é o que a gente chama de custo por item de custo. Quanto que as instituições gastam com salário, com materiais, com medicamentos. Qual o custo de uma UTI adulta e qual o custo de um centro cirúrgico? Eu nem sei, mas eu sempre quero abrir uma UTI nova, um centro cirúrgico novo. Qual o custo de uma diária de UTI, a gente não sabe quanto custa uma diária de UTI no SUS, mas a gente é obrigada, muitas vezes, contratualizar o tempo todo, essas unidades na iniciativa privada. É melhor ter a própria lavanderia ou terceirizar o serviço? Se eu perguntasse aqui, um monte de gente vai falar: com certeza é melhor terceirizar. Porque a gente vive aquela verdade pronta que o terceirizado é muito mais eficiente do que o público. Não sei se é verdade ou se é mentira, mesmo porque eu não sei quanto custa o público, como é que eu posso afirmar que o terceirizado é melhor? Pode até ser melhor, eu preciso só saber os números. Só que isso, como eu mostrei a quantidade de unidades, então esse cenário começa a mudar.

E aí vem aquela questão, sempre que a gente fala de custo no setor público, na contabilidade, no setor público não, no setor privado. Porque a gente pensa em custo, o custo, efetivamente, é para saber o lucro. Mas se a gente é setor público, por que a gente deveria se preocupar com o custo se eu não visio o lucro? E essa coisa de não visar o

lucro é aquela..., tipo assim, o que é público é de todo mundo. Mas na cabeça é o seguinte, o que é público é de ninguém, então tem aquele descaso de não ter o controle, de... Eu ouvi vários relatos essa semana aí, de medicamento que chega, cada um já fez sua farmácia particular e carrega para si e para os seus amigos, então essa coisa assim. Então vamos lá.

Tem um termo na Economia que chama Custo de Oportunidade, que um dos conceitos fala o seguinte: é representado pelo valor das oportunidades sacrificadas, o custo de algo em termos de uma oportunidade renunciada não escolhida. Trocando em miúdos: qual o custo de oportunidade de vocês estarem aqui hoje? O que o Custo de Oportunidade fala? Quando você opta por uma coisa, você está abrindo mão de outra. Então, o Custo de Oportunidade, se tem estudante aqui, são as matérias não estudadas; se têm servidores públicos, processo não expedido, paciente não atendido e por aí vai. Então tudo, toda decisão nossa está envolvida um Custo de Oportunidade, seja monetário, seja subjetivo, que seja. E está ligado a isso o porquê a gente tem que fazer Gestão de Custo no SUS, pela responsabilidade dos recursos públicos.

O objetivo do setor público não é obtenção de lucros. A busca pelo controle dos custos devem se voltar para uma melhor aplicação dos recursos, promovendo uma distribuição mais eficiente dos gastos públicos, de forma a atender o maior número de cidadãos com a qualidade adequada. Então, o conceito de Custo de Oportunidade tem a ver com isso, eu tenho que saber quanto custa, porque quando eu tomar uma decisão, automaticamente eu estou deixando de tomar outra. Isso é um Custo de Oportunidade envolvida nessa questão. Então, é por isso que eu tenho que, sim, pensar: será que

eu não posso fazer o mesmo atendimento utilizando o recurso de uma forma mais eficiente?

E aí, mostrar alguns dados para vocês, todo mundo gosta dos números, de informações, de número não, mas de informação. Basicamente a gente trabalha com três grandes indicadores, que é o custo total da unidade, o custo do centro de custo, que são os setores e o custo dos procedimentos. Então, qual o custo de um parto, de um paciente/dia, de uma hora cirúrgica e por aí vai. E aí, primeiro vou mostrar os dados de UPAs, são dados reais. Aqui vocês vêem que nem aparece bem o número, aqui são, se eu não me engano, 39 UPAs que fazem parte do programa que a gente tem informação. De azul, estão UPAs de porte I; verde porte II e vermelho porte III. Depois eu vou mostrar outras menores, mas só para vocês verem, se a gente for ficar por porte a gente não consegue ter um padrão, porque a gente tem porte II mais caro que porte III, porte I mais caro que parte II e III. Então assim, e isso aqui já fica dessa forma para vocês saberem o seguinte, depende de onde essa UPA está localizada, se tem hospital perto ou não, a gente tem um monte de Upa que não deveria, mas está internando. Então, tudo isso influencia no custeio da UPA.

Se eu pegar UPA por Estado, então vou ter aqui UPAs da Bahia, DF, Pará, Paraíba, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul. Observe, esse número na frente é o porte delas, que aí a gente começa a ver quanto é que custam as UPAs. E aqui, gente, é uma coisa, eu não sei quanto que o Ministério da Saúde tem na Portaria como incentivo para Upa, para custeio de UPA. E aí, mais uma vez falando para vocês, o SUS é tripartite. Então, quando você pensa em criar, o gestor pensa em ter a sua UPA, ele tem que saber que parte do recurso vai ter que ser arcado por eles. Então, independente do valor, observe que tem UPA aqui custando um

milhão e oitocentos/mês, isso aqui é recurso/mês. Será que quando eu quero abrir uma Upa, eu tenho disponível o restante para complementar a parte de incentivo mandado pelo Ministério da Saúde? Será que esse custeio da UPA, real, é o que está fazendo com que tantas UPAs, no País, não sejam abertas? São perguntas, não são conclusões, não são afirmações, mas dá para a gente ter essa noção. E aí se eu for ver esse custo da UPA com o valor de quanto que ele produz.

Então eu poderia pensar o quê? A UPA mais cara, de custo maior, é aquela UPA que produz mais, e aquela história que eu tinha falado para ela, não existe o caro e o barato. Então, o hospital é caro, a UPA de um milhão e oitocentos, um milhão e trezentos, é uma UPA cara? Não sei, não posso afirmar nada. O que eu preciso saber para poder ter noção, é quanto que é produzido na saúde, e aqui a gente vai ver que não tem esse reflexo direto, quando a UPA é cara, a produção é elevada. Não é! Quem é que compõe o custo da UPA? O pessoal, serviço de terceiro, material de consumo e despesas gerais. E o maior, é pessoal? É. E tem que ser, que eu nunca vi máquina fazendo saúde. Saúde é um setor intensivo em recursos humanos. Então tem que ser intensivo em recursos humanos, então tem que gastar mais com recursos humanos mesmo. Mais uma vez eu volto a falar, o que a gente tem que saber é como está a produção e, claro, a qualidade dessa produção também.

E aqui, só para vocês terem uma noção, dentro da UPA existe uma sala chama Sala de Urgência, que é para aquele paciente mais grave. E a ideia, aí tem que ler a política, mas, assim, o que me parece é que na UPA, a ideia não é ir paciente de alta gravidade, aí vai para o hospital. Mas como vão poucos pacientes desse Estado para lá, observem isso aqui, a quantidade do que é produzida e quanto que sai

o custo médio de cada um desses atendimentos. "Ah! É porque é ineficiente". Eu não sei, de repente é o único acesso que essa população tem. Então, mantém-se esse serviço, é o que a gente chama de custo, com custo fixo elevado. Você tem um custo fixo montado, se eu atender muito, eu vou dividir esse custo por essa quantidade, mas se eu atender pouco, esse custo vai lá para cima.

E eu vou mostrar agora dados de hospitais que é a mesma lógica, o que o APURASUS vai me dar. Ele vai me dar o custo total do meu hospital, isso aqui é um hospital de 30 leitos, então, um hospital de pequeno porte. Quanto custa um hospital de pequeno porte? Nesse caso aqui, R\$ 700 mil/mês. E quem é que compõe esse custo? Aí o APURASUS, quando a gente faz a Gestão de Custo, ele vai me dar dentro de material de consumo, o que são esses materiais de consumo? Material radiológico, medicamento, material laboratorial, material de limpeza e por aí vai. Então faz com que você consiga ver exatamente o que compõe esse custo.

A gente tem essa mesma informação, só que agora, com um hospital de 150 leitos. Esse hospital de 150 leitos já pula agora, vai para R\$ 5 milhões/mês. E um hospital de 269 leitos, aí já vai para quase R\$ 23 milhões/mês. Eu não trabalhava com saúde, então para mim: "nossa!". São, tipo 23, tipo apartamento de um R\$ 1 milhão por mês que esse hospital custa, é muito? Não sei, continuo falando, eu não sei qual serviço que está prestado. E se for prestado serviço na quantidade, na produtividade que dê para poder atender e com qualidade, que bom que a gente tem esse valor para poder investir no hospital.

E aqui eu quero que vocês observem o seguinte: desse hospital, 80% é com pessoal. Não sei se vocês são servidores públicos, todo mundo que está aqui, mas quando a

crise apertada, o café, ou some ou bota quase um pó de serra para a gente tomar no lugar o café. A luz tem que apagar, pelo amor de Deus, apaga a luz! Copo descartável acabou, traz seu copo de casa; traz o extrato de tomate, faz qualquer coisa, mas, vamos economizar por que a crise chegou. Papel higiênico vira quase artigo de luxo. E aí minha gente, olha quanto que isso compõe de custo dentro do hospital. Então, é para poder gastar de qualquer forma? Não. É porque às vezes o nosso foco não está no lugar certo. Aquele profissional que não veio trabalhar, e eu não consigo mandar a falta dele para o RH lançar e descontar do salário, já que ele não trabalhou, está impactando aqui 80%.

Então, quando a gente trabalha com custo, eu sei exatamente qual é o custo do paciente não atendido; qual é o custo do paciente que passou dois, três dias no hospital, já podendo ter alta, por quê? Porque o nosso custo é outro, tipo assim, olha para o outro lado. Então, 80% de custo de pessoal, então tem que baixar isso aí? Não. A gente só tem que trabalhar de uma forma mais eficiente com esse item aí.

A gente tinha falado aqui, eu acho que o Procurador tinha comentado isso, que é a questão do administrativo, nessa Unidade aqui, que é esse gráfico, eu quero que vocês observem o seguinte: como eu tenho que pegar os centros de custo e classificar eles, o Centro de Custo é classificado em administrativo intermediário e final, aqui nesse caso, está me dizendo o quê? Que para administrar esse hospital, eu gasto 16% do custo do meu hospital total. Eu diria que é um hospital que tem um percentual bacana, de custo administrativo. Então, ele não está inchado de administrativo. A maior parte realmente está aqui, que são os finais, a assistência, o assistencial está aqui. Essa parte aqui é laboratório, lavanderia, radiologia, mas a

gente está, nesse caso desse hospital, eu consigo falar que boa parte dos recursos pegado realmente no atendimento de pessoas.

Esse aqui, esse gráfico, eu quero que vocês foquem o seguinte, eu vou falar para vocês, que está meio apagado: isso aqui é pessoal, esses dois aqui. E sabe qual é o terceiro item que mais gasta nessa Unidade? Fornecimento de alimentação. Eu lembro que há anos eu ouvi do Governador de lá da Paraíba, que não é Governador hoje, ele falava o seguinte: "a gente tem que mudar isso". Eu tenho um hospital no interior da Paraíba que a população quase toda do município vai comer lá. Se o que essa população precisa é de comida, a gente abre um restaurante comunitário e fecha o hospital, porque ele é muito mais caro. E alinha nesse. A gente tem, isso aqui é um serviço de fornecimento de alimentação terceirizado. Então, nesse hospital, se gasta mais com comida do que com medicamento, material médico-hospitalar, serviço de limpeza, e por aí vai. Então, é uma coisa: isso aqui é uma contravenção, então é algo que de repente requer um cuidado a mais, ou porque é isso mesmo. É melhor comer do que comer medicamento, não sei.

Esse é o mesmo relatório, só que é um relatório agora focado. O sistema possibilita que eu tenha o mesmo relatório por Centro de Custo. Então, nesse caso aqui é o pronto-socorro. Então eu vou saber. Assim que eu como eu sei do meu hospital quanto é que gasta com pessoal, material de consumo, eu sei daquela parte quanto é que vai para o pronto-socorro. E esse pronto-socorro, no caso, custa um milhão e duzentos, com 85% de pessoal.

E aqui é o tal da Locação Recíproca, que eu falei para vocês, possibilita que eu faça o seguinte: dentro da Locação Recíproca, o hospital é visto como um organismo, como um corpo humano. Para que ele funcione bem, todas as

minhas partes têm que funcionar bem. Então o que eu estou falando aqui é o seguinte: esse 1 milhão e duzentos que ele custa, é o que eu chamo de custo próprio, custo direto total. Só que eu preciso de uma estrutura administrativa no meu hospital funcionando para que esse hospital, esse pronto-socorro funcione bem. E eu preciso também de uma farmácia, de um laboratório, de uma lavanderia, de um serviço de nutrição e dietética, e por aí vai. Funcionado bem para eu poder também fazer com que esse meu pronto-socorro funcione bem. E com isso, a gente vai ver o quê? Que o custo desse meu hospital, do meu atendimento, que era de 342 meses, ele pula para 645. Sendo que esses 645 aqui seriam, vamos dizer, um custo global desse atendimento, já contabilizando se precisou fazer ressonância, laboratório, comer, e por aí vai.

Aqui são alguns exemplos. Então, quanto é que custa um atendimento no meu ambulatório de odontologia? Olha isso aqui: R\$ 2 mil. Quanto é que custa a minha unidade de internação pediátrica? R\$ 2 mil. O maior aqui é o UTI, que é meu paciente-dia. Custo médio de uma cirurgia: R\$ 4 mil. Custo médio de um parto: R\$ 3 mil. E vão ser essas informações aí, se eu ficar desconfortável com elas, que vai fazer com que eu melhore minha Gestão de Custo, melhore meus processos, e por aí vai.

Isso aqui é o comportamento do custo de diária de UTI durante o ano de 2018. E aqui embaixo é sua produção. Então, veja que a produção meio que se mantém e mesmo assim a gente tem uma diferença de custo alta. É por que teve erro? Não. É porque a gente está falando de saúde e os pacientes têm complexidades diferentes mesmo, para serem atendidos.

A gente, no momento, hoje, além de hospital e de UPA e do Centro de Referência, a gente tem 2, 3 grandes trabalhos

de projetos-pilotos, que é o custo para o Hemocentro. É uma estrutura bem diferenciada. A lei permite que os hemocentros públicos possam cobrar o valor que é gasto para processar e deixar o hemocomponente pronto da iniciativa privada. Então eles têm muito interesse nisso, além de melhorar os processos deles.

A gente tem outro projeto-piloto. Aqui o Centro de Referência, que eu já tinha falado para vocês. E outro projeto-piloto, que é para a atenção básica. E nesse âmbito da atenção básica, a estrutura de uma unidade básica de saúde é muito mais simples do que um hospital. E por que então a gente já não disponibilizou essa metodologia? Que a atenção básica tem particularidades que têm que ser pensadas com muito cuidado.

Então, se nos primeiros exemplos que vou mostrar para vocês, me aparece uma consulta na atenção básica de quase R\$ 500,00 o gestor, que já tem um hábito de deixar o paciente adoecer, aí é que deixa todo mundo ir para o hospital mesmo, que é mais barato tratar no hospital do que tratar na atenção básica, custando R\$ 500,00 a consulta.

Então, a gente está em momento de teste ainda. A gente vai fazer piloto no País todo, com várias representatividades regionais, para só depois, junto com a área técnica do Ministério da Saúde responsável pela atenção básica, a gente possa disponibilizar uma metodologia de custeio para a atenção básica.

Mais uns dados bem preliminares de quanto custaria uma unidade básica de saúde. Isso aqui é um exemplo de uma Unidade, um município. Então aqui, no caso, a gente tem, se não me engano, 5 equipes de Saúde da Família - aqui são todas estratégias de Saúde da Família e o daqui 1. Então, em média, está custando em torno de R\$ 100 mil cada UBS. Só

que quando a gente vai para outro município, esse valor já aumenta muito, mas aqui porque são 7 equipes de Saúde da Família, nesses maiores. E a composição é sempre essa, é uma composição de 85, sempre acima de 80% de recursos humanos. Aí então que vai ser muito mais intensivo em recursos humanos. Aqui a gente tem o custo total, quem é que compõe esse custo dessa UBS.

Aqui, quanto que custa para poder fazer a dispensação de medicamentos em uma UBS. A gente vê que são valores de R\$ 5,00 de R\$ 4,00 a R\$ 5,00. E quanto custa a Saúde Bucal? Quanto é que custa fazer um atendimento Saúde Bucal em uma UBS? Aí a gente vai ver valores de R\$ 70,00 a R\$ 140,00. Isso aqui é uma coisa, que por isso que eu falo que atenção básica requer muito cuidado, porque tem todo um trabalho preventivo que tem que arrumar uma forma de aparecer no custo porque senão você vai ao Plano de Saúde, eu não sei se o Plano de Saúde paga R\$ 100,00 por uma consulta no Odontólogo.

Então, são essas coisinhas que a gente tem que tomar cuidado antes de lançar uma metodologia para a atenção básica. E aí, não permite saber qual é o custo de uma equipe de Estratégia de Saúde da Família. Eu posso fazer o custo da equipe, aqui está saindo tem torno de R\$ 34 mil a R\$ 46 mil, só que aí a metodologia que a gente está testando, possibilita depois você abrir o custo dessa equipe, saber quem é que está contribuindo para esse custo aqui, por exemplo, de R\$ 49 mil. Então, eu vou ter a produção, o custo total do agente, do enfermeiro, do técnico de enfermagem; quanto é que cada um produz, qual a média que custa para cada atendimento de cada um desses, para saber exatamente quanto é que custa essa minha Unidade de Saúde.

Quando eu falei para vocês que a gente faz análise, monitoramento e avaliação, a gente tem um apoiador por Estado, por município, com contato constante com o relatório de inconsistências. Quando, depois de alimentado o APURASUS, a gente trabalha com oficina de padronização para que todos os hospitais trabalhem com os mesmos itens de custo, com os mesmos critérios de rateios. Então, a gente acompanha bem de perto essa atividade.

Isso aqui é um exemplo do controle que a gente faz, do acompanhamento que a gente faz, do que é lançado no APURASUS. Isso aqui deveria ser o consumo de medicamento no mês. E aí, você não tem como, em um mês, eu consumir R\$ 400 mil de medicamentos e no outro R\$ 60 mil. Então, isso aqui é um erro clássico de alimentação de sistema, sendo alimentado, talvez, pela compra, pela chegada do medicamento ou pelo pagamento, menos pela parte do consumo. E aí é o que eu chamo para vocês de Relatório Analítico das informações inseridas no Sistema APURASUS. É que é feito um relatório desses, onde são apontadas todas aquelas inconsistências para trabalhar lá naquela parte do aperfeiçoamento da informação.

E aí, gente, eu estou quase finalizando aqui, que a gente já está muito cansada. Só para deixar muito claro que a gente está falando de eficiência o tempo todo. Mas, a gente, no Sistema Público de Saúde, e o nosso Sistema tem diretrizes, tem princípios, tem aqui o exemplo de quatro deles. Então, esses princípios vêm sempre em primeiro lugar. E aí, tipo, tem uma frase que é clássica, que na Saúde muitas vezes devemos abrir mão da eficiência para viabilizar o acesso, eu acho que é o caso muito claro de vocês, quando a gente tem município muito afastado. Não tem porque eu descobrir que o Hospital é ineficiente e mandar fechar ele, porque é o único acesso de saúde da população.

Então, o nosso discurso não é eficiência pela eficiência. E aí, falando das barreiras da Gestão de Custo, qualquer lugar seja público ou privado, quando pensa em fazer Gestão de Custo à gente tem barreiras. A gente precisa de investimentos, a gente precisa de pessoal para fazer isso, precisa de sistema, precisa de mudança, mas quando a gente fala de setor público, romper barreiras políticas e culturais tem sido a nossa maior dificuldade.

Então, a implantação da Gestão de Custo é um desafio. Não acho que seja simples fazer, porque se a gente partir dessa premissa que é simples e fácil, a gente vai barrar nas dificuldades e vai parar. Então, já começamos saber do que é um desafio. Então, a utilização do APURASUS requer organização de processo e de trabalho, sistemas estruturantes funcionando. O que é isso? Um sistema para eu falar quanto que eu consumo de medicamento, quanto que é o meu RH e por aí vai. Descentralização de informações. Então é a Secretaria que compra? A Secretaria tem que descentralizar essa informação para as Unidades; pessoal com dedicação para poder fazer isso, infelizmente, essa não é a realidade das nossas Unidades de Saúde.

Então assim, para os entes que já aderiram ao PNGC, as maiores dificuldades, isso já foi colocado aqui pelo pessoal do Amapá, mas falta de apoio da alta gestão da Unidade. Muitos Secretários que aderem, mandam lá o pedido para aderir depois nem lembra que está sendo feito dentro da sua própria Secretaria. Falta de condição de trabalho para os Técnicos dos NES e reconhecimento do trabalho desenvolvido e falta de valor de uso das informações geradas. Aí pegou o trabalho todo feito e não adiantou nada.

Então, até isso eu coloco como um apelo para os gestores, para os Secretários de Saúde para valorizar o

trabalho que é executado com tanta responsabilidade dentro das Secretarias de Saúde de vocês.

Aqui, várias informações de como eu posso utilizar a informação de custo para conhecer minha Unidade. Acredite, poucas unidades sabe o que faz, como faz, quanto faz, para quem faz.

Mapeamento dos processos, detectar desperdício, determinar custeios de serviço, subsidiar a decisão. Às vezes, a Gestão de Custo nem chega ao final, mas só de já começar a organizar o processo, saber o que produz, já é um grande avanço.

Então, melhoria de resultado, transparência na Gestão Pública, lá no início do Programa a gente fala que a geração da informação é para o gestor. Mas gente, a população tem direito de saber isso. Então, transparência na Gestão Pública.

Aperfeiçoamento da Gestão Estratégica, tomar decisão, redução e controle de custos também; melhoria de gestão orçamentária e financeira, aprimoramento na maneira de avaliar os Programas.

E por que fazer parte desse PNGC? Minha gente, se vocês forem ao mercado saber quanto custa um sistema para poder utilizar em uma única Unidade, vocês vão cair para trás, porque é acima de R\$ 50 mil por cada hospital. E quando parar de pagar a licença acaba.

Então o Sistema é desenvolvido pelo Ministério da Saúde sem ônus para os entes Federados, de fácil usabilidade, suporte técnico e operacional pela equipe do Ministério da Saúde e das Secretarias envolvidas. Uma vez organizados os processos e coletados os dados, resultados rápidos de fácil interpretação, como aderir ao PNGC? O

Secretário de Saúde Estadual ou Municipal, então assim, observe que a gente não faz a adesão de Unidade de Saúde, a adesão é da Secretaria de Saúde. Tem que ter uma equipe, deslocar, escolher, destacar uma equipe para poder acompanhar isso e, se possível, oficializar o Núcleo através de uma Portaria ou de outro instrumento.

Escolher as Unidades participantes com seus respectivos responsáveis. Então, eu tenho que ter a equipe dentro da minha Unidade de Saúde que vai fazer isso, mas eu preciso também ter quem serão as Unidades e quem é a pessoa, o ponto focal dentro dessa Unidade, porque é essa pessoa aqui que alimenta o sistema. Solicitadas ao Ministério da Saúde via ofício, já com indicação desses responsáveis. E eu coloco quatro aqui sem esforçar para cumprir a parceria, porque o tanto daqueles outros entes que já solicitaram a adesão ao Programa, que a gente manda a equipe para capacitar, a gente liga, a gente acompanha. Tudo isso é recurso público, minha gente, que a gente emprega nisso e não tem resultado nenhum. Então, uma vez que solicita a adesão ao Programa, se esforce para fazer funcionar.

Então, a Gestão de Custos no SUS é possível sim. A gente tem que ir nessa linha de alcançar um SUS mais eficiente e eu acho que vocês podem sim, parte disso. Venham fazer parte disso junto com quem já faz, junto com o Ministério da Saúde. Entendo que independe, como foi dito pelo deputado, de partido, de Poder, de qualquer coisa. Eu acho que é uma junção de pessoas querendo ter um Sistema Público de Saúde mais eficiente.

Então, é isso. Muito obrigada pela atenção de vocês e estou disponível para perguntas e questionamentos. Podem discordar de tudo também que é válido. Agora, discordar por discordar não vale. Tem que falar que não gostou por conta

disso e disso e, de preferência, dar uma solução também que a gente está disponível para isso. Brincadeiras a parte, obrigada demais pela atenção de vocês.

A SRA. ELAINE REGINA PEREIRA MAIA (Mestre de Cerimônias) - Registramos e agradecemos a presença do senhor Vereador Mailson de Oliveira, Vice-Presidente da Câmara Municipal de Alvorada d'Oeste.

O SR. EYDER BRASIL (Presidente) - Gostaria de agradecer aqui a presença do senhor José João, Secretário Municipal de Saúde do Município de Alvorada d'Oeste. Obrigado pela presença. Registrar e agradecer também a presença do senhor Elcio Dourado, da referência Mais Médicos do Ministério da Saúde. Registrar e agradecer também a presença da senhora Elaine Chaves, Secretária Adjunta da Secretaria de Saúde do Município de Espigão d'Oeste. E agradecer também e registrar a presença do senhor Waltinho Lara, Vice-Prefeito do Município de Espigão d'Oeste.

Eu acho que eu estou roubando a sua função Elaine. Brincadeiras a parte. Elaine, pode continuar com o cerimonial. Gostaríamos de dar prosseguimento as falas das autoridades presentes aqui à Mesa e quero convidar a senhora Vera Lúcia Quadros, Presidente do Conselho de Secretários Municipais de Saúde - COSEMS.

A SRA. VERA LÚCIA QUADROS - Como é bom fazer parte do SUS, não é? Quero cumprimentar a Mesa na pessoa do Deputado Eyder Brasil, por ter trazido aí a equipe para fazer explanação dos gastos e custos da Saúde, que nós sabemos

que é um gargalo muito grande. Eu já tenho 30 anos de gestão municipal e estadual também, e sabemos da dificuldade de cada gestor.

Nós aqui no Estado somos 52 municípios. O nosso Secretário, em nome do Waltinho e do João, quero cumprimentar todos os Secretários que não estão aqui presentes, Deputado, porque hoje nós temos reunião da CIB. Nosso Vice-Presidente ficou lá acompanhando para que eu pudesse estar aqui presente.

Muito obrigada à equipe. Nós sabemos que alguns municípios não fazem esse trabalho, mesmo o Estado tendo a dificuldade enorme por ser uma Região Norte, aqui o Estado de Rondônia. E temos dificuldades, nós temos municípios a 960 km da capital. Temos várias comunidades ribeirinhas e quilombolas e nós mesmos, em São Francisco, nós temos, de barco, nós levamos 6 horas de barco, no motor 90 para chegar a uma comunidade quilombola. Então, a dificuldade é muito grande.

Sabemos que o recurso federal é muito pouco, do Estado também. Hoje, eu falava esses dias na CIB, hoje a equipe, cada equipe recebe R\$ 4 mil. Você fazer Saúde com R\$ 4 mil é muito pouco. E os municípios de Rondônia, a maioria chega a passar mais de 20% na Saúde. Têm municípios pequenos que passam 33% para a Saúde. Nós sabemos que hoje os técnicos especializados, principalmente médicos, são muito caros.

Nós trazemos toda semana, tem um desfile de ônibus na BR, trazendo pacientes para a capital, porque não conseguimos contratar médicos para os municípios, porque é muito caro. A folha, os prefeitos sofrem com a folha, principalmente da saúde, pelo gasto que é muito grande, e nós sabemos disso. Mas, hoje assim, nós também sofremos um

gargalo muito grande. Eu gostaria muito que o promotor estivesse aqui, é a judicialização da saúde.

Ontem, nós estávamos na reunião com o Secretário de Estado, e no momento chegava - não é, Elson? - sete mandatos judiciais para ele cumprir e que muitas vezes o paciente tem dinheiro, contrata o advogado, ele vai para uma unidade hospitalar particular e os nossos juízes mandam a sentença não só para os Secretários, Deputado, Secretário de Estado, mas Secretário de município, para cumprir a decisão judicial, em 30 minutos, em 24 horas, em 48 horas e nós temos que cumprir. Às vezes, buscamos dinheiro da própria atenção básica, que nós não vamos ser presos. Isso nós achamos um absurdo!

Nós Secretários sofremos muito com isso, porque você tira o dinheiro para atender diversos pacientes, para atender um mandato judicial. E, muitas vezes, as pessoas humildes estão esperando na fila, mas você tem que atender o mandato judicial. Nós precisamos sentar com a Assembleia, com os Poderes e ver isso, que é um sofrimento muito grande - não é, João? - para nós municípios, nós que sofremos.

Vocês não têm noção o quanto os gestores sofrem. Nós, às vezes, vamos para o Congresso, e isso é em todo Brasil, em todo o Brasil, o sofrimento dos Secretários. Porque nós estamos lá na ponta, é onde batem a nossa porta e sabem onde nós moramos que o município é pequeno, e chegam a nossa porta e bate duas horas da manhã, três, quatro, qualquer horário. Porque hoje o gestor tem que gostar do SUS. Eu sou uma defensora desse programa, que é um programa que eu acho ótimo. Eu não tenho, nós que somos pacientes do SUS, usamos o SUS, eu não tenho UNIMED, eu tenho SUS. E quando eu fico doente é lá que eu vou ao SUS. Por isso, eu defendo o SUS de unhas e dentes e não pode nunca acabar.

Então, a gente precisa mesmo economizar. Precisamos economizar, mas precisamos ter dinheiro novo, para que a gente possa atender a saúde melhor. Não só dinheiro do Governo Federal, mas, sim, do Estado. Porque muitas vezes, gente, nós temos mais oito anos, nós temos cirurgias de alguma especialização cinco a oito anos sem fazer. Nós temos cinco anos que nós não temos cirurgias de cataratas. Nós temos cinco anos que está lá uma fila de cirurgia de joelho. E a gente quer fazer economia, mas, aí, os técnicos, os especialistas, não querem vir trabalhar no concurso do Estado e nem do município. E acaba o Estado, sendo refém e ter que contratar terceirizado pelo preço que eles querem vir, porque eles não aceitam trabalhar no serviço público.

O nosso Secretário, Dr. Fernando, que está fazendo um trabalho brilhante no nosso Estado, esses dias teve que contratar leitos de hospital por seiscentos e poucos reais. Ele queria? Não, mas ele foi obrigado, porque se hoje ele não tiver, não tirar do hospital nosso João Paulo, 60 pacientes/dia, o paciente vai para o chão, porque não vai ter leito. Então, é uma dificuldade muito grande. E nós precisamos do Estado, precisamos do Governo Federal e precisamos de recurso novo na saúde.

Nós municípios, a maioria, a maioria, eu conheço todos os municípios do Estado de Rondônia. Então, nós, a maioria dos gestores faz atenção básica, porque é o alicerce de tudo. Nós precisamos fazer uma atenção básica para que não chegue ao hospital.

Hoje no Estado, nós temos mais de 60% das nossas Unidades de Saúde planejadas. Nós já estamos fazendo a planificação no Estado de Rondônia e já estamos quase terminando. Faltam três Regiões para que a gente possa terminar e ter 100% das nossas Unidades com a planificação

pronta. E essa planificação vem, também, para a gente diminuir os gastos. Porque você sabe como atender o paciente. Na planificação entra dos serviços gerais até o médico, para saber economizar. Então é muito importante a vinda de vocês. Com certeza a gente vai levar para o COSEMS, vamos discutir. Muito obrigado, deputado, de Vossa Excelência ter trazido a equipe, uma explanação muito boa. E a gente precisa somar conhecimentos, é isso que nós precisamos.

Quero aqui agradecer ao meu amigo Igor, que também é representante do Ministério; Elson do Mais Médico, que é parceiro nosso, que a gente tem um COSEMS, assim, recheado de pessoas boas e pessoas que querem fazer o SUS, que querem fazer o SUS funcionar. Então nós precisamos mesmo, e queremos somar com vocês que estão aqui. Com certeza os Secretários vão achar muito bom, porque todos querem fazer a diferença e economizar e tocar a Saúde de Rondônia com o dinheiro que nós recebemos. Porque, hoje, para você fazer parte do SUS, para você trabalhar na Saúde você tem que gostar do ser humano, você tem que gostar de fazer saúde, você tem que ser humano principalmente. Você tem que ver a necessidade dos nossos pacientes que vêm do interior, a maioria. Então você tem que gostar de doente. E isso eu faço com muito carinho, porque o defendo SUS, defendo a população de Rondônia e por isso eu trabalho na Saúde.

Muito obrigada a todos vocês. E com certeza vocês vêm enriquecer o nosso conhecimento em Rondônia. Muito obrigada a todos.

O SR. EYDER BRASIL (Presidente) - Parabéns Vera, Presidente do Conselho de Secretários Municipais de Saúde.

Neste momento eu convido o senhor Nélcio de Souza Santos, Coordenador Técnico, Administrativo e Financeiro da Secretaria de Estado da Saúde, neste ato representando o Secretário de Saúde Dr. Fernando Máximo.

O SR. NÉLIO DE SOUZA SANTOS - Bom dia a todos. Chamo-me Nélcio, e estou como Coordenador Administrativo Financeiro lá na SESAU. Estou aqui representando nosso Secretário Fernando Máximo, que está na Conferência de Saúde, que termina hoje. E parabenizar aqui o Deputado Eyder pela iniciativa de trazer essa explanação e o conhecimento deste programa que para nosso trabalho na Secretaria de Saúde seria extremamente importante, para tomada de decisão e, principalmente, como ferramenta de planejamento estratégico dentro da área de Saúde.

Como formação de Contador, estou assim como a minha amiga Michele que está ali, isso nos salta os olhos e nos dá uma empolgação, que os contadores adoram trabalhar com o tipo de ferramentas dessa natureza. Porque é o que nos faz mostrar a realidade da economia e dos gastos dentro da administração pública e privada, também. Muito importante saber que existem ferramentas desta natureza e que podemos contar com ela para nosso dia a dia.

Como servidor público do Estado, que sou técnico de formação e de natureza no Estado, estou hoje como administrador, como gestor, mas sou técnico. E nesses anos que tenho labutado na administração pública dentro do próprio Estado, é muito difícil ver ferramentas que nos faça ter o pleno conhecimento de todos os gastos que há dentro da administração pública.

Eu não tinha ainda trabalhado na Saúde, e comecei a trabalhar na SESAU este ano, e estou empolgado lá com a

função que tenho desempenhado. Só que a grande dificuldade dentro da Secretaria de Saúde é exatamente saber os custos que nós temos e os gastos que nós temos na ponta, nos hospitais. Porque muitas vezes, sem a gente saber os custos e o que realmente está sendo aplicado e o que está sendo gasto realmente, com a população, a gente não sabe a dimensão do que, realmente, é necessário dentro da Saúde e acaba gastando mal.

E, interessante dizer também, quando a gente fala em gerenciamento de custo, às vezes, cria algumas, vem logo o gerenciamento de custos, vem logo para a população reduzir gasto nas aquisições. Reduzir preço de custo. E, às vezes, gerenciamento de custo não é isso. É gastar bem. É gastar com eficiência. Não quer dizer que gerenciamento de custo seja comprar um objeto pelo preço menor. Quando a gente vê lá na Lei nº 866, quando ela fala em aquisição que a administração deve selecionar a proposta mais vantajosa, ela não quer dizer que a proposta mais vantajosa seja aquela proposta mais barata e sim a que melhor atende as necessidades da administração e da população em si.

Isso, na saúde, deveria ser perseguido com mais dedicação pelos gestores, porque muitas vezes a gente vê o gestor, e até com a pressão mesmo dos Órgãos de Controle Interno e Externo, é comprar pelo custo mais barato e, às vezes, o mais barato não é o mais eficiente.

A exemplo, esses dias, essa semana estava conversando com um médico e ele me relatando que o Estado, às vezes, por intervenção do Tribunal de Contas ou da Controladoria Geral do Estado ou de outro Órgão de Controle Externo, acaba adquirindo um produto e esse produto vai, ele compra esse produto numa caixa de 10 unidades e dessas 10, ele consegue utilizar uma porque é um produto de má qualidade. Um produto de má qualidade e que acaba gerando, barato na

hora da compra, mas acaba gerando um custo maior para a administração. E para essas coisas seria interessante a gente ter uma ferramenta que nos mostrasse isso para melhor gerir os gastos públicos, principalmente, na área da saúde.

Outro exemplo que ele me deu é o exemplo de um remédio que custa R\$ 58,00 e que esse remédio sendo aplicado no paciente, o paciente fica menos tempo internado no hospital, enquanto o outro remédio mais barato, o paciente fica 3, 4, 5 dias no leito de hospital esperando a recuperação. O que é mais eficiente no gasto? O remédio mais caro que custa R\$ 58,00 ou o remédio mais barato que vai deixar o paciente 3 dias, 4 dias, 5 dias no hospital, ocupando um leito que poderia ser utilizado para outro? Essas coisas nós temos que colocar na ponta do programa. Hoje não se fala mais na ponta da caneta, é do programa, para a gente gerir com eficiência na saúde do nosso Estado.

São essas coisas que a gente deve perseguir e temos que adotar dentro do nosso Estado de Rondônia e nos municípios do Estado para a gente poder fazer uma saúde com eficiência e qualidade para toda a população.

Não vou me estender muito, só quero parabenizar o Deputado pela ação e deixar claro aqui que para adotarmos isso no planejamento estratégico, essas ferramentas, hoje, têm que ser adotadas através de legislação e determinação. Porque às vezes, nós adotamos uma ferramenta dessas e nós estamos hoje como gestores, mas a gente sabe que a mudança de gestores é muito rápida e você não tem a garantia de que você hoje é gestor e amanhã será. Às vezes, o outro gestor entra e entra com outro pensamento e acaba deixando a ferramenta de lado, esquecida, uma ferramenta importante que ajudaria muito na administração, e seguindo para outro caminho e esquecendo o que foi implantado ou o que está em andamento, Deputado. Isso seria muito importante e

interessante que fosse adotado realmente, se for adotado no Estado de Rondônia que seja através de uma legislação e uma determinação para que não haja descontinuidade. Porque o grande problema do Planejamento Estratégico na Administração Pública é a descontinuidade da gestão.

Eu agradeço a todos, a palestra foi muito boa, muito interessante e uma pena que veio a calhar no mesmo dia da Conferência, porque lá estão todos os gestores e seria interessante que todos eles pudessem ver a eficiência desse programa e o que ele pode mudar na Gestão de Custo dentro das Prefeituras, nas Secretarias Municipais de Saúde, nos Hospitais e outros órgãos que trabalham com a saúde.

Muito obrigado a todos e agradeço pela participação e pela palestra que tivemos nesta manhã. Muito obrigado.

O SR. EYDER BRASIL (Presidente) - Obrigado, senhor Nélcio de Souza Santos, Coordenador Técnico Administrativo e Financeiro da SESAU.

Só comentar a fala aqui, Nélcio. Após a conclusão desta Audiência Pública, o nosso gabinete enviará ao Poder Executivo, a indicação formal da Implantação do PNGC no Estado de Rondônia. Então não criamos um planejamento, um passo à passo, onde o primeiro passo seria a realização desta Audiência Pública e na próxima semana vamos enviar ao Poder Executivo, lógico, passando por esta Casa de Leis, pela aprovação desta Mesa Diretora a indicação ao Chefe do Executivo pela implantação do PNGC dentro da SESAU, dentro do Estado de Rondônia.

Convido à senhora Michelle Daiane, da equipe de Planejamento da SESAU a fazer uso da palavra, pelo tempo de 3 minutos.

A SRA. MICHELLE DAHIANE DUTRA - Bom dia a todos. Quero agradecer ao Deputado pela oportunidade e, na verdade, eu pedi a palavra para pergunta, mas eu só queria fazer uma colocação. Eu hoje estou na Coordenação de Planejamento Orçamentária na SESAU. Aqui no Estado é um pouco confuso a situação de planejamento, a estrutura com que foi criada, a gente meio que disputa o planejamento entre a Assessoria Técnica e o Planejamento porque ele ficou muito focado no orçamento e a questão da estratégia ficou mais com a assistência, com a Assessoria Técnica.

Ontem, eu fui palestrante na Conferência e a gente estava falando exatamente sobre o subfinanciamento do SUS. E eu confirmo e concordo que o SUS é subfinanciado quando a gente analisa, considerando todas as esferas de governo, a gente tem aplicação per capita de R\$ 1.200,00 no ano. Então, é realmente pouco dinheiro para gerir esse colosso. Mas a minha pergunta é especificamente para o pessoal do Amapá, que eu estou bem interessada, até, Deputado, a gente está alinhado, porque eu destaquei um técnico em março, um estatístico da SESAU, porque eu ouvi falar do APURASUS. E eu o destaquei, e falei: "estuda e depois você me dá um feedback". A gente ficou de sentar em junho agora, para ele me apresentar, a gente não teve esse momento ainda por conta da Conferência, mas eu já estava atenta nessa situação. E eu estou achando maravilhoso esse momento aqui e essa iniciativa do Deputado, assim, eu estou achando brilhante tudo isso.

Mas a pergunta para o pessoal do Amapá é exatamente sobre a estrutura. Como que funciona a estrutura administrativa de vocês para implementar esse sistema. Inclusive, você falou que há uma Coordenação de Planejamento e que existem os núcleos dentro da Coordenação de Planejamento. Como que funciona esse planejamento?

Porque hoje, na SESAU é planejamento, é orçamento, são convênios e a gente tem uma grande dificuldade com RH, que eu acredito também deve ser a dificuldade de vocês. Como vocês têm 16 municípios dentro do Estado, como é que funciona, como que funciona o RH de vocês, a estrutura administrativa para conseguir implantar esse programa? E aí, para eu fazer esse espelho com 52 municípios que a gente tem e com a estrutura que é a execução mesmo da saúde, que é a rede do Estado.

O SR. JOSÉ LUIZ LEITÃO - Na Secretaria, na SESA, na Secretaria de Estado de Saúde, existe uma divisão. Ela foi dividida agora em Coordenadorias e a Coordenadoria de Planejamento, que é a COPLAN, da qual nós fazemos parte, ela centraliza, nela está contido o Núcleo de Economia e Saúde. Com relação à questão financeira, ela já está em outra Coordenadoria, que na verdade não é uma Coordenadoria, é o Fundo Estadual de Saúde, o FES, que também está na Secretaria de Saúde. A Coordenadoria de RH já é outra Coordenadoria. Conosco somente se concentra a questão do Planejamento e o Núcleo de Economia em Saúde está contido no Planejamento da SESA do Amapá. Planejamento Estratégico. A equipe do Núcleo de Economia em Saúde hoje são quatro pessoas, mas a gente está querendo aumentar, porque os nossos tentáculos estão indo mais longe e a gente está querendo aumentar essa equipe aí.

A SRA. ANÉSIA NUNES - Inclusive eu sou uma dessas técnicas que ele está puxando. Essa área, eu trabalho com tudo dentro do Planejamento, sou técnica, não tenho cargo e estou vindo. Eu estava falando para ele, eu estou sendo convidada para ir para a atenção básica, para ir não sei

para onde e ele, estrategicamente, está me puxando. Não necessariamente sejam os técnicos do Núcleo único, mas a gente utiliza toda uma equipe, que quem tem a informação, onde está passando, ela presta esse serviço para a gente.

Então, necessariamente não precisa ter uma grande equipe, porque como colocou, acaba encarecendo, não funciona e aquilo que disseram aqui, aquele serviço pode não ser o interesse do próximo gestor. Aí vai ficar como, se criar estrutura, principalmente de cargo, essa coisa toda? Acho que tem que trabalhar com o que tem realmente dentro da Unidade.

O SR. EYDER BRASIL (Presidente) - Quero convidar o senhor Marcondes Santos, da Fox Comunicação para fazer uso da palavra. Ainda se encontra aqui? Acredito que não. Alguém na plenária gostaria de fazer o uso da palavra, participar, alguma dúvida, alguma pergunta? Acho que essa hora a fome fala mais alto.

Então, vou fazer o uso da palavra, já encaminhando para o final da nossa Audiência Pública. Quero aqui agradecer a todos os presentes, todos que estiveram conosco até o presente momento, em virtude da importância desse assunto, desse tema que é muito relevante.

Quero dizer aqui, como eu falei no início, a política, a gestão está em evolução e hoje não podemos mais gerir, ser representantes do povo de forma amadora, precisamos ser profissionais. Precisamos usar de ferramentas profissionais, de gestão e controle, e o PNGC é isso. É uma ferramenta muito importante, apesar de não termos, como entes públicos, a finalidade e o objetivo de gerar lucros, mas temos a responsabilidade com o erário e fazer as devidas economias. Porque aquilo que é economizado em uma

pauta, pode ser muito bem revestido em outra, inclusive, na própria saúde. Acredito que em todo o nosso País e aqui eu falo com conhecimento de causa aqui da nossa Porto Velho, do nosso Estado de Rondônia, a saúde é o nosso calcanhar de Aquiles, Coordenadora. Acredito que isso se passa também em muitos outros Estados da nossa Federação.

Enfim, alguém falou aqui que ia mexer na zona de conforto, foi o Promotor Marcos Valério. Fazer medição, fazer mensuração é mexer na zona de conforto, sobretudo dos servidores e também dos fornecedores. Quando você começa a mexer no bolso de alguém, esse alguém começa a dar alguns pulos e se tornar resistente às mudanças, à quebra de paradigmas. Mas tenho certeza que, assim como o Governador do Amapá, como o Governador aqui do nosso Estado de Rondônia, o Governador de Santa Catarina e o nosso Presidente Jair Bolsonaro, o povo nos elegeu para que nós façamos essa mudança, sem nos preocupar com "a", "b" ou "c", e sim voltar nossa atenção para o povo.

Se não temos condições e precisamos diminuir a carga tributária do nosso País, do nosso Estado, então temos que gerar receita através de economias, ou seja, muito bem utilizar o recurso público, que é tirado do suor do povo brasileiro. É o povo brasileiro que mantém essa máquina funcionando.

Então precisamos diminuir essa carga tributária, mas em contrapartida precisamos gerar economia para fazer os investimentos necessários. Isso é muito importante. O PNGC é a solução para todos os problemas da saúde? Não. Temos certeza que não. Não somos bobos nem ingênuos de achar que a implantação ou a implementação do PNGC vai ser a solução para os problemas da saúde do nosso Estado, dos nossos municípios. Não vai ser. Mas é uma ajuda significativa para

que nós possamos melhorar a saúde pública. E ela se passa através de processos.

O PNGC, como a Coordenadora falou, não é um sistema que, por si só, vai resolver. Precisam ser mapeados os processos. E aqui eu lembro bem dos meus 21 anos de serviço militar. Por que no Exército funciona? Porque lá é obrigatório. Lá a missão dada é missão que tem que ser cumprida. E a missão era fazer a medição de custo, mensuração de custos, fazer um mapeamento de processo, repensar os processos que eram realizados desde a época de Duque de Caxias até hoje, têm que ser repensados. Precisamos mudar. Precisamos fazer uma releitura do que vínhamos fazendo. Isso nós temos pensado muito bem. Não à toa, o Coronel Marcos Rocha cortou contratos da ordem de R\$ 10 milhões, que não serviam para nada. Então isso é fazer uma releitura. Isso é sair da zona de conforto. Isso é incomodar "a", "b" ou "c", visando o bem maior, o bem coletivo.

Quero aqui deixar disponibilizada toda a minha equipe aos integrantes das equipes do Ministério da Saúde, da SESA, da pessoa do nosso amigo Fernando Máximo. Foi me trazido, através de nosso assessor, Pedro Ferro, a quem eu quero parabenizar por ter essa visão. Como a Vera falou, são pessoas que gostam de fazer saúde. O Pedro é uma delas, por isso, ele está em nossa equipe. São pessoas especiais, diferenciadas, que gostam de fazer saúde. Então, as pautas que nós temos apresentado, a questão da área de saúde, como é o PL 113, que visa dar transparência e publicidade aos exames, consultas e procedimentos cirúrgicos, para acabar com essa história de fura-fila. Visitando Guajará-mirim aqui, na pessoa de meu amigo Humberto, morador lá daquele município, fronteira com a Bolívia, conheci a história do Walmir, um amigo nosso, que há 2 anos está na fila de

espera para uma endoscopia e todos os dias acontece essas endoscopias aqui no Estado, na porta do Hospital de Base. Então, é inadmissível que um morador, um munícipe, um rondoniense passe mais de 2 anos esperando uma endoscopia.

Então, apresentamos um projeto de lei, onde o Secretário de Saúde tem que dar transparência à fila de espera. A regulação tem que passar por uma releitura. Até nisso, até no sistema de regulação, tem alguém tirando vantagem, tem alguém lucrando com a regulação, com o sofrimento do povo. Isso nós não vamos compactuar. Conversando, já apresentando esse projeto ao Fernando Máximo, ele falou inclusive, Nélcio, que já estava conversando com o Promotor de Saúde a respeito disso, criar uma forma que isso acontecesse. E nós estamos apresentando, através do nosso Projeto de Lei 113.

A Saúde, como volto a falar, é o nosso calcanhar de Aquiles, e o nosso gabinete, tenho certeza que vai apoiar e muito o Secretário de Saúde Fernando Máximo, o nosso Governador e deixo aberto, Vera, para todos os Secretários de Saúde dos municípios. Estamos aqui para somar, sem querer saber se o Secretário ou Prefeito é de partido "a", "b" ou "c". Nós temos a responsabilidade e o compromisso com o povo de Rondônia, não com siglas partidárias. Estamos aqui para fazer a diferença, mas fazer a diferença pelo povo, pela coletividade.

Quero agradecer os meus amigos que vieram lá de Amapá, ao Valdez, que tem uma visão futurista de Brasil, grandiosa, já está no quarto mandato, então vê a diferença que o Amapá está fazendo, está promovendo. Queria agradecer aqui a Maciene também por ter se disponibilizado. O Pedro me falou que no primeiro contato feito lá com Brasília, já de pronto, ela já atendeu o nosso pedido e está aqui hoje em Porto Velho fazendo, nos brindando com esse enorme

conhecimento que ela adquiriu e quero parabenizar por estar fazendo a diferença. Não é fácil, é difícil. Para quem não é da área da economia, da contabilidade, da administração e muitos Secretários não tiveram oportunidade de se aprofundar nesse conhecimento, eu sei que vai ser difícil. É um dos obstáculos que vocês colocaram ali, a resistência de gestores, mas enfim, precisamos seguir em frente e firmes nessa mudança, uma mudança que vai gerar economia e novos investimentos para a área da saúde.

Quero aqui, invocando a proteção de Deus e em nome do povo rondoniense, declarar encerrada a presente Audiência Pública. Muito obrigado a todos e que Deus nos abençoe.

(Encerra-se esta Audiência Pública às 12 horas e 24 minutos)

(Sem revisão dos oradores)