

## ***Relatório da Comissão de Municipalização do Hospital Ouro Verde***

### ***1. Histórico***

O Complexo Hospitalar Ouro Verde, composto pelo Hospital, Pronto Socorro e o Ambulatório de Especialidades, teve a sua construção iniciada em 1991. Em 1996 iniciou o funcionamento do Pronto Socorro e em 1997 do Ambulatório de Especialidade, totalmente sob gestão da Secretaria Municipal de Saúde, responsável pela contratação de pessoal, compra de equipamentos, material de enfermagem, medicamentos e demais insumos para o seu funcionamento. O setor de internação, o Hospital propriamente dito, teve sua construção iniciada em 2006 e concluída em 2008, com capacidade de aproximadamente 200 (duzentos) leitos.

Não obstante ter sido totalmente financiado com recursos públicos, provenientes do Ministério da Saúde e do município de Campinas, a Prefeitura Municipal de Campinas não hesitou em entregar a sua gestão a um terceiro, a Sociedade Para o Desenvolvimento da Medicina – SPDM, alegando que a iniciativa privada seria mais competente para a administração do complexo.

Para tanto, se firmou um Convênio em 05/06/2008 com aquela instituição, através da qual transferia à sua responsabilidade a gestão dos serviços de internação (hospital), de pronto socorro e ambulatoriais.

Desde o primeiro momento tal decisão foi contestada por parte da Sociedade Civil, sendo inclusive juridicamente questionada através de ações populares.

Também o Ministério Público Federal questionou a forma pela qual se deu o convênio entre as duas instituições e recomendou que o município devesse realizar licitação na modalidade típica legal, o que ocorreu em agosto de 2010, através de um Chamamento Público (Seleção Pública), saindo-se vencedora a mesma SPDM que já fazia a gestão do Complexo. Naquele momento foi assinado um Convênio com duração de 06(seis) meses, aditado posteriormente, com nova proposta financeira e novo plano de trabalho.

Cumpra aqui assinalar que, apesar desses convênios e seus aditamentos com reajustes financeiros a maior, o Hospital sempre trabalhou ofertando leitos abaixo de seu potencial, com amplas áreas vazias e com equipamentos e móveis parados. Isto não deixa de ser paradoxal, numa cidade e região que, apesar de ser uma das mais ricas do país, tem pacientes em macas dos pronto-atendimentos (São José, Campo Grande, Anchieta e Centro), Pronto-socorros hospitalares (Unicamp, Pucc e Mário Gatti), além dos corredores de hospitais públicos (Unicamp e Mário Gatti) e o conveniado da Pucc.

Hoje a situação é a mais grave já enfrentada na relação entre a Secretaria de Saúde e a SPDM. Não obstante tenha sido apresentado ao Conselho Municipal, Ministério da Saúde e Colegiado de Gestão Regional (CGR), em outubro de 2011, uma nova proposta de Termo Aditivo, com ampliação de leitos e serviços, até o momento isto não aconteceu. Este novo plano de trabalho, através da contratação de mais leitos clínicos e de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), colocaria o Hospital funcionando na sua máxima potencialidade e com novos serviços de importância regional, como a Unidade de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), a Unidade de Acidente Vascular Encefálico (AVE) e a Unidade de Cirurgia Ambulatorial. Cômico de sua responsabilidade social o Conselho Municipal de Saúde o aprovou, condicionando-o a que

sua Gestão fosse retomada pelo poder público. Contudo, não obstante desde aquela data o Fundo Municipal de Saúde esteja recebendo recursos do Ministério da Saúde com esta finalidade, até o momento o Termo Aditivo não foi assinado. Estes recursos, de aproximadamente R\$ 2.600.000,00 (dois milhões e seiscentos mil reais) mensais, já estão sendo depositados desde outubro de 2011, acumulando, portanto, uma quantia aproximada de R\$ 13.000.000,00 (treze milhões de reais).

Embora, em algum momento tenha sido imputada ao Conselho Municipal de Saúde e aos gestores da Secretaria Municipal de Saúde, a responsabilidade pela não assinatura do Termo Aditivo ao Convênio, esta não é a realidade. Segundo informações da Secretaria de Saúde, a própria SPDM declara que somente assinará o termo aditivo após o pagamento de uma suposta dívida.

Ainda segundo a Secretaria de Saúde, ela só obteve a documentação pertinente aos dados financeiros para melhor entender a natureza da suposta dívida após intimação por escrito. No entanto não encontrou subsídios claros nos documentos apresentados para que pudesse fazer seguramente uma confissão de dívida, que atendesse aos princípios de transparência e legalidade que devem nortear a gestão pública. A Secretaria sugere, portanto, que a suposta dívida seja objeto de uma auditoria interna realizada pelo Núcleo de Prestação de Contas da SMS, e que neste íterim fosse assinada o Termo Aditivo em questão, permitindo a abertura imediata de novos leitos e serviços.

De outro lado, este novo plano de trabalho a ser apresentado pela SPDM, pode ser diferente, pelo que sabemos, daquele já apresentado e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde em outubro, em nome do princípio de transparência e do controle social, o CMS entende que deverá ser reapresentado ao CMS, ao Ministério da Saúde e a Bipartite e deverá obedecer as exigências legais da administração pública e contemplar as necessidades assistenciais apontadas pela Secretaria Municipal de Saúde.

Em função desta situação, um drama se desenrola na cidade: embora haja uma demanda imensa por leitos hospitalares, segundo informações da imprensa local o Hospital Ouro Verde trabalha com apenas 40% da sua capacidade. E, segundo denúncias que tem chegado ao Conselho Municipal, embora a SPDM esteja recebendo os recursos contratados por parte da Secretaria de Saúde, têm mantido leitos fechados por questões administrativas, entregando ao uso da população menos ainda que o contratado (vide relatório da Central de Regulação). Isto, a nosso ver, gera um ciclo vicioso, no qual a SPDM não entrega o contratado e a Prefeitura não deverá repassar o recurso “cheio”, glosando parte correspondente ao não cumprimento das metas. Ora, menos recursos, menos possibilidade de entregar o contratado, mais leitos fechados... O resultado dessa equação não poderá ser outro que sobrecarga para os trabalhadores da instituição e prejuízos seriíssimos à saúde da população, colocando em risco a vida de muitos.

Não podemos ser coniventes com tal tragédia anunciada.

Por tudo isto, o Conselho Municipal, há muito tempo reivindica a retomada pelo poder público da gestão do CHOV e está exigindo da Secretaria Municipal de Saúde a sua municipalização.

Após muitas discussões no Conselho Municipal de Saúde e deliberações da última Conferência Municipal de Saúde, a gestão da Secretaria, sensível aos reclamos dos usuários e trabalhadores, instituiu uma Comissão de Municipalização do Ouro Verde, com a tarefa de discutir a melhor formatação jurídica para concretizá-la.

A Comissão, conforme o Decreto no. 17.444 de 24 de novembro de 2011, publicado em DOM 25 de novembro de 2011 e têm o prazo de 90 (noventa) dias vencendo, no dia 14 de junho de 2012 para finalizar os seus trabalhos. Abaixo seguem as tarefas realizadas por ela, bem como as suas conclusões.

Fazem parte da Comissão:

1) Pelo Conselho Municipal de Saúde

Conselheiros Usuários – Titulares:

- a) Gerardo Mendes de Melo
- b) Neide Aparecida de Faveri Alves
- c) José Paulo Porsani
- d) Paulo Tavares Mariante

Conselheiro Usuário - Suplente:

- a) Maria Cristina Souza de Oliveira

Conselheiros Trabalhadores - Titulares:

- a) Felipe Monte Cardoso
- b) Eloisa Israel de Macedo

Conselheiro Trabalhador – Suplente:

- a) Wilma Rosendo da Silva

2) Pelo Poder Público Executivo – Gestores - Titulares:

a) Fernando Luiz Brandão do Nascimento (O Secretário Municipal de Saúde, na época o Dr. Adilson Rocha Campos, ora substituído pelo Dr. Fernando Luiz Brandão do Nascimento);

b) Roberto Mardem Soares Farias (na época Diretor de Saúde e hoje um dos co-gestores do Ouro Verde);

c) Taniella Carvalho Mendes (co-gestora do Ouro Verde);

d) Adilson Rocha Campos.

3) Especialistas da área de Saúde Pública - Titulares:

a) Nelson Rodrigues dos Santos.

b) Maria Haydée de Jesus Lima (declinou o convite de participação);

c) Lenir Santos

Suplente:

a) Maria Inês Souza Bravo

Como método de trabalho, além das suas reuniões regulares, a Comissão centrou alvo em Debates com os vários interessados: o segmento dos usuários, dos trabalhadores, sindicalistas, trabalhadores da SPDM e Ouro Verde, entre outros.

Foram realizadas 07(sete) Debates, com participação de 342 (trezentos e quarenta e dois) pessoas.

Ao fim e ao cabo, apresentamos a seguir, as conclusões da Comissão.

## *2. Porque devemos municipalizar o Complexo Hospitalar Ouro Verde*

Embora questionado em função da crise econômico-financeira que se abateu sobre o mundo desenvolvido por conta da redução do papel do estado, inclusive para regular o fluxo de capitais, o neoliberalismo, ainda é hegemônico mundialmente. Vive-se, portanto, uma era em que ao Estado são atribuídas todas as mazelas e às empresas privadas a capacidade de se fazer gestão eficiente, como se estas não participassem ativamente das relações espúrias, clientelistas, que muitas vezes se estabelecem entre estado e iniciativa privada.

Assim, as instituições públicas, responsáveis em última instância pelo o atendimento das necessidades públicas, coletivas e sociais, estão tendo sua gestão entregue à iniciativa privada, sob a alegação de uma pretensa e questionada eficiência do mercado e de redução de custos. Segundo Ricardo Antunes, pesquisador da Unicamp, “Não há sociedade capitalista hoje em dia onde as transnacionais não tenham o controle de setores fundamentais do Estado e mantenham-no sob sua condução”, observa. “É imperioso que tenhamos clara percepção de que as instituições privadas são a parte decisiva desse mundo destrutivo e que, em contrapartida, é preciso resgatar o sentido público das instituições”.

No caso da Saúde, vários estudiosos apontam a sua incompatibilidade com o mercado:

- a) O mercado não provê com eficácia bens onde não há possibilidade de se excluir aquele que não pode pagar. O lucro, motor essencial do fluxo de capital, impede que empresas se disponham a prestar serviços os consumidores de baixa renda ou, se o fazem, é de maneira restrita, seja na oferta de bens ou na sua qualidade. No setor Saúde, no Brasil, dado os seus custos altíssimos, a maior parte da população encontra-se entre os que não podem pagar. Não haverá, por parte do mercado, nenhum interesse em atender moradores de rua, doentes mentais, usuários de drogas, etc. Não por acaso existem doenças relegadas, como é o caso da Doença de Chagas, Tuberculose e outras que, por acometerem os mais pobres, há muito estão fora do campo de pesquisas sobre novos medicamentos ou tratamentos.
- b) O mercado não se interessa por combater problemas difusos que afetam a comunidade, onde não há um endereço para onde se possa enviar a cobrança. Ou seja, não haverá da sua parte, esforços no combate a epidemias e endemias, como a Dengue e outras que acometam principalmente os mais pobres.
- c) Ao assumir a gestão de um serviço, aquilo que oferece está restringido pelo custo contratado. Incertezas de aparecimento de novas doenças ou demandas não estão previstas e não serão atendidas, pois não se podem sacrificar as metas de ganhos, ainda que sejam prestadas por entidades privadas “não lucrativas”. Isto é o que acontece no município neste momento: embora haja leitos contratados, estes não estão sendo entregues sob a alegação de que os recursos conveniados são insuficientes.

- d) Há uma assimetria de informações e de poder entre o médico e paciente, o que restringe a soberania de consumidor como é típica do mercado normal. Em outros termos, em outras áreas, o consumidor tem mais condições de comparar preços, trocar de prestador de serviço ou de produto, barganhando custo e qualidade. No caso da saúde, isto é impossível, sob riscos de interrupção do cuidado ou de agravamento da sua situação de saúde. Ademais inúmeros estudos demonstram a necessidade de vínculo, particularmente no cuidado de doenças crônicas. Um bom cuidado em saúde exige democratização e horizontalização das relações, incompatíveis com o sistema de mercado.
- e) Um bom sistema de saúde, mais eficiente, mais efetivo, com melhores resultados coletivo, como já provou os Sistemas Europeus e Canadenses em comparação com o Americano, exige a construção de redes interligadas entre os vários pontos do sistema (atenção básica, atenção ambulatorial e hospitalar), bem como integração com as redes regionais, particularmente em regiões metropolitanas, como é o nosso caso. Exige ainda participação dos usuários na gestão, avaliação e monitoramento. À iniciativa privada interessa a gestão exclusiva do serviço sob a sua responsabilidade, dado que a interação com outros tantos pode lhe trazer relações de fricção, danosas aos seus negócios. Falta-lhe capacidade política e gestora para qualificar, criar redes regionais e integrar os hospitais com a atenção básica e ambulatorial, garantindo a continuidade do cuidado nestes vários pontos do sistema, melhorando a saúde do usuário e reduzindo custos, se não no serviço em si, mas no sistema como um todo.

Embora a imprensa noticie cotidianamente as deficiências do SUS, inúmeros estudos acadêmicos demonstram que houve consideráveis avanços desde a sua instituição. É o SUS o responsável por mais de 90% dos transplantes realizados no país, por 80% ou mais do atendimento de emergência, além de ter programas que servem de modelo para outros países, inclusive os mais desenvolvidos, como são os programas de AIDS, Vacinação e Saúde Mental. Tudo isto só foi possível construir graças ao seu caráter e gestão públicos.

### *3. As formas de municipalização melhores avaliadas nos vários debates*

Inúmeros estudos sociológicos e as evidências cotidianas demonstram também a ineficácia do Estado brasileiro na gestão da Saúde Pública, principalmente por causa do seu sub financiamento. Ainda que sejam indiscutíveis os avanços do SUS graças à sua dimensão e gestão públicas, mais avanços teriam sido possíveis se outras fossem as condições gerenciais que pudéssemos construir.

O Estado Brasileiro se instituiu, dado as suas peculiaridades históricas, a serviço de uma classe dominante. Nunca foi preocupação central dessa elite a consolidação de uma cidadania ampla, que incluísse todos os brasileiros, deixando a maioria à margem de seu desenvolvimento e crescimento. Constrói-se um Estado clientelista e patrimonialista, a serviço de uma minoria detentora do capital.

Este Estado, com estas características às quais se somam a corrupção política e a burocratização da máquina pública, é incompatível com as exigências da Saúde, onde o grau de incerteza, próprio de uma política que lida com o sofrimento, o risco à vida e o adoecimento do frágil ser humano, faz surgir demandas imprevisíveis, a todo o momento. O SUS precisa funcionar conforme preconiza a constituição, pois embora todos os estudos, inclusive estrangeiros, apontem pelo brilhantismo de sua formulação, as condições desse Estado limitaram o seu avanço, encontrando-se neste momento estagnado, quando muito ainda se faz necessário avançar. Isto vale para o Brasil e também para Campinas, onde as mazelas dessa incompletude se fazem sentir cotidianamente.

É fundamental que se rediscuta este modelo de Estado, através de uma reforma pautada pelo seu fortalecimento como instrumento fundamental das políticas públicas, e não pelo ideário neoliberal do “Estado mínimo”. Para isso, impõe-se a adoção de uma concepção de administração pública direta e não delegada, que seja efetivamente democratizada, ou seja, submetida ao controle social por mecanismos efetivos de participação popular, e com a inclusão neste processo daquelas e daqueles que são fundamentais no fortalecimento do Estado: As (os) servidores públicos, valorizados tanto em suas condições de trabalho quanto na remuneração dos serviços prestados.

Sabemos também que não adianta justificar a municipalização apenas pelas falhas do mercado. É absolutamente relevante o tipo de resposta que o estado possa dar, mais efetivo e eficiente que o mercado, sob o risco de piorar aquilo que já não está bom. Se o peso da ineficiência do Estado for maior que a do mercado, a própria população irá exigir a privatização ou abandonará o SUS à sua própria sorte, deixando de defendê-lo. Competem a nós, gestores, trabalhadores e usuários, comprometidos com o bem estar social, da integralidade e equidade, evitarem deterioração do SUS e garantir mais avanços, trazendo a sua gestão para o público, porém um público renovado, sem as vicissitudes do atual modelo de gestão de estado, engessado, quase tão ineficaz quanto o mercado.

Por conseguinte, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, a Universalidade, a Integralidade, a Equidade, a Descentralização, a Regionalização e Participação da comunidade, consagrados constitucionalmente, a Comissão de Municipalização recomenda que se recupere a gestão pública do Hospital Ouro Verde, sob a forma de uma Fundação Pública de Direito Cível ou de uma Autarquia (formas de administração indireta). Entretanto, como salvaguardas dos princípios apontados neste relatório, quaisquer umas dessas formas devem, necessariamente, incluir entre os seus princípios constituintes os seguintes:

1. Autonomia de gestão, administrativa, orçamentária e contábil do hospital, acompanhada pela responsabilização dos gestores pelo desempenho desse serviço, através do contrato de autonomia;
2. Planejamento e avaliação participativos e com controle social, incluindo indicadores de impacto no nível de saúde da população, de resultados no atendimento e de eficiência e relação custo-efetividade;
3. Aperfeiçoamento dos mecanismos de prestação de contas aos órgãos de fiscalização e, particularmente, ao Controle Social, onde, além dos resultados processuais, se avalie e monitore os resultados finalísticos, notadamente a qualidade e a humanização dos serviços prestados;
4. Garantia de um plano de cargos e carreiras que garanta, além do salário regular, progressões pelo desempenho e capacitações para o melhor exercício da função;
5. Educação permanente para os gestores e trabalhadores;
6. Atendimento aos direitos dos trabalhadores de saúde com concurso público, demissão somente sob justa causa e direito a ampla defesa;
7. Custeio do hospital de forma global pelo cumprimento de metas, com valores não inferiores aos custos necessários, sob regras definidas pelo instrumento público 'contrato de autonomia' com o governo (gestor público), o que já ocorre em inúmeros países com reformas de Estado pressionadas pela sociedade;

8. Ocupação dos cargos de gestão, coordenação e gerência segundo critérios técnicos, mediante o estabelecimento de exigências, para cada nível hierárquico, definidas em lei e no regimento da instituição; mesmo que ainda existam alguns cargos em comissão, só poderá ser ocupado mediante os mesmos critérios de mérito exigidos para o profissional de carreira;
9. Transparência com publicidade, em diário oficial e ou outro instrumento de fácil acesso pelos usuários (internet), dos salários executados na instituição;
10. Instituição, por lei, do Conselho Local de Saúde;
11. Instituição dos Colegiados Gestores, compostos por gestores e trabalhadores em cada unidade de produção, de caráter deliberativo;
12. Respeito ao comando único do município, portanto, subordinado a Secretaria de Saúde no que tange ao modelo de atenção, integração em rede, regulação e controle;
13. Aprovação de lei para garantir que todos os recursos destinados a Saúde no município de Campinas sejam geridos pelo Fundo Municipal de Saúde;

Por conclusão, esta Comissão, após as várias discussões promovidas deste a sua instituição está segura que a Municipalização do Ouro Verde, seja através de uma Autarquia ou Fundação que incorpore estas salvaguardas, fortalecerá o SUS local e, mais uma vez, servirá de exemplo para todo o país. A Prefeitura e a Secretaria Municipal de Saúde, ombreada como o Conselho Municipal de Saúde, demonstrará que o Estado brasileiro, respirando ares renovados, dispensa as estratégias escapistas e privatizantes que enfraquecem esses esforços, tais como as “vitrines” hospitalares das Organizações Sociais em prejuízo do resto do sistema assim como a venda de serviços públicos no mercado, contrários aos interesses populares.

Para a viabilização da municipalização do CHOV será fundamental o empenho do poder executivo e do legislativo na celeridade de leis que sustentem esse novo modelo de gestão municipal.

Será necessário que a partir da decisão sobre o modelo que será implantado na gestão do CHOV, uma equipe técnica de trabalho, com o acompanhamento do CMS, seja criada para que o processo de transição de um modelo privado de gestão para um modelo público não cause desassistência para a população. É importante que os novos serviços que comporão o novo Termo Aditivo já sejam acompanhados por esta equipe técnica.

Por último é fundamental que se saiba que o atual convênio entre a Secretaria de Saúde e a SPDM se encerra em 03 de março de 2013 e, por conseguinte, este é o prazo limite para a Municipalização da gestão do CHOV.

Conselho Municipal de Saúde de Campinas

Campinas, maio de 2012