A close-up portrait of Wilson Pollara, a middle-aged man with grey hair, wearing a grey suit jacket, a white shirt, and a blue and white striped tie. He is smiling slightly and looking towards the right of the frame.

REFLEXÃO PARA
GESTORES DE SAÚDE

A SAÚDE TEM CURA

Wilson Pollara, Médico

Por que a maioria dos prefeitos tentam e não conseguem atender às demandas nas suas cidades?

Escalas de necessidades da Saúde criadas por Wilson Pollara

As 10 receitas para equilibrar o atendimento e gerar satisfação para a população

A
SAÚDE
TEM
CURA

Dedico este livro à minha esposa, pelo estímulo e inspiração e à minha família que apoia e entende a dimensão da saúde na minha vida.

Dedico aos muitos amigos que opinaram durante as longas e necessárias discussões, que deram vida às “escalas das necessidades” e às “10 receitas”.

Em especial, dedico aos líderes políticos de valor que me honram com confiança, possibilitando transformar, para melhor, realidades e vidas.

A SAÚDE TEM CURA

COPYRIGHT © 2017 WILSON MODESTO POLLARA

SETEMBRO 2017: VERSÃO DIGITAL
OUTUBRO 2017: VERSÃO IMPRESSA

TEXTO: WILSON MODESTO POLLARA

REVISÃO: PROFESSORA MELÂNIA COSTA

CRIAÇÃO E PROJETO: RENATA ZAGO SOEIRO

PROJETO GRÁFICO E EDITORAÇÃO:
AGÊNCIA LINKING

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)
CÂMARA BRASILEIRA DO LIVRO, SP, BRASIL

POLLARA, WILSON MODESTO
A SAÚDE TEM CURA - SÃO PAULO: ED. DO AUTOR, 2017

ISBN: A SAÚDE TEM CURA

ÍNDICE PARA CATÁLOGO SISTEMÁTICO
A SAÚDE TEM CURA. MEDICINA. GESTÃO PÚBLICA.

CONTATO: WILSON.MODESTO.POLLARA@GMAIL.COM

DIREÇÃO



capítulos

- 1 LIMITES
- 2 CAMINHO
- 3 DINHEIRO
- 4 SOMA E SUBTRAÇÃO
- 5 ESCOLHAS
- 6 TECNOLOGIA
- 7 TROCANDO EM MIÚDOS
- 8 PEDRA
- 9 CORAÇÃO
- 10 PERCURSO
- 11 TEM CURA
- 12 JORNADA



A SAÚDE TEM CURA

Fico muito feliz pela oportunidade de termos esta conversa.

Sim, esse é o objetivo do livro: dialogar, ser uma conversa franca e direta com pessoas que dividem comigo o interesse por uma gestão da Saúde que beneficie a todos.

Os leitores irão perceber e constatar que vivo esse cenário há várias décadas.

As informações que apresento para avaliação e reflexão foram colhidas durante uma vida, a minha e de tantos que cruzaram meu caminho.

Por muitos anos, vejo a questão da Saúde como médico e profissional da área, e já faz algum tempo que tenho estado do outro lado da questão, encarando e tratando com os olhos e a responsabilidade de gestor público. Esses dois ângulos de visão não impedem que eu me coloque também no lugar de cidadão, e é por isso que, em alguns momentos deste livro, o leitor me verá falar como usuário do sistema. São ângulos e visões diferentes, cada um com uma percepção parcial da realidade.

Durante a leitura, convido-o a deixar de lado crenças, ideologias e paradigmas tomados como verdades imutáveis. Muitas verdades surgiram em um contexto em que existia uma forte vontade de construir um país perfeito, com oportunidades iguais. Período esse ao qual sucedeu um doloroso período de sentir e viver os direitos individuais. Muitas vezes, o desejado não é possível, e a construção de direitos pessoais requer mudanças sociais amplas, profundas e lentas. A medicina tem limites.

Convido-o também a refletir sobre a possibilidade de se fazer uma nova história na Saúde, com eficiência e sensatez, trabalhando com dados concretos e possibilidades reais de se atingir o que se propõe o Estado.

Para isso, trago algumas escalas de prioridades e receitas, como sugestões de governança e de gestão para os líderes da área. Espero que essas sejam eficientes e eficazes para pensarmos juntos e, quem sabe, agirmos juntos.

Sei que é possível.

WILSON POLLARA

Médico

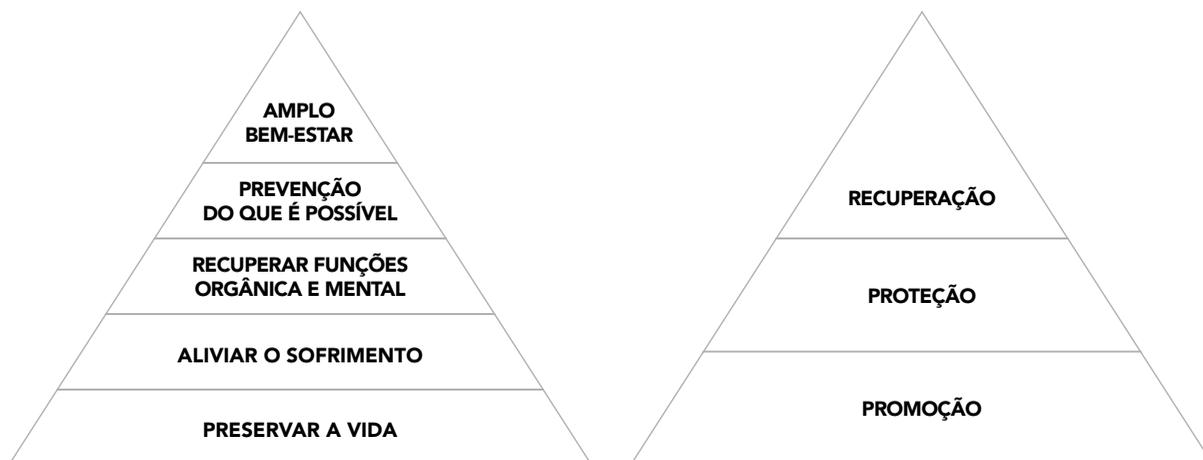
1

LIMITES

ESCALAS DE NECESSIDADES DA SAÚDE: PRESERVAÇÃO DA VIDA E CURA DA DOENÇA

Nas próximas páginas do livro, apresentarei e esclarecerei duas escalas, ambas em formato de pirâmide: Preservação da Vida e Cura da Doença. Essas escalas são uma forma visual que encontrei para refletir sobre a proposta da Constituição do Brasil de 1988, versus as possibilidades orçamentárias, versus os limites da mais desafiadora das ciências humanas, a medicina.

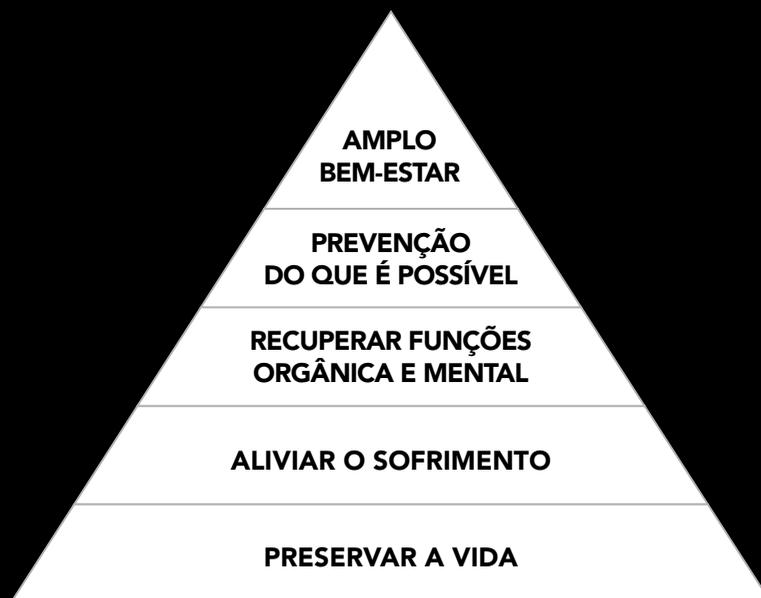
Algo diferente precisa ser feito, pois tudo que vem sendo feito não é efetivo na integralidade da Saúde.



**A VIDA É UM MILAGRE: VAMOS PENSAR JUNTOS,
CONCEITUALMENTE, O QUE É SAÚDE E COMO
PODE SER UMA ESCALA PARA SUA PRESERVAÇÃO**

“Se a meta principal de um capitão fosse preservar seu barco, ele o conservaria no porto para sempre.”

São Tomás de Aquino



A PRESERVAÇÃO DA VIDA

Como classificar, localizar e gerir

As estruturas de preservação da vida devem ser prioritárias e estar racionalmente distribuídas, a fim de garantir acesso rápido a toda a população, quando houver expectativa de recuperação, observando sempre os limites da medicina.

Devem ser incluídas nesse item as estruturas de pronto socorro com atendimento 24 horas e equipamentos básicos de suporte de vida. Também devem ser incluídos o atendimento de ambulância pelo SAMU, estruturas próprias das prefeituras e o resgate feito pelo Corpo de Bombeiros. A decisão sobre quem atenderá o chamado deve ser feita por uma estrutura de regulação e controle, organizada por meio de protocolos de atendimento.

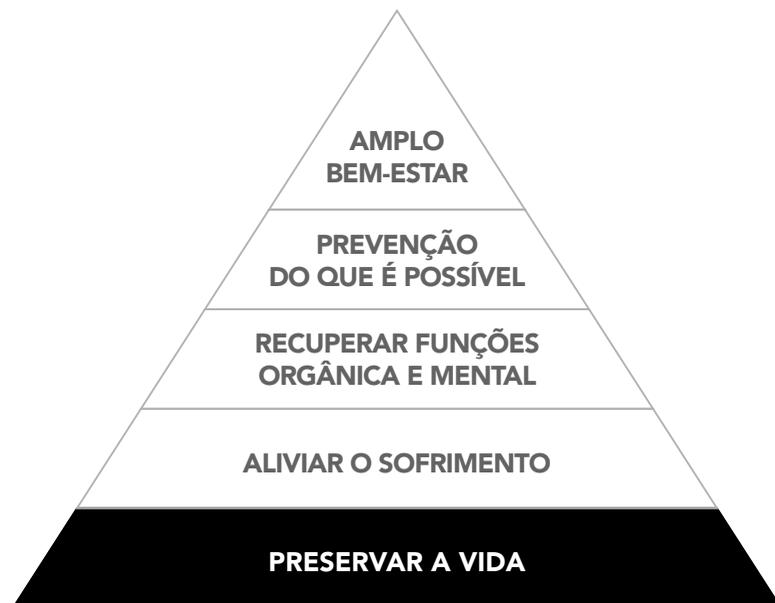
PAPEL DO GESTOR

Criar condições para facilitar a demanda feita pelo cidadão.

Disponibilizar estrutura de telefones e softwares de grande eficiência e disponibilidade.

*“Lamentar uma dor passada no presente,
é criar outra dor e sofrer novamente”*

William Shakespeare



ALIVIAR O SOFRIMENTO

Como, quando e onde

Assim que o paciente esteja fora de risco de vida, podemos aliviar os sintomas que causam sofrimento. Isto deve ser feito em local o mais próximo possível da ocorrência do evento doença.

A sensação de desatendimento que a população vivencia é muito amplificada quando existem dores, náuseas, tonturas ou perda de consciência. Portanto, a velocidade de atendimento de pacientes com sintomas agudos deve ser aumentada, acelerada. Estes atendimentos são feitos da mesma forma por estrutura de pronto atendimento, a que pacientes podem recorrer, espontaneamente, sem necessidade de regulação. São os prontos-socorros ou ambulatórios de portas abertas.

PAPEL DO GESTOR

Ter consciência e fazer gestão considerando que a maioria das pessoas somente procura atendimento médico quando estão sentindo algum sintoma.

*“Para os males externos,
só são eficazes os remédios intensos.”*

Hipócrates



RECUPERAR FUNÇÕES ORGÂNICAS E MENTAIS

Quando e como

Uma vez atendidas as situações de sofrimento e risco de vida, podemos providenciar a recuperação possível das funções orgânicas e mentais perdidas com o processo de doença. Em medicina, vale o conceito de que quem mais faz, melhor faz. Portanto concentrar as casuísticas em centros de maior eficiência é uma regra importante.

PAPEL DO GESTOR

Ter consciência e fazer gestão, considerando que a maioria das pessoas não sabe aonde deve ir para ter atendimento realizado. Passa a ser responsabilidade e principal necessidade orientar a população de forma clara, por meio de uma comunicação eficaz e eficiente.

REGULAÇÃO

A regulação tem a finalidade de encaminhar o paciente para o local que possua as melhores condições técnicas e os melhores especialistas para o tratamento de cada ocorrência. Assim, podemos garantir que o paciente será atendido pelos melhores especialistas e em um local que possua os recursos tecnológicos necessários.

Da mesma forma, podemos garantir que a estrutura e os especialistas terão sua capacidade de atendimento totalmente utilizada, fazendo uso adequado dos recursos investidos.

*“Não há fatos eternos,
como não há verdades absolutas.”*

Friedrich Nietzsche



PREVENÇÃO DO QUE É POSSÍVEL

Evitáveis ou não?

Já que a maioria dos eventos de perda da saúde não são evitáveis, devemos pensar em um investimento em saúde proporcional aos resultados possíveis, calculando o custo-benefício de cada ação e tendo sempre garantido o cumprimento das necessidades.

A promessa da possibilidade de que todas as doenças são previsíveis e, portanto, não haveria mais necessidades das estruturas de tratamento é extremamente sedutora. Entretanto, quando olhamos a lista de diagnósticos dos pacientes em atendimento hoje em nossas unidades, observamos que a maioria delas ou não são evitáveis ou dependem de ações estruturais que estão em outros setores da gestão pública (Segurança, Transporte e Trânsito, Infraestrutura e Saneamento) ou, ainda, dependem de decisão única e individual, tais como alimentação e sedentarismo.

Na prevenção, depende-se muito mais de uma decisão pessoal, de busca de atendimento sem sintomas presentes e de mudança de hábitos de vida, que são obtidos por meio de medidas educativas populacionais e não, de uma simples receita médica.

*“Não tenha planos de saúde,
tenha saúde sem planos.”*

Hipócrates 370 AC



AMPLO BEM-ESTAR | BUSCA CONTÍNUA

O que é? Como gerir?

Uma vez garantidos os degraus anteriores, podemos pensar em um amplo bem-estar, que significará intervir nos múltiplos fatores ambientais e comportamentais que alterem o aparecimento de doenças, visando à manutenção da saúde (habitação, saneamento, emprego, educação e etc).

Obviamente não se pode responsabilizar nem estruturalmente, nem financeiramente o SETOR da Saúde, as secretarias de saúde espalhadas pelo Brasil, por essa missão. Essa robusta missão é um dever a ser explicitado na POLÍTICA DE GOVERNO como um todo, de modo que inclua na sua abrangência ações sobre os aspectos da administração pública.

“A prevenção e cura de praticamente todos os males esta no seu alimento, na natureza. Mantenha-se lúcido, alimente-se de forma consciente e veja por si próprio as mudanças que isso proporciona.”

Hipócrates



**VIVER OU VIVER
VAMOS AVALIAR QUAL SERIA UMA ESCALA
DAS EMERGÊNCIAS, QUANDO NÃO HÁ BEM-ESTAR
OU SE ESTÁ EM SITUAÇÃO DE CRISE.**

CURA DA DOENÇA

A Integralidade da Saúde preconizada pelo SUS em relação ao atendimento das pessoas consta nessa Escala da Cura da Doença considerada e definida:



PROMOÇÃO

A Promoção é altamente dependente de ações e atitudes e são os chamados hábitos de vida que irão melhor definir esse conceito tão fundamental. Disciplina, hábitos e cultura de cada indivíduo serão determinantes para promover cura de qualquer doença.

***Receita médica, no fator “PROMOÇÃO”,
tem valor menor!***

O que vale nesse jogo?

Educação e autocuidado orientado fazem a diferença. Campanhas educacionais devem promover na população o efeito de conhecimento e convencimento da necessidade de se adquirir novos hábitos, novos estilos de vida.

O fator educacional tem relevância maior do que o fator assistencial.

***Mudanças de hábitos não apenas promovem saúde,
mas curam doenças.***



PROTEÇÃO

A Proteção da Doença acontece por meio de todos os aspectos do autocuidado, ou seja, depende fundamentalmente de: diagnóstico precoce, vacinações e ações populacionais que protegem a população do aparecimento de determinadas doenças.

As doenças, quando identificadas precocemente, em sua maioria, são curáveis.



RECUPERAÇÃO

A Recuperação é um fator que acontece quando existe a doença. É o retorno à saúde de uma pessoa que adquiriu alguma enfermidade.

Levando em consideração as URGÊNCIAS e os ATENDIMENTO ELETIVOS, podemos observar que a grande maioria dos atendimentos requer uma estrutura muito simples.

Em termos de URGÊNCIAS, cerca de 85% das pessoas precisam de uma fórmula elementar constituída de: médico, consultório, receituário e pouquíssimos exames.

Cerca de 10% irão precisar de algum tipo de exame laboratorial, de raio X ou repouso para tomar alguma medicação. Somente 5% realmente irão precisar de estrutura hospitalar. Desses 5% somente 2% serão URGÊNCIAS que carecem de intervenção cirúrgica, operação imediata.

Precisamos transformar e construir as estruturas de preservação da saúde e de cura da doença de forma adequada.

É preciso ter hospitais com toda a estrutura, mas com tamanho menor, adaptável ao público de 5% destacado acima.

Os Postos de Atendimento devem ser muito mais simples, o diferencial deve estar nos recursos de integração e de mobilidade, serviços de ambulâncias rápidas que possam agir imediatamente, quando há URGÊNCIA, efetivar remoção do paciente para o local mais adequado e que tenha recursos.

A estrutura da rede e a sua comunicação contínua e efetiva para a população garantem a vida!

As pessoas precisam saber qual é o Pronto Socorro que devem acionar, e o Pronto Socorro deve saber para qual hospital encaminhar o paciente. Não podemos continuar com a cultura de caçar leitos hospitalares, isso precisa estar efetivamente mapeado e ser eficazmente direcionado.



LEITOS HOSPITALARES

No caso da utilização dos Leitos Hospitalares, apenas 10% de toda a necessidade e ocupação são compreendidos como pacientes de alta complexidade, que exigem aparelhos especiais, cirurgias complexas, UTIs.

65% dos casos compreendem questões simples, que somente necessitam de internações rápidas, como: partos, cirurgias de varizes, vesícula, tireoide.

25% dos casos compreendem questões longas, pacientes crônicos, que dependem de estar internados por um longo período de tempo, mas que exigem muito pouco da alta tecnologia ou de grandes investimentos. Essas internações dependem de enfermagem, limpeza, alimentação e rotina de cuidados, não dependem de complexas estruturas hospitalares.

A rede é a chave de tudo! Com uma rede bem composta, poderemos contar com hospitais menores e mais bem utilizados.

Vídeos referentes ao capítulo podem ser acessados nos links:

 **Importante o gestor de saúde saber**

 **Promoção**

 **Preservação da vida**

 **Prevenção**

2

CAMINHO

10 RECEITAS PARA EQUILIBRAR O ATENDIMENTO E GERAR SATISFAÇÃO NA POPULAÇÃO: A META É SUPERAR OS GARGALOS DE ATENDIMENTO E EFICIÊNCIA, QUE ATORMENTAM NOSSO BRASIL.

Um dos problemas que mais comprometeu a estrutura de saúde foi a falta de compromisso com a economia de escala. Não existe um setor mais influenciado pela necessidade de dimensionamento entre oferta e demanda do que a saúde.

Temos um contexto histórico no Brasil que muito provavelmente contribuiu para a falta de compromisso citada acima. Somente a partir da década de 50, iniciamos o ensino de Administração no Brasil. Vinte anos depois, na década de 70, foi aprovada a habilitação em administração hospitalar.

Pensando na questão da economia de escala e no contexto Brasil, duas regras básicas, passam a ser fundamentais:

*Tratar o simples de forma simples
e o complexo de forma complexa.*

*Quem mais faz melhor faz: concentrar
as casuísticas para ganhar experiência.*

Quando assume a responsabilidade por um estado ou município, um gestor de saúde se depara com problemas tão diversos e de tal volume, que não pode saber por onde começar.

A seguir, temos sugestões de ações que podem auxiliar o gestor em sua complexa tarefa de planejar e organizar sua atuação.

*“As condutas, assim como as doenças,
são contagiosas.”*

Francis Bacon

AS 10 RECEITAS PARA EQUILIBRAR O ATENDIMENTO E GERAR SATISFAÇÃO NA POPULAÇÃO

- 1 | Defina a população a ser atendida
- 2 | Defina quais os recursos de atendimento que possui
- 3 | Identifique as causas de atendimento e a frequência na sua população
- 4 | Defina quais serão os locais de atendimento de cada caso
- 5 | Classifique as estruturas segundo a complexidade
- 6 | Organize as redes gerais e especializadas
- 7 | Organize a regulação do acesso a cada recurso
- 8 | Organize a atenção primária
- 9 | Desenvolva indicadores de gestão
- 10 | Calcule Oferta x demanda

UM | DEFINA A POPULAÇÃO A SER ATENDIDA

O gestor deve ter a noção exata de quais as pessoas que estão sob sua responsabilidade.

Essa informação irá balizar toda a organização dos serviços, já que as estruturas dependem muito da ocorrência de eventos na população considerada.

No estado de São Paulo, 68% dos municípios têm menos de 30.000 habitantes, o que significa que têm menos de um parto por dia.

Qual o município que consegue financiar uma estrutura de médicos, anestesistas, obstetras, enfermeiros, neonatologistas para realizar menos de um parto por dia?

Portanto, a identificação da população a ser atendida é o início de tudo.

Quanto maior o número de pessoas, maior deverá ser a estrutura a ser criada para o atendimento de saúde.

DEFINA O QUE ATENDER DE ACORDO COM A ESCALA DE PRIORIDADES.

Conceito de emergências simples, capacidade de atendimento.

POPULAÇÃO	Nº	%
> 100.000	76	12%
30.000 a 100.000	131	20%
10.000 a 30.000	164	25%
< 10.000	274	42%
TOTAL	645	

68%

DOIS | DEFINA QUEM ATENDE

As estruturas de saúde são divididas em básicas e avançadas.

Básicas são as UBS (Unidades Básicas de Saúde), as UPAS (Unidades de Pronto Atendimento) e os AMES (Ambulatórios Médicos de Especialidades).

Avançadas são os hospitais de baixa, média e alta complexidade.

Infelizmente, as estruturas, em maioria, já estão localizadas e sua distribuição nem sempre segue as necessidades.

PAPEL DO GESTOR

Adaptar à população definida em cada região. Portanto, adaptações e transformações são muitas vezes necessárias.

Fortalecer Atenção Básica para:

Atuar como porta de entrada preferencial;

Promover e coordenar continuamente o cuidado;

Promover integralidade da atenção.

TRÊS | IDENTIFIQUE AS CAUSAS DE ATENDIMENTO E A FREQUÊNCIA NA SUA POPULAÇÃO.

O trauma é hoje um problema muito grande no Brasil. Quase 40% dos pacientes internados nos hospitais são vítimas de traumas de trânsito, dos quais: 40% são de moto, 40% de atropelamento e 20% de acidentados dentro do carro.

Além das doenças agudas, há as chamadas degenerativas, como diabetes, para as quais as pessoas têm uma propensão, têm herança genética, ou seja, estão marcadas. Nesses casos, surge a discussão sobre a ética de se fazer uma avaliação de genoma ao nascer. Será que alguma companhia de seguro vai querer cobrir alguém com 100% de chance de desenvolver diabetes? Para muitas doenças, há 100% de probabilidade de desenvolvimento e, para isso, o sistema tem que estar preparado.

Doenças próprias da idade, como diabetes, hipertensão e arteriosclerose, correspondem a praticamente um terço das mortes, sem falar no câncer, que tem aumentado muito. Sendo uma doença dos extremos da vida, o câncer acomete os muito jovens e os muito idosos, então, quanto maior o tempo de vida, maior a chance de desenvolver. Um homem que vive 80 anos vai ter câncer de próstata, com 100% de certeza, e isso não significa que ele vai morrer disso, pois o processo é lento. Não é necessário operar, pois ele certamente vai morrer por outra causa.

Atualmente, há muita vantagem sobre o câncer, ao contrário de antes, quando morriam 100%. Considerando-se todos os tipos, o índice de sobrevivência é de 50%, pela possibilidade atual de se diagnosticar precocemente. Os ingleses nos mostraram que, com uma colonoscopia aos 60 anos, consegue-se quase eliminar os tumores, diferentemente da recomendação de que se faça a cada cinco anos. Importante é evitar aquilo que, com certeza, causará problema, como o cigarro.

Prevenção, contudo, não justifica o temor a determinadas comidas, como a atual fobia aos embutidos, pois a quantidade ingerida teria de ser muito grande para causar câncer. Fala-se muito também sobre a relação do ciclamato com o câncer, o que também não faz muito sentido. Quando se analisa a pesquisa, percebe-se que, em comparação à dose dada à cobaia, o ser humano teria que consumir um balde de ciclamato por dia para ter o mesmo resultado.

*Trauma, câncer e doenças degenerativas são mais comuns.
Para essas, o sistema de saúde tem que estar preparado.*

QUATRO | DEFINA QUAIS SERÃO OS LOCAIS DE ATENDIMENTO PARA CADA CASO

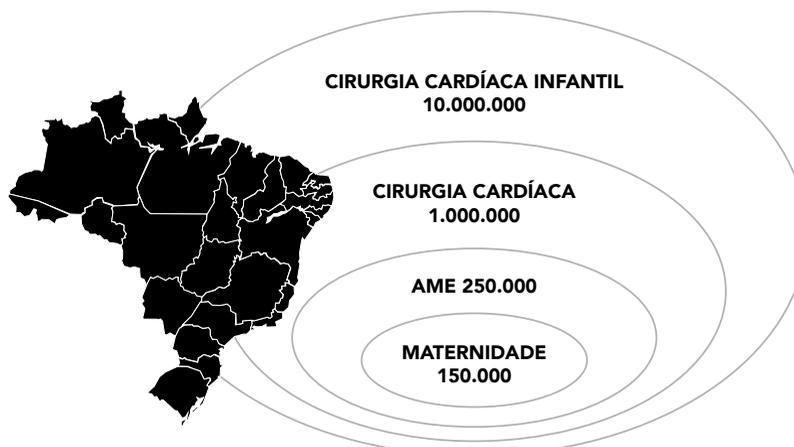
Os hospitais de baixa complexidade são tão importantes quanto os de alta sofisticação tecnológica. Eles podem atender casos convalescentes de longo prazo a um preço extremamente baixo, justamente por não terem estruturas de alto custo a serem rateadas no preço da diária.

Quando se pensa para onde encaminhar cada tipo de paciente, deve-se ter em mente as necessidades daquele caso, pois, de outro lado, estaremos colocando este paciente em um local com uma tecnologia que não será utilizada por ele, em detrimento de outros.

Lembre-se de que devemos dar importância à economia de escala e à eficiência no atendimento. Portanto, quando formos definir quem atende cada caso, devemos levar em consideração a oferta adequada para cada demanda. Devemos ter em mente a utilização total da capacidade instalada de cada estrutura para que não haja ociosidade nem de aparelhos, nem de recursos humanos.

Caso exista um caso complexo para ser atendido, que exija alguma especialidade, é melhor unir forças com populações vizinhas e criar estruturas que atendam mais de uma região.

A abrangência da rede deve ser maior quanto mais rara for a doença.



CINCO | CLASSIFIQUE AS ESTRUTURAS SEGUNDO A COMPLEXIDADE

Especializando, classificando e integrando os hospitais em redes.

A experiência no estado de São Paulo. O que fizemos? Levantamos em cada uma das regiões, qual era o hospital realmente grande, qual o hospital que fazia todo tipo de atendimento. Primeiro, verificamos qual era a porcentagem de alta complexidade das internações do estado, ou seja, quantos doentes realmente precisam de estrutura no hospital. Chegamos a 10%. Sim, apenas 10% dos pacientes das internações são de alta complexidade.

Escolhemos, então, um hospital de 300 leitos para 1 milhão e meio de pessoas em cada uma das regiões e o chamamos de hospital estruturante. Esse hospital deve conter toda a estrutura tecnológica para atender a casos de alta complexidade como: cardiologia, oncologia, neurologia e trauma. Importante considerar também que esse hospital deve ser poupado de dois tipos de paciente: o simples e o crônico.

Doente simples de baixa complexidade, que tem hérnia, fimose, varizes, a pneumonia leve, o hipertenso que está andando, deve ser atendido no hospital estratégico.

Doente crônico deve ser atendido no hospital de apoio, que deverá atender os casos de longa permanência, como o idoso, que fica 30 ou 40 dias, e precisa apenas de cuidado, não faz exames, não toma remédios de alto custo, não passa por cirurgia ou operação.

Definimos o líder: hospital estruturante, ao qual temos de dar responsabilidade e poder! Ele determina para onde o paciente deve ir. Ele é o comando e também deve escolher os seus parceiros.

Em São Paulo: 50% dos melhores hospitais do Estado eram filantrópicos, Santas Casas, que faziam 56% do atendimento do SUS e, por dependerem do SUS, estavam falidos. Criamos, então, o programa de cooperação mútua entre os hospitais chamado "Santas Casas Sustentáveis", em funcionamento. São 17 regiões no estado, com uma pequena rede dessas, ligadas a um hospital líder. Para equilibrar melhor, as 17 regiões iniciais foram divididas em mais 11, de modo a evitar regiões muito populosas, como eram inicialmente.

Hospital Estruturante

*Serviços de grande porte e considerados referências em suas regiões para a realização de **procedimentos de alta complexidade**. Prestam atenção terciária às condições de saúde mais complexas e que requeiram **recursos de alta tecnológica**.*

Hospital Estratégico

*Referências hospitalares regionais, de **alto potencial de resolução clínico e cirúrgico** para a resolução de casos eletivos **sem a competição dos casos emergenciais**.*

Hospital Apoio

***Retaguarda** para a complementação dos cuidados iniciais realizados nos hospitais estruturantes e estratégicos e para casos crônicos através de **leitos de longa permanência destinados aos cuidados prolongados**.*

SEIS | ORGANIZE AS REDES

A rede já havia sido prevista na Constituição do Brasil de 1988:

Art. 198 As ações e serviços públicos da saúde devem ser realizados por meio de redes regionalizadas e hierarquizadas que constituem o sistema único.

A Rede é melhor representada por uma célula de atendimento à saúde, que deve conter UBS, UPA, AMES, hospitais de apoio, estratégicos e estruturantes.

Além dessa gama citada acima, podem ser incluídos hospitais que se especializem em tratamentos oncológicos, cardiológicos e de trauma. Para isso, a população deve ter um tamanho que justifique essa existência pela economia de escala.

Premissas para organizar as Redes:

Estudo do perfil e das necessidades de cada território;

Informações epidemiológicas;

Cobertura e acesso aos Serviços de Saúde;

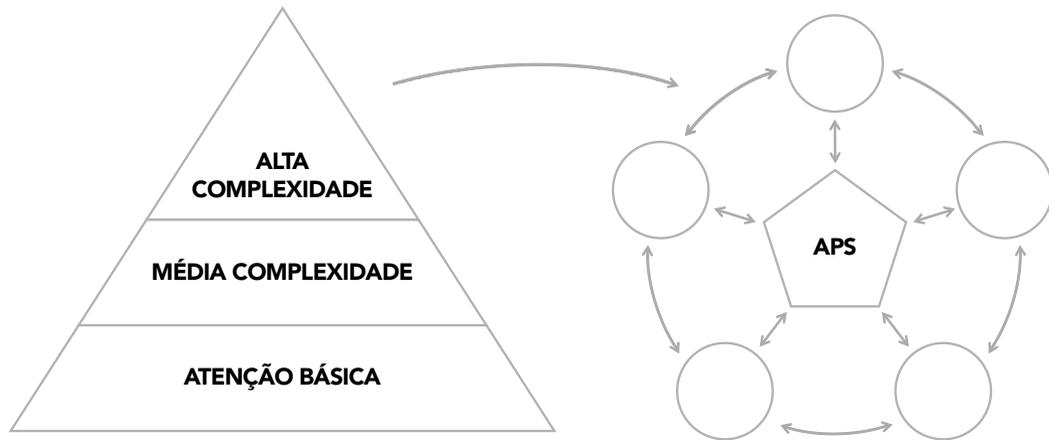
Maior Eficiência e Eficácia;

Economia de escala;

Relação Custo e Benefício.

MUDANÇA DOS SISTEMAS HIERARQUIZADOS PARA REDES

Paciente certo no lugar certo

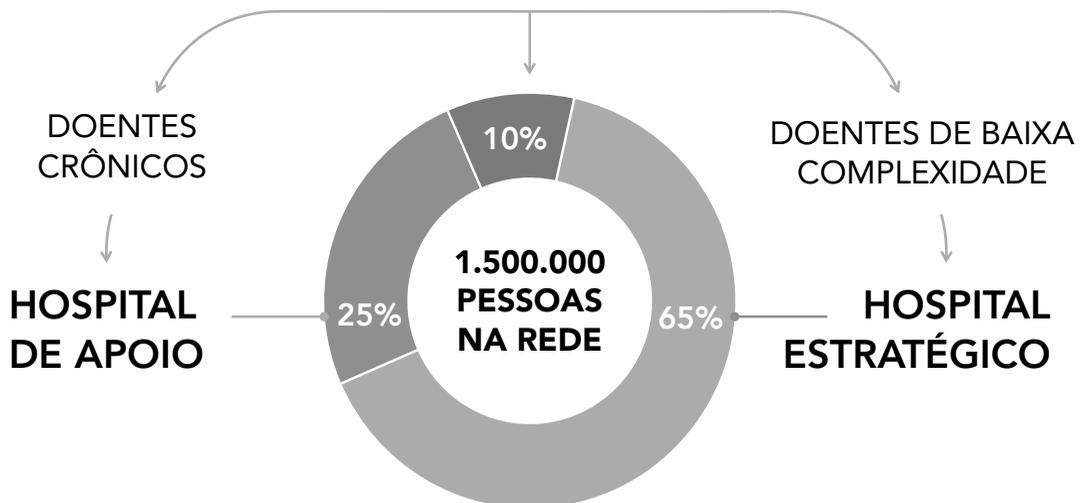


AUMENTO DA EFICIÊNCIA DOS LEITOS DE ALTA COMPLEXIDADE

Tratar o simples de forma simples e o complexo de forma complexa.

Quem mais faz, melhor faz. Concentrar as casuísticas para ganhar experiência.

HOSPITAL ESTRUTURANTE TERCIÁRIOS



Então, cada região tem um hospital estruturante e o hospital de apoio. São 34 redes com hospital grande, médio e de pequeno porte, distribuídos pelo Estado, totalizando 129 hospitais. Exatamente 25% dos 611 que tínhamos; os outros não são mais necessários. Com isso, o hospital de apoio hoje ganha 10% de verba a mais. O Estado está investindo 2 milhões por ano. O hospital Estruturante ganha 70% a mais da tabela SUS, pois identificamos que ele precisa receber o dobro da tabela. O Estratégico, 40%.

Investimos 400 milhões nesse programa, que corresponde a um décimo do que gastamos só no sistema de parceria OSS. O hospital filantrópico é muito mais barato para o Estado, porque ele tem outras fontes de rendimento, como convênios. Dessa forma, é mais barato para o Estado recuperar um hospital que está falido do que construir novo. Com pouco dinheiro, ele é recuperado e é posto para trabalhar, são hospitais essenciais.

No estado de São Paulo, havia 168 hospitais de pequeno porte com menos de 50 leitos e baixa complexidade, que o ministério chamava de HPP. Deles, 88 são essenciais, por serem o único equipamento de Saúde no município. Isso nos levou a ver de que aquele hospital precisava, qual era a mínima parte necessária para que ele continuasse a ser hospital: ter 2 consultórios, dois leitos de estabilização, que é um leito de UTI no qual o doente fica apenas o suficiente para ser posto em uma ambulância e levado para o hospital estruturante.

Então, ficou definido que esse pequeno hospital ali custaria 350 mil reais por mês, pois ele não pode ganhar pelo que faz, não há tabela de atendimento, ele precisa gastar por existir. Então, o Ministério da Saúde vai pagar 50%, o município 50% e nós, o estado, 50%, mas hoje é o município que paga 100% dessa conta. Esses hospitais essenciais não têm vida própria, são sempre uma filial de um Estruturante. Assim, um hospital de alta complexidade cuida desse pequeno hospital, manda médico para dar plantão, faz compra de remédio, recebe dele o doente e devolve para ele o doente que necessitar de longa permanência.

Um dado importantíssimo a se considerar é que há internados que precisam apenas de cuidados contínuos por um período de 30 a 40 dias em recuperação ou reabilitação, para que volte ao lar com autonomia e qualidade de vida. Nesse tipo de atendimento, não há tomografia, raio-X, laboratório ou centro cirúrgico. Isso custa R\$ 300,00 por dia por leito e são 30% dos doentes internados nos nossos hospitais.

SETE | ORGANIZE A REGULAÇÃO DO ACESSO A CADA RECURSO

Para que cada paciente seja colocado no lugar mais adequado, devemos ter uma regulação extremamente atuante e criteriosa. Essa regulação se inicia no nível regional, mas também pode chegar a ter a intervenção estadual nos casos mais com complexos.

No caso de São Paulo as regulações do Estado e do Município são separadas. O Estado conta com a CROSS Central de Referência de Ofertas de Serviços de Saúde e o município conta com o SIGA, que também é uma referência de ofertas de serviços.

O ideal é que não se tenha mais de uma regulação por região, se existir, no mínimo, que trabalhem integradas.

No caso de São Paulo, para que a integração se inicie, é preciso utilizar o mesmo sistema de informática, no futuro é importante evoluir para que exista uma única regulação.

O papel da Central de Referência vai além de encaminhar o paciente para o local mais adequado, também administra a permanência do mesmo no local. Dessa maneira, quando há necessidade de suplementação de serviços em alguma área, tais como mutirões ou corujões, no caso da Prefeitura de São Paulo é a Central de Referência que realiza o contato os pacientes e que organiza a evolução das filas.

OITO | ORGANIZE A ATENÇÃO PRIMÁRIA

Em toda a estrutura, a atenção primária tem importância fundamental e será muito mais do que somente atender. Ela tem a responsabilidade de identificar as necessidades da população e orientar a população para onde ir. Os tratamentos oferecidos são a porta de entrada de todo sistema. É a sua alimentação e a identificação das necessidades da população sob sua responsabilidade que vão orientar toda a estruturação dos recursos oferecidos. Para tanto, o agente comunitário de saúde deve ser orientado no sentido de identificar as necessidades da população e, conhecendo os recursos disponíveis, direcionar a população para onde ir. Deve, também, avaliar a eficiência do tratamento oferecido.

Papel do agente comunitário:

Responsabilizar-se pela população;

Promoção, recuperação e prevenção;

Classificação de risco e coleta de informações;

Realizar busca ativa;

Reuniões de equipes planejamento e avaliação;

Registro das atividades;

Identificar e auditar parceiros e recursos;

Orientar e encaminhar a população.

Para organizar:

Identificar necessidades da população a partir de análise do território, com base nos dados sociais, demográficos e epidemiológicos;

Ações, serviços e campanhas devem priorizar o contato do usuário com a rede da sua região promovendo cuidado continuado;

Devem atender a demanda espontânea, nas urgências e emergências.

NOVE | DESENVOLVA INDICADORES DE GESTÃO

Mensurar e classificar para fazer gestão!

Não é possível fazer gestão sem informação. O desenvolvimento de indicadores de produção, financeiros e de qualidade são fundamentais em cada uma das áreas. Esses indicadores orientam o gestor sobre as possíveis necessidades de modificações da estrutura, bem como a eficiência dos serviços oferecidos e realizados.

INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO ASSISTENCIAL

Os indicadores para avaliar o serviço de saúde podem se dividir em três grupos:

- Indicadores de produção, Indicadores financeiros e Indicadores de qualidade.

Indicadores de produção - entre os principais, estão as taxas de ocupação dos hospitais, médias de permanência, números de cirurgias por sala e por dia. E, no caso dos Hospitais de Referência, é preciso acompanhar as solicitações de vagas e eventuais recusas por falta de condições. Isso deve gerar um indicador para que o gestor possa identificar falta de leitos, avaliar necessidade de construção de mais leitos e também avaliar ocupação dos leitos já existentes. Será possível saber se estão sendo utilizados inadequadamente, como hospitais de alta complexidade atendendo doentes crônicos.

Como indicadores ambulatoriais podemos utilizar o número de consultas por hora, ou em caso de assistência básica o número de domicílios visitados por dia.

Em casos especiais o próprio prestador pode desenvolver o indicador mais adequado para avaliar a sua produção.

Indicadores financeiros devem espelhar a saúde financeira da instituição, também devem ser comparados com a tabela SUS. Mesmo que essa tabela não seja uma boa referência para financiamento dos atendimentos, certamente é um bom parâmetro para criar um gabarito de produção. De tal forma que através do faturamento SUS podemos avaliar a capacidade de atendimento de cada uma das unidades, o total da receita pública em relação a receita total nos serviços que atendem SUS e privados. Da mesma forma, podemos avaliar a porcentagem de despesa com recursos humanos sobre a despesa total, o que pode significar um excesso de mão-de-obra para executar os atendimentos.

Conta simples, indicador relevante: dividindo o custo da unidade pelo seu faturamento SUS obtém-se um indicador, muito importante, que é número de tabelas SUS que o serviço precisa para operar. Dessa forma um serviço pode operar com uma, três ou mais tabelas SUS, é um importante indicador de custo e efetividade.

Indicadores de qualidade refletem a qualidade com que estamos atendendo os nossos pacientes. Taxa de mortalidade para cada diagnóstico de incidência de infecções, disponibilidade de: agendas, tempo de espera, quantidade de filas e número de pacientes nas filas para cada um dos procedimentos.

Indicadores de Produção

- 1 Taxa de Ocupação Hospitalar
- 2 Média de Permanência
- 3 Número de cirurgias por sala por dia
- 4 Taxa de recusa de solicitação de urgência e emergência

Indicadores Financeiros

- 1 Liquidez corrente
- 2 Múltiplos da tabela SUS
- 3 Total da receita pública / Receita total
- 4 % despesas de recursos humanos e serviços de terceiros / Despesa total

Indicadores de Qualidade

- 1 Taxa de mortalidade hospitalar institucional
- 2 Infecções relacionadas a procedimentos invasivos de pacientes em UTI
- 3 Acolhimento e classificação de recursos
- 4 Disponibilização da agenda ambulatorial

DEZ | CALCULE OFERTA X DEMANDA

Definidos os indicadores do item anterior o gestor poderá calcular e equacionar a relação entre: oferta, demanda e recursos.

Algumas ações dependem de mais recursos, mas outras dependem de adequar: oferta à demanda. Muitas vezes o custo é alto porque a capacidade instalada é maior que a necessidade de demandas. É possível, muitas vezes, obter recursos apenas transferindo de áreas pouco efetivas para áreas mais necessitadas.

Vídeos referentes ao capítulo podem ser acessados nos links:

-  **Redes regionalizadas**
-  **UTI**
-  **Organize a atenção primária**
-  **Agindo da rede**
-  **Organizar a regulação**
-  **Classifique as estruturas**

3

DINHEIRO

DESTINO DO DINHEIRO SUS: ASSISTÊNCIA BÁSICA X REDE HOSPITALAR REPENSANDO A REDE

É preciso reconsiderar a destinação de verba para a Saúde. A distribuição deve ser repensada. O maior aspecto a ser considerado é a assistência básica, para a qual é destinado um terço do total da assistência em saúde.

No pensamento governante atual, se a assistência básica for bem feita, evita-se a doença e não se precisará de hospital. Em uma reunião no Ministério da Saúde em Brasília, contrariei esse raciocínio dizendo: “Está bom, então será vocês vão fazer uma assistência básica tão perfeita que não haverá mais acidente de moto, porque ninguém vai mais cair de moto. A mulher vai ter o neném de outro jeito, não haverá mais parto. Para o câncer, os senhores vão descobrir a cura”. Não há como eliminar a estrutura hospitalar, por melhor que seja a assistência básica. Hoje, na Inglaterra, faz-se uma assistência básica perfeita, mas consegue evitar apenas 10% das internações, relativas a diabéticos, hipertensos e alguma mortalidade infantil.

A questão é: SUS tem como foco a Unidade Básica de Saúde (UBS), na qual se investe, praticamente, a terça parte da verba da Saúde. Contudo, todo esse investimento na assistência básica não tem sido eficiente, já que as linhas de cuidado são todas separadas e não, coordenadas, como deveriam ser. São separadas em redes, como Rede Cegonha que assiste à grávida, Rede de Urgência que é emergência, a RAPS que é psicossocial, álcool e drogas. Certa vez, perguntei: “Se um paciente, tiver mais de um problema, como uma grávida alcoólatra que sofra um acidente, onde será atendida? Ficará um dia em cada atendimento? ”.

Segundo o SUS, a Equipe de Saúde da Família entraria na casa das pessoas, o que pressupõe que todos deixariam entrar, o que seria muito bom, pois os profissionais de saúde veriam todos os riscos por que passam as famílias. Poderiam ver e orientar aquele que está hipertenso, o outro que está acima do peso, o que precisa parar de fumar. Para o atendimento, da forma como foi pensado, as equipes têm um médico, um enfermeiro, dois auxiliares. Muito bom em tese, mas ao custo de 40 mil reais. Na prática diária, uma equipe de saúde da família, não faz nada, não pode fazer nada

e não tem nenhum efeito na Saúde como um todo, pois apenas cuida de pré-natal, puericultura e pesa as crianças. Hipertensos e diabéticos, se forem casos graves, serão encaminhados para o hospital.

A unidade básica da saúde, então, teria que orientar a pessoa para onde ir de modo a ser atendido adequadamente: para um hospital pequeno, em caso de doença leve, para um hospital médio ou para um grande hospital, caso seja cardíaco. Essa é a divisão certa, como fizemos no estado de São Paulo.

Também foram criadas as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), cujo conceito é atender de pronto. Isso porque a prevenção não está no imaginário popular, ninguém faz prevenção de Saúde, não está na cultura. Médico é alguém que você procura quando está sentindo algo.

Nas UPAs encontramos pessoas que não estão doentes e outros que têm algo bem sério como infartados, que teriam de ser atendidos. Na verdade, 40% das pessoas frequentam as UPAs para uma orientação, 40% vão pegar uma receita que irão despachar na farmácia e a medicação ocorrerá nas residências e 15% vão tomar um soro ou alguma outra coisa e também retornarão para as suas respectivas residências. Somente 5% realmente são emergências. Então, esses 5% teriam que ser identificados o quanto antes e mandados para um outro lugar. Se em uma UPA há uma senhora enfartando, ela precisa de atendimento por, pelo menos, uma hora e meia, até ela chegar ao local mais adequado.

Voltando às origens, o SUS se baseia é um tripé com os seguintes conceitos ou princípios:

UNIVERSALIDADE;

EQUIDADE;

INTEGRALIDADE.

1900

- Epidemias (malária, febre amarela...)
- Revolta da Vacina
- Polícia Médica (Saúde era tratada mais como caso de polícia do que como questão social)
- Industrialização (aumento da população urbana e da expectativa de vida)

- Ações de saúde episódicas e voltadas para questões específicas
- Órgão que cuidava da saúde pública vinculava-se ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores.
- Até década de 20: Modelo de Proteção Social Residual (ou assistencialismo exclusivo)

Como conseguir fazer gestão da Saúde com os recursos já existentes e atender os pilares do SUS?

A UNIVERSALIDADE é compreendida por: o atendimento médico deve ser ofertado para todas as pessoas. Dessa forma, como o atendimento deve ser para todos e o recurso é previamente definido, é preciso observar com muita atenção o custo unitário de cada procedimento. Quanto menor o custo de um procedimento, maior será o número de pessoas que você poderá atender com o mesmo recurso. Para fazer gestão do custo é preciso cuidar da: Capacidade Instalada (utilizar na totalidade com eficácia e eficiência), ter uma Economia de Escala “quem mais faz, melhor faz” e evitar utilização de procedimentos de alto custo (exames e remédios desnecessários).

Protocolos de Atendimento: evitam procedimentos sem relação com os diagnósticos realizados. Os Protocolos são a economia da gestão.

Protocolos – Níveis de Complexidade

Encaminhamentos para a atenção especializada.

Elaboração e divulgação de protocolos clínicos e de acesso.

Racionalização de recursos.

Redução do tempo médio de espera.

A EQUIDADE é compreendida por ofertar o que cada um precisa para atingir um nível de saúde adequado. Isso significa que os planos de saúde não podem ser iguais para a população inteira, devemos levar em consideração as necessidades diferentes de cada população existente em uma determinada região para ofertar o remédio. As populações devem ser classificadas como: Carentes, que precisam muito de tudo; Intermediárias, precisam menos e Populações Privadas, que possuem convênios e assistência privada e irão precisar muito pouco do SUS.

1923

Surgimento das CAPs
Caixas de Aposentadorias e Pensões:
trabalhadores vinculados as caixas
teriam direito a assistência médica.

1930

Surgimento das IAPs (Institutos de Aposentadorias e Pensões),
em substituição às CAPs. Um instituto para cada categoria de
trabalhadores, exemplo:
- Comerciantes (IAPC), Bancários (IAPB), Industriários (IAPI),
Marítimos (IAPM) e etc.
Modelo de proteção social Seguro Social

Para fazer um plano de gestão é preciso identificar a necessidade de cada um desses 3 grupos.

A integralidade requer ações intersetoriais e uma nova governança na gestão de políticas públicas. Requer a efetividade da gestão da saúde com eficácia e eficiência, levando em conta todos os conceitos já destacados ao longo desse diálogo.

Fragilidades do SUS:

Falta de definição da população a ser atendida;

Falha na construção de redes de atendimento;

Desvirtuamento da Atenção Primária;

Excesso de expectativa na prevenção de doenças;

Excesso de atividades burocráticas;

Falha na regulação dos casos;

Falta de informação, auditoria e indicadores de gestão.

Problemas

Transição demográfica e nutricional

Tripla carga de doença (crônicas, infecciosas e trauma)

Sistema fragmentado de saúde

Solução

Sistema integrado de saúde que opere de forma contínua e proativa, ou seja, as redes de atenção à saúde

1934

Constituição de Sistema tripartite de financiamento, o empregador e o Estado deveriam contribuir.

1937

Constituição institui os seguros de vida, de invalidez e de velhice. Não existia um Ministério exclusivo para a Saúde, essa época era o Ministério da Saúde e Educação.

Temos que admitir que é difícil transformar, repensar conceitos e fazer o novo.

Para isso, citarei reflexão de Gilson Carvalho, Médico Sanitarista, Pediatra e gestor do SUS: “Nesses 25 anos do SUS, temos que reconhecer que a realidade que pensamos acabou não acontecendo conforme script original. Essa realidade sempre foi mudando o modo de encarar a proposta. O SUS não veio pronto. Teoricamente estava pronto, mas na prática está sendo cada vez mais difícil consolidá-lo. Se a gente desvirtuou o caminho? Não, o caminho se desvirtuou da gente. Então, hoje, o caminho existente é o do “anti-SUS”. Ou nós enfrentamos os desafios para mudar isso ou temos um SUS apenas para os pobres.”

Fica o convite para repensarmos o destino do dinheiro.

1946

Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece a saúde como direito social. A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade. Gozar do melhor estado de saúde que seja possível de se atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social.

1953

Criação do Ministério da Saúde
Governo de Getúlio Vargas

Vídeos referentes ao capítulo podem ser acessados nos links:

-  **Dinheiro / Investimento**
-  **Destino do \$ / Repensar**
-  **Alta Complexidade**
-  **O problema é o desperdício**

*“Consórcios entre municípios:
solução inteligente para criar economia de escala
com foco na eficiência.”*

Wilson Pollara, Médico

4

SOMA E
SUBTRAÇÃO

ADOTANDO ESSAS DUAS OPERAÇÕES MATEMÁTICAS, SOBRRÁ DINHEIRO! É PRECISO FAZER CONTA E SIMPLEMENTE NÃO GASTAR COM O QUE NÃO PRECISA.

Estatisticamente em uma população de 1000 pessoas por volta de 10% serão internadas em um ano. Portanto, teremos 100 internações em um ano para cada 1000 pessoas. Sendo que cada internação tem a duração média de três dias e meio, portanto, serão necessários 350 dias de internação por ano.

Dividindo os 350 dias de internação por 365 dias do ano teremos a necessidade de um leito para cada 1000 habitantes. Aproximadamente 10% serão leitos de alta complexidade.

Cerca de 25% serão leitos de longa permanência com baixa complexidade, o restante serão leitos de média complexidade, divididos pelas especialidades mais frequentes, tais como maternidade, ortopedia, clínica médica otorrino, oftalmologista entre outras.

1966

Fusão de todos IAPs (exceto dos servidores estaduais) no INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) depois do SUS se transformou em INSS: Instituto Nacional de Seguridade Social

1977

Surgimento do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social). Dessa forma se dividiu os órgãos: INPS lidava com os benefícios de aposentadoria e pensões e o INAMPS seria o responsável pela saúde dos trabalhadores. Esse serviço "perdeu forças" após criação do SUS e foi extinto em 1993

IMPORTANTE USAR OS CONCEITOS DA MATEMÁTICA DE CLASSIFICAÇÃO E DIVISÃO PARA: organizar separadamente assistência primária e assistência especializada.

NECESSIDADE	EQUIPAMENTO
ASSISTÊNCIA PRIMÁRIA	UBS
AVALIAÇÃO DE RISCOS	
PREVENÇÃO DE DOENÇAS	
EDUCAÇÃO DE HÁBITOS	
DIAGNÓSTICO PRECOCE E ENCAMINHAMENTO	
EMERGÊNCIAS SIMPLES, AGRAVOS DE CRÔNICOS E LONGA PERMANÊNCIA	UPA / PS HOSPITAL ESSENCIAL
CONSULTAS DE ESPECIALIDADES	AME
PACIENTES CRÔNICOS LONGA PERMANÊNCIA	HOSPITAL DE APOIO
PROCEDIMENTOS ELETIVOS MÉDIA COMPLEXIDADE	HOSPITAL ESTRATÉGICO
EMERGÊNCIAS REFERENCIADAS ALTA COMPLEXIDADE	HOSPITAL ESTRUTURANTE

1978

Contexto internacional Declaração de Alma Ata: marco histórico da Atenção Primária à Saúde - APS (estabelecia saúde a todos no ano 2000, combate à desigualdade entre os povos, atenção primária ao alcance de toda comunidade.

1980

Início do Movimento da Reforma Sanitária Propostas de mudança do sistema de saúde no Brasil

1985

Término da Ditadura Militar. Tancredo Neves é eleito de forma indireta

ALTA COMPLEXIDADE: INCIDÊNCIA DE ATAQUES CARDÍACOS POR ANO

Encarando os casos complexos da tabela abaixo, por exemplo, a incidência de ataques cardíacos realmente graves é muito baixa em relação à população atendida. Portanto, criar estrutura complexa para que possam ser tratados casos cardíacos, de alta complexidade, não se justifica. Devemos concentrar estes casos em estruturas especializadas.

Na tabela abaixo podemos ver que em uma população de 10.000 habitantes, teremos por ano somente 13 em casos de problemas cardíacos sérios. Significa que, uma vez por mês, uma cidade de 10.000 habitantes, terá um ataque cardíaco. Não justifica a presença de uma equipe de alta qualidade, isso revela a importância da regulação concentrando todos os casos em um ponto de atendimento escolhido em uma região específica e estratégica.

IDADE	HABITANTES		
	10.000	50.000	00.000
85 ou +	1,3	6,7	13,3
75 a 84	2,7	13,5	26,9
65 a 74	3,0	15,2	30,4
55 a 64	2,8	14,2	28,5
45 a 54	2,1	10,4	20,7
35 a 44	1,0	4,9	9,8
0 a 34	0,2	0,9	1,8
TOTAL	13,1	65,7	131,3

1986

8ª Conferência Nacional de Saúde
5.000 participantes entre população, professores, trabalhadores de saúde quando foi formulada a proposta de um Sistema único para todos os brasileiros

Contexto internacional
Carta de Ottawa
Marco histórico da Promoção da Saúde (condicionantes sociais da saúde, ações comunitárias, ambientes saudáveis...).

8ª Conferência Nacional de Saúde
Saúde como direito do povo. Reformulação do Sistema Nacional de Saúde. Financiamento do setor.

Outra observação representada pela tabela abaixo é que existem casos de pacientes não recuperáveis, por maior que seja o investimento o resultado que se obtém é muito pequeno. Portanto, devem sim existir protocolos de atendimento para poupar grandes investimentos sem nenhuma possibilidade de êxito.

PROGNÓSTICO	HABITANTES		
	10.000	50.000	100.000
BAIXA POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO	4,0	20,1	40,2
ALTA POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO	9,1	45,6	91,1
TOTAL	13,1	65,7	131,3

A solução não é ampliar capacidade dos leitos ou construir mais hospitais; precisa-se de gestão. Compromisso e responsabilidade com uso adequado dos recursos.

Gráfico de Eficiência

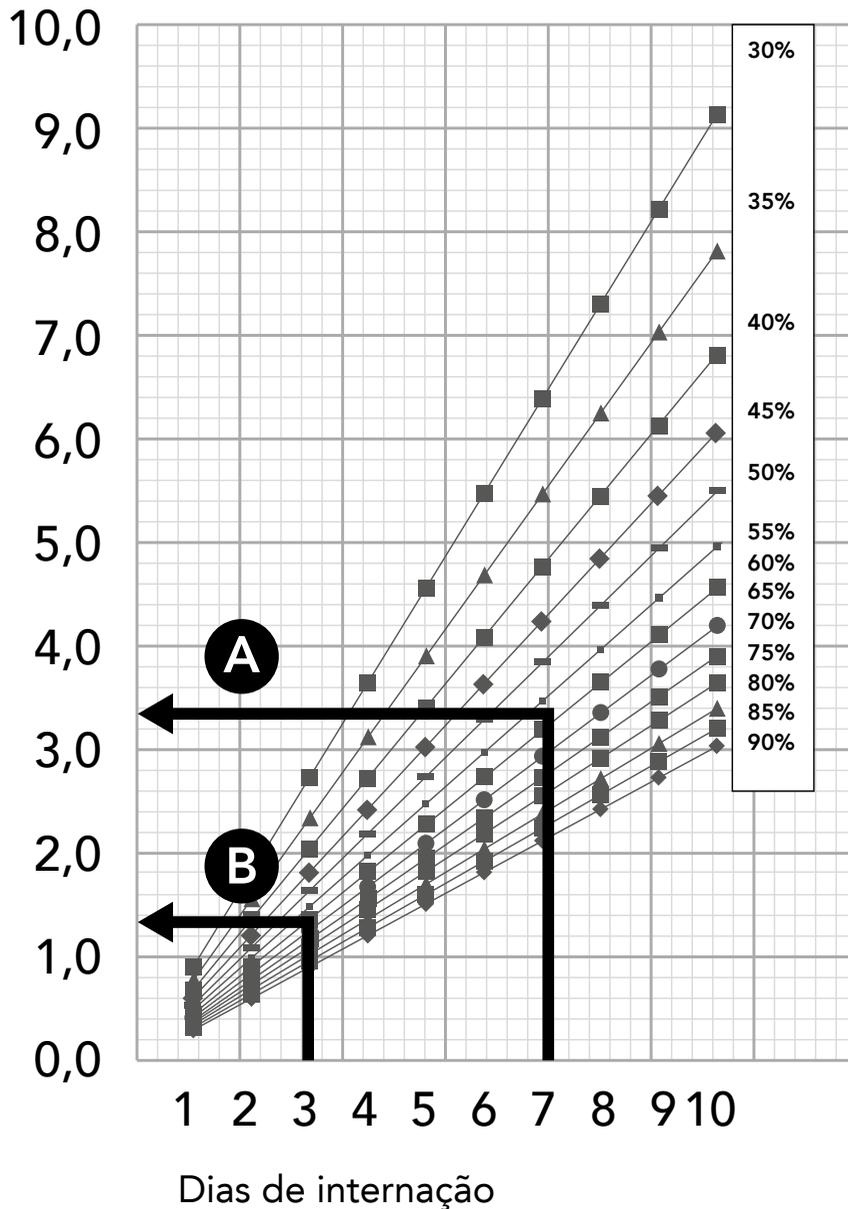
Demonstra como, atualmente, utilizamos a capacidade dos nossos leitos hospitalares (situação A no gráfico abaixo) através do número de dias de internação. Propõe (na situação B) como devemos utilizar de maneira consciente os leitos hospitalares, promovendo medicina de qualidade e comprometidos com economia de escala.

1988

Constituição Federal, instituído o SUS (seção saúde – artigos 196-200) Sistema Nacional de Seguridade Social, assegura o bem-estar e a justiça sociais. Saúde é direito do povo e dever do estado. Os serviços de saúde e de assistência social não demandam que seus usuários efetuem uma contraprestação é gratuito.

Número de leitos por mil habitantes

Taxa de Ocupação



1990

Lei Orgânica da Saúde (LOAS) nº 8.080/90

Complementação (nº 8142/90): ambas são as mais importantes leis da área da Saúde

Criação do INSS (Instituto Nacional de Seguridade Social); para cuidar dos benefícios como pensões, aposentadorias, licença por acidente de trabalho.

Vídeos referentes ao capítulo podem ser acessados nos links:

-  **Soma e subtração**
-  **Soma e subtração**
-  **3 tipos de pacientes**

Art. 3 - A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

*“Prolongar o sofrimento é desumano
e ainda pode ser um sinal de culpa.”*

Wilson Pollara, Médico

5

ESCOLHAS

COMO FAZER? O QUE PERSEGUIR?

No planejamento do atendimento o gestor deve ter em mente a frequência dos casos. Devemos nos concentrar nos casos mais frequentes através do DIAGRAMA DE PARETO. Podemos observar que 20% dos diagnósticos são responsáveis por 80% dos atendimentos, isto facilita muito a necessidade de especialistas em todas áreas.

Para fazer escolhas: devemos nos concentrar nos casos mais frequentes, conseqüentemente a necessidade de especialistas e recursos diminuirá. Não haverá necessidade de termos todos os recursos e todas as possibilidades em todos os pontos de atendimento.

Dessa forma, os casos mais raros, de menor frequência, devem ser encaminhados ao apoio adequado. Apoio que unifique, em um só prestador, casos que seriam pontuais em várias regiões, assim aumentamos muito a eficiência do atendimento destes casos em um determinado especialista.

Abaixo relaciono uma lista de eventos de um pronto-socorro e sua frequência. O mapeamento revelará que a maioria dos casos atendidos são simples, de baixa complexidade e que poderiam ser atendidos por qualquer tipo de especialista. Poderemos contar uma frequência alta e casos simples, para serem atendidos de forma rotineira, e uma frequência baixa de casos complexos para ser atendidos por uma estrutura mais complexa.

1991

NOB 91 (Norma Operacional Básica)

Reorganizar modelos de gestão, alocação recursos, integração entre as 3 esferas (municipal, estadual, federal), promover a transferência das responsabilidades do SUS para os estados e municípios

1993

NOB 93

ATENDIMENTOS MAIS FREQUENTES EM UM PRONTO SOCORRO

1	DIARRÉIA E GASTROENTERITE INFECCIOSA	717	17%	17%
2	CEFALÉIA ENXAQUECA	404	10%	27%
3	FARINGITE AMIGDALITE LARINGITE AGUDA	400	9%	36%
4	INFECÇÃO DE VIAS AÉREAS SUPERIORES	307	7%	43%
5	DOR ABDOMINAL E PÉLVICA	303	7%	50%
6	DISPEPSIA GASTRITE NÁUSEAS E VÔMITOS	267	6%	57%
7	INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO	212	5%	62%
8	DOR DE GARGANTA E NO PEITO	206	5%	66%
9	CÓLICA NEFRÉTICA	163	4%	70%
10	SINUSITE	130	3%	73%
11	HIPERTENSÃO ESSENCIAL	127	3%	76%
12	OTITE	111	3%	79%
13	DORSALGIA	102	2%	81%
14	TRANSTORNOS ANSIOSOS	96	2%	84%
15	TONTURA E INSTABILIDADE	88	2%	86%
16	TOSSE	88	2%	88%
17	FEBRE ORIGEM DESCONHECIDA	83	2%	90%
18	PNEUMONIA	77	2%	92%
19	CONJUNTIVITE	58	1%	93%
20	ASMA	58	1%	94%
21	TRANSTORNOS DOS TECIDOS MOLES	55	1%	96%
22	URTICÁRIA	52	1%	97%
23	DOENÇAS POR VÍRUS DE LOCALIZ NE	50	1%	98%
24	SÍNCOPE E COLAPSO	48	1%	99%
25	CISTITE	41	1%	100%
TOTAL DE ATENDIMENTOS		4234		

1994

Criação do Programa Saúde da Família
Transformar em Estratégia Saúde: principal
intervenção na família através da Atenção Básica

1995

Extinção de LBA
e FUNABEM

1996

NOB 96

CONCLUINDO COM A TABELA

Priorizar pela simplicidade e centralizar para ter ganhos de escalas.

Podemos observar que mesmo em caso de várias especialidades, por sua simplicidade, muitos pacientes podem ser vistos pelo clínico geral. Seguindo essa observação poderíamos CRIAR UM MÉTODO, onde o clínico geral teria uma eficiência de cerca de 57% nas mais variadas especialidades, COM RELEVANTE ECONOMIA E APROVEITAMENTO que revela que nem todos os casos devem ser encaminhados aos especialistas. Para isso, é imprescindível que o clínico geral tenha preparo adequado, possa contar com protocolos bem estabelecidos e entenda previamente sua atuação na totalidade.

*Importante garantir para o Clínico Geral:
TREINAMENTO + PROTOCOLOS + ENTENDIMENTO
E CLAREZA DE COMO ATUAR.*

2001

NOAS (Norma Operacional de Assistência à Saúde)
Define-se que município é responsável pela Atenção Básica

2006

Pacto pela Saúde
Dividido em Pacto pela Vida,
Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS)

EFICIÊNCIA DO ATENDIMENTO DO CLÍNICO GERAL

	EFICIÊNCIA	FREQUÊNCIA	TOTAL
GASTROENTEROLOGIA	100%	14%	14%
CLINICA MÉDICA	100%	14%	14%
OTORRINOLARINGOLOGIA	95%	8%	8%
UROLOGIA	85%	5%	4%
NEUROLOGIA	72%	6%	4%
OFTALMOLOGIA	70%	1%	1%
CIRURGIA	6%	10%	1%
ORTOPEDIA	10%	24%	2%
GINECOOGIA	40%	8%	3%
			57%

2008

Criação do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família)
Ampliar a oferta de serviços na Atenção Básica com a
inserção de outros profissionais, entre eles o psicólogo

2011

Decreto 7.508
Regulamenta lei orgânica da saúde
Portaria nº 2.488
Política Nacional de Atenção Básica

Em resumo: o clínico geral é a nossa equação matemática, nossa fórmula para fazer mais com menos. Ou seja, ter a atuação desse profissional mapeada, protocolada em funcionamento trará benefícios a população como agilidade e conforto, além de otimizar o uso das redes e recursos.

2017

Distribuição e Mercado para médicos no Brasil

55% de todos os médicos do País estão na região Sudeste

Norte e Nordeste têm a menor disponibilidade de médicos.

Vídeos referentes ao capítulo podem ser acessados nos links:

-  **Criar Fluxos**
-  **Como saber o que fazer**
-  **Eu estou secretário, mas sou médico**
-  **A vida me preparou para isso**
-  **Clínico Geral**

Há mercado para médicos pelo interior do país devido ao Agronegócio.

Praticamente todos os dias há novos editais de concursos públicos.

Médicos especializados em administração são muito procurados.

*“Os prefeitos prometem o impossível,
ignoram a economia de escala na medicina.”*

Wilson Pollara, Médico

6

TECNOLOGIA

TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO IMPRESCINDÍVEL PARA FAZER GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA COM QUALIDADE E ECONOMICAMENTE VIÁVEL. ESSE RECURSO É O PULMÃO DAS NOSSAS REDES.

No segmento médico, tudo é tecnologia. São inegáveis os avanços provocados pela tecnologia, uso e aplicação, para inovar procedimentos, cirurgias e alcances de diagnósticos, exames, imagens, remédios e tratamentos.

A Medicina teve que evoluir muito para tratar das sequelas das grandes Guerras da humanidade, além de se beneficiar com avanços tecnológicos destinados para esse fim. Poderia relacionar e citar muitos exemplos desses avanços ao final da guerra fria entre Estados Unidos e Rússia, mas a intenção é ser um norteador estratégico para o gestor da saúde.

Nesse capítulo tratarei da tecnologia da informação que tanto padece na saúde pública.

A Medicina de qualidade não depende da tecnologia da informação, mas a Medicina em grandes massas depende e muito da Tecnologia da Informação.

Esse conhecimento torna-se recurso para possibilitar ampliação do escopo, abrangência e escala de atendimentos. É com esse recurso que se consegue gerir pessoas dispersas em tempo e espaços diferentes.

O teleatendimento na medicina é um recurso multiplicador da capacidade de atendimento e equipamentos, demonstra o que a tecnologia da informação pode proporcionar. Por exemplo, um especialista, pode atender dezenas de casos por hora, tomar decisões ou orientações que irão servir para muitos pacientes. Por isso, é tão importante adotar essa solução na Saúde Pública, pois aquilo para Saúde

1543

ANATOMIA MODERNA

Andreas Vesalius (1514-1564)

Avanços no estudo de doenças e tratamentos

1628

CIRCULAÇÃO DO SANGUE

William Harvey (1578-1647)

Avanços no estudo de doenças e técnicas cirúrgicas

1675

BACTÉRIAS

Antony van Leeuwenhoek (1632-1723)

Descoberta de uma das maiores causas de doenças e mortes

Privada tem uso de conveniência e comodidade, na pública é ganho de escala, impacto na economia em várias abrangências do sistema. Com esse recurso torna-se economicamente viável, em regiões de populações menores e dispersas, viabilizar atendimentos especializados, como Cardiologia, Neurologia.

É importante desmistificar e promover o entendimento da população sobre telemedicina, não é ausência de contato médico com o paciente, é sim o meio através do qual esse contato ocorre.

O exemplo acima, de um único recurso de TI, dimensiona o ganho de escala que podemos ter com esse uso.

Na cidade de São Paulo vivenciamos um atraso de décadas na implantação e adesão do prontuário eletrônico, mas hoje temos uma enorme oportunidade de digitalizar e disponibilizar para redes o entorno ou rastro digital. O que significa acessar dos mais diversos locais de atendimento o histórico do paciente dos exames laboratoriais, exames de imagens e retirada de remédios. Ou seja, o atendimento, por enquanto, está em papel, mas todos os resultados dos encaminhamentos e passos do paciente após uma consulta poderão ser acessados.

Cada cidade região, município, cidade ou estado tem seus desafios específicos, mas podemos sempre usar ensinamentos de Confúcio e “ajustar as velas do barco”.

*Tecnologia da Informação aplicada
à Saúde Pública gera ganhos de:
Eficiência;
Continuidade;
Economia.*

1796**VACINA**

Edward Jenner (1749-1823)
Prevenção contra varíola
e outras doenças graves

1842**ANESTESIA**

Crawford Long (1815-1878)
Cirurgias indolores e mais
bem-sucedidas

1895**RAIOS X**

Wilhelm Röntgen (1845-1923)
Método para diagnósticos mais
rápidos e precisos

Minha visão é que em um futuro breve, em São Paulo, poderemos trabalhar com uma tecnologia da informação mais avançada, que gere um painel de controle de dados clínicos, através do rastro ou entorno digital, com isso poderemos dimensionar nossa rede, fazer previsibilidade entre oferta x demanda. Além de empoderar o usuário da saúde pública, que poderá ter acesso aos seus dados e histórico de saúde de forma remota, através do celular. Isso será importante para deixar o atendimento mais eficiente e eficaz, e o paciente responsável e com acesso para não apenas falar, mas mostrar seus dados e histórico.

1906

CULTURA DE TECIDOS
Ross Harrison (1870-1959)
Revolução no estudo das doenças

1912

COLESTEROL
Nikolai Anichkov (1885-1964)
Novos rumos para o estudo das doenças cardíacas

1929

PENICILINA e ANTIBIÓTICOS
Alexander Fleming (1881-1955)
Fungo que possui propriedades antibióticas iniciou a era moderna de antibióticos.
A melhor arma contra bactéria.

Vídeos referentes ao capítulo podem ser acessados nos links:

 **TECNOLOGIA**

1953

DNA

Maurice Wilkins (1916-2004)

Revolução na biologia molecular

*“As redes de atendimento são a única solução
para atender todos com qualidade.”*

Wilson Pollara, Médico



TROCANDO EM MIÚDOS

ESPAÇO DO LIVRO DEDICADO
A POSICIONAMENTOS,
CONTEMPORANEIDADES
E INQUIETAÇÕES.

O QUE ACONTECEU?

Para chegar aonde a Previdência está hoje, além dos fatores concretos como o envelhecimento da população, falta de dados e de cálculos, grandes questões foram ocorrendo à medida que a gestão foi centralizada no governo federal. Um imenso volume de dinheiro, suscita todo tipo de desvio e alteração. Desde, incluir beneficiados não contribuintes, a um leque cada vez maior de serviços que se afastam do objetivo previdenciário. Por fim, uso indevido dos recursos financeiros para financiar obras faraônicas e o desenvolver o país com dinheiro da Previdência.

Imagine se nós decidíssemos começar um Montepio neste momento. Nos próximos 30 anos, até que a primeira pessoa se aposentasse, nós só acumularíamos dinheiro. Por 30 anos teríamos uma entrada constante de capital, gerando uma imensa arrecadação. Então, seria natural pensar: “É muito dinheiro! O que vamos fazer com ele?”

Na verdade, esse montante acumulado deveria ser aplicado para que, quando cada um dos participantes se aposentasse, tivesse acesso ao seu dinheiro preservado e com os devidos rendimentos. Mas, não foi o que aconteceu com os institutos. Como era grande o montante de capital, ele foi sendo utilizado, inicialmente, para pagar saúde, algo que era pouco disponível para atender a todos. Assim, os IAPs (Institutos de Aposentadorias e Pensões), começaram a contratar médicos próprios e a criar hospitais e serviços.

Quando eu estava na faculdade, fim da década de 60, tive professores que ainda trabalhavam para esses institutos. Diziam: “Sou cirurgião do IAPTEC” ou “Eu sou cirurgião do IAPI”.

A Constituição de 1934 criou um sistema tripartite de financiamento. Foi a primeira vez em que o Estado concordou em pagar, mas também exigiu da empresa. Assim, as participações do Estado e da empresa foram somadas à do trabalhador, que já vinha pagando por meio dos sindicatos.

A Constituição de 1937 instituiu os seguros de vida, por invalidez e por velhice. Ora, a expectativa de vida naquela época era muito baixa, mas foi aumentando, e a correção da aposentadoria nem de longe acompanhou. Nessa Constituição, estabeleceu-se também um percentual mínimo de 70% do salário mínimo para as aposentadorias e 35% para as pensões provisórias, doença e outras.

	1889	1909	1922
GOVERNO	1889 Deodoro da Fonseca	1909 Nilo Peçanha	1922 Artur Bernardes
BRASIL	1891 Floriano Peixoto	1910 Hermes da Fonseca	1926 Washington Luís
	1894 Prudente de Morais	1914 Venceslau Brás	1930 Getúlio Vargas
	1898 Campos Sales	1918 Rodrigues Alves	1945 José Linhares
	1902 Rodrigues Alves	1918 Delfim Moreira	1946 Eurico Gaspar Dutra
	1906 Afonso Pena	1919 Epitácio Pessoa	1951 Getúlio Vargas

Foi no governo Dutra, de 1946 a 1951, que se criou o departamento Nacional de Previdência Social, que incluía o setor social como um todo: assistência social, assistência à saúde e aposentadoria. Com isso, a aposentadoria ganhou mais uma atribuição, um serviço a mais pelo qual teria que pagar e que, até então, não era responsabilidade dela.

A seguir, veio a revolução de 1964 que começou a incluir o seguro-desemprego, o salário família e também seguro por acidente de trabalho. Poucos sabem disso. Eu mesmo pensava que esses benefícios seriam conquistas da era Vargas, mas não, foram os militares.

Também no governo militar, no final da década de 60, o trabalhador rural foi incluído no sistema por meio do Funrural, o que resultou em um peso a mais para a Previdência, já que não foi cobrada qualquer contribuição dos assalariados rurais. Quando eu era estudante e cirurgião, haviam dois tipos de pessoas que não pagavam pelo atendimento: o indigente e o participante do FUNRURAL. Em 72, o governo Médici incluiu os trabalhadores domésticos na Previdência Social.

Anteriormente, Juscelino Kubitschek já havia unificado todos os dispositivos na Previdência, como o auxílio reclusão, auxílio natalidade e auxílio-funeral. Havia muito dinheiro, então, na avaliação do momento, o governo podia auxiliar todo mundo, poderia dar dinheiro para toda necessidade. Essa postura promove um grande déficit no sistema, mais uma grande questão para as contas da Previdência.

Imagine um indivíduo que tenha um salário inicial de R\$ 1000. Imagine que, durante 30 anos, ele recolha e aplique 20% do salário dele. Se o salário tiver uma correção de 1% ao ano e a aplicação tiver uma correção de 1% ao mês, ao final de 30 anos ele terá 1.760.000 reais naquela conta no banco. Quanto seria 1% desse valor? Ora, usando apenas os juros, ele terá um salário muito parecido com o seu salário final depois de 30 anos.

Essa é a conta que deveria ser feita. Todos nós estaríamos aposentados com nosso salário, se nós tivéssemos feito um cálculo. Mas, o imenso volume de dinheiro recolhido de todos os trabalhadores chamou muito a atenção de todos os governantes. Assim, o dinheiro da Previdência foi utilizado não só por Juscelino na construção de Brasília, como também pelos governos militares. Mário Andreaza o empregou na construção da Ponte de Niterói, na Transamazônica, na Belém-Brasília. Esse sim foi o golpe decisivo, por mudar a filosofia da Previdência.

1954

1954 Café Filho
1954 Carlos Luz
1954 Nereu Ramos
1956 Juscelino Kubitschek
1961 Jânio Quadros
1961 João Goulart

1964

1964 Castello Branco
1967 Costa e Silva
1969 Garrastazu Médici
1974 Ernesto Geisel
1979 João Baptista Figueiredo
1985 José Sarney

2016

1990 Fernando Collor de Mello
1992 Itamar Franco
1995 Fernando Henrique Cardoso
2003 Luiz Inácio Lula da Silva
2011 Dilma Rousseff
2016 Michel Temer

O PASSADO COMO REFERÊNCIA

O financiamento da assistência à saúde é um subproduto da Previdência, que surgiu quando ainda não se imaginava pagar pela saúde. Saúde era um serviço gratuito feito por padres, freiras e Santas Casas. A partir de um momento, a história da Saúde no Brasil mistura-se com a da Previdência e principalmente com a do sindicalismo.

A primeira vez em que aparece a instituição pública pagando algo para o indivíduo, ou seja, o Estado ajudando a pessoa, é relatado na Constituição de 1824, que dedicou um artigo à Previdência Social. Dois anos depois da Independência do Brasil, aquele dispositivo constitucional garantia o direito aos “socorros públicos”, mas efetivamente isso nunca se materializou, pois, os cidadãos não tinham meios para exigir que essa garantia fosse cumprida. Real como direito, porém faltava-lhe exigibilidade.

Na Constituição de 1891 inicia-se aposentadoria por invalidez, somente para os Funcionários Públicos, completamente custeada pelo Estado, sem qualquer contribuição por parte do trabalhador. Era um benefício que o Estado pagava sem recolhimento algum.

Em janeiro de 1923, um decreto legislativo de Eloy Chaves, considerado o pai de Previdência, consolidou a base do sistema previdenciário brasileiro com a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP), inicialmente para os ferroviários. Após a consolidação da Lei, outras categorias, como os portuários, servidores públicos, mineradores, passaram a ser beneficiadas. As próprias empresas constituíam suas caixas e quase todas previam a forma de custeio da previdência daquela categoria, bem como quais os benefícios que seriam concedidos. Começou aí a capitalização: todos pagando um pouco para quem precisasse usar.

Contudo, essas caixas de aposentadoria e pensões eram muito frágeis por possuírem um número pequeno de pessoas, já que a indústria era muito incipiente nessa época. Sabemos também que qualquer seguro que tenha um pequeno grupo de pessoas, não consegue capital suficiente para os grandes eventos. Além dessa questão do universo pequeno de segurados, também haviam hipóteses demográficas seguidas que eram duvidosas, não se tinha estudo atuarial nenhum. Soma-se a isso um elevado número de fraudes na concessão dos benefícios, como ainda costuma acontecer.

1750

Herança Portuguesa: instituição teve sua atuação marcada por duas fases:

1º período meados do século XVIII até 1837, fase de natureza caritativa;

1838

2º período de 1838 a 1940, fase de atuações de natureza filantrópica.

Foi Getúlio Vargas quem substituiu as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP) pelos Institutos de Aposentadoria (IAP). Nesse momento, os Institutos deixam de ser da empresa e passam a ser da categoria, principalmente do sindicato. O sindicato, assim, assume a responsabilidade pelos institutos com financiamento próprio. Foram surgindo, nesses anos, os mais variados institutos para as diversas categorias, como marítimos, bancários, servidores do Estado.

	1543	1545	1549	1560	1582
No Brasil as primeiras surgiram com a chegada dos portugueses	Santos	Espirito Santo	Bahia	São Paulo	Rio de Janeiro Olinda

UNIVERSAL E IGUALITÁRIO | TUDO PARA TODOS

Essa tem sido a questão, “acesso universal”, ou seja, acesso de todas as pessoas e de modo igualitário. Texto lindo como ideal, mas, convenhamos, é impossível de se concretizar. Como seria possível dar a todas as pessoas direito a todos os serviços existentes? Sabemos que a medicina fica cada vez mais custosa, cada vez mais sofisticada. Torna-se inviável o cumprimento daquilo que é definido e garantido pela Constituição.

Antes do SUS (1988) havia um equilíbrio possível nas contas da Saúde: 30% das pessoas eram particulares e pagavam a medicina do seu próprio bolso. Era acessível e as pessoas conseguiam pagar. Eu me lembro de muitos que operei como particulares. O doente colhia três sacos de feijão, vinha para a cirurgia de hérnia e conseguia pagar. Era atendimento particular, em quarto simples, pago pelo próprio paciente.

No mais, os trabalhadores e empresas se financiavam com 40%.

Os indigentes correspondiam a 30%, financiados pelas entidades beneficentes que financiavam as Santas Casas, como Rotary, Lions.

Com a nova Constituição, todos passaram a ser atendidos pelo SUS, contudo não houve aumento de recursos. Todos podem ser atendidos, mas os recursos vêm apenas dos trabalhadores, que passaram a pagar pelos que seriam atendidos como particulares e por todos os indigentes. Antes, para se internar, as pessoas precisavam trazer a carteira de trabalho. Hoje, não é mais necessário, o SUS dá direito a todos.

Então, ampliou-se o atendimento gratuito para mais duas parcelas da população, 40% de particulares e 30% de indigentes, sem aumento de recursos. A tabela do SUS, que passou a ser adotada com a extinção do INAMPS, não é corrigida há 20 anos.

LINHA DO TEMPO SUS

1923	1932	1965	1977
<p>Criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões CAP</p>	<p>Criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões IAPs</p>	<p>Criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)</p>	<p>Criação do SINPAS e do INAMPS</p>
<p>Garantia de pensão em caso de algum acidente ou afastamento do trabalho por doença, e futura aposentadoria.</p>	<p>As CAP's são substituídas pelos IAP's, que eram autarquias de nível nacional centralizadas no governo federal.</p>	<p>Em 1964 foi criada uma comissão para reformular o sistema previdenciário, que resultou na fusão de todos os IAP's no INPS.</p>	<p>Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (órgão governamental prestador da assistência médica).</p>
1982	1986	1987	1988
<p>Implantação do PAIS Programa de Ações Integradas da Saúde</p>	<p>8ª Conferência Nacional de Saúde</p>	<p>Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde SUDS</p>	<p>Constituição Federal seção específica para políticas de Saúde</p>
<p>Ênfase na atenção primária, sendo a rede ambulatorial pensada como a "Porta de Entrada do Sistema".</p>	<p>Proposta de Criação do SUS – Sistema único de Saúde</p>	<p>Universalidade e equidade no acesso aos serviços de saúde. Integralidade dos cuidados assistenciais; Descentralização das ações de saúde; Implementação de distritos sanitários.</p>	<p>Prevê artigos 196 e 200 seção específica para tratar das políticas de saúde.</p>

1990	1990	1991	1993
Lei Orgânica do SUS nº 8.080	Lei Complementar do SUS nº 8.142	Criação da CIT e CIB	NOB – SUS 93 Norma operacional Básica do Sistema Único de Saúde
Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes.	Deliberação sobre caráter participativo da comunidade na gestão do SUS e sobre redefinição das formas de transferência intragovernamentais dos recursos financeiros.	Comissão de Inter gestores Tripartite e Comissão de Inter gestores Bipartite gestão colegiada do SUS, compartilhada entre vários níveis do governo.	Estabeleceu Normas e Procedimentos reguladores com foco no processo de descentralização.
1996	2001	2002	2006
NOB – SUS 96 Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde	NOAS SUS Norma Operacional de Assistência à Saúde	NOAS SUS Norma Operacional de Assistência à Saúde	Pacto pela Saúde
Gestão Plena Municipal de Saúde. Ampliação da cobertura do Programa de Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Implementação do Piso da Atenção Básica (PAB) e do Programa Pactuada e Integrada.	Regulamentação da regionalização da assistência à saúde por meio da definição da divisão de responsabilidades entre Estados e Municípios na gestão do SUS.	Ampliação das responsabilidades dos municípios na Atenção Básica. Criação de Mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS.	Muda a lógica da implementação do SUS, que deixa de ser orientada por NO6 e passa a ser feita por meio da pactuação entre os gestores. Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto de Defesa do SUS.

O QUE E POR QUE MUDOU?

A municipalização da Saúde foi cruel com o município, porque o prefeito mora do lado do município. Se uma pessoa precisa de uma vaga da UTI, não vai bater no palácio do governo nem em Brasília. Bate na porta do prefeito, que se vê obrigado a conseguir essa vaga.

A grande calamidade, contudo, é a saída do governo federal do financiamento da Saúde. Recursos federais pagam, o Estado paga e o município paga. A sobrecarga recai sobre os municípios, que saíram de 5% e hoje arcam com quase 50% do financiamento da Saúde. A necessidade, por lei, de pagar é diferente.

	ARRECADAÇÃO	EMENDA 29	PARA A SAÚDE	MANTENDO PAB E MAC ATUAL
FED	1.243	10%	124,3	63,2
EST	433	12%	51,9	51,9
MUN	241	15%	36,1	36,1
			212,4	151,3

* Em bilhões de R\$

Frequentemente a volta da CPMF entra em discussão como uma saída para a questão da Saúde. Porém, convém analisar o que aconteceu com essa Contribuição no passado. A CPMF entrou, mas o tesouro diminuiu os recursos. Com isso, ao contrário do que se pretendia, o valor destinado à Saúde diminuiu em relação à inflação, apesar da Contribuição. Essa foi a principal reclamação do Dr. Adib Jatene, ministro da Saúde no governo de Fernando Henrique Cardoso, que conseguiu aprovar a CPMF para melhorar o financiamento da Saúde. Depois da aprovação, a Fazenda reduziu o orçamento da pasta.

Nos últimos 20 anos, para uma inflação de 375%, o aumento foi de 243%. O que vemos é que, atualizada pela inflação, os 85 bilhões que temos hoje seriam 131 bilhões, o que seria suficiente, posso garantir. Sim, reafirmo: os 131 bilhões seriam suficientes para pagar a Saúde hoje do Brasil. O orçamento atual fez com que houvesse um sub financiamento dos hospitais, principalmente das Santas Casas. Isso porque o SUS hoje só cobre 40% dos custos dos procedimentos. Analisando o rumo das mudanças, governo após governo, vemos porque chegamos aonde chegamos.

Essas Santas Casas, que hoje não têm como continuar, foram o início de tudo. A primeira delas, chamada "Hospital de Santos", foi fundada por Braz Cubas, em 1543. Depois, foram sendo implantadas em São Paulo (1554), Porto Alegre e outros estados do Brasil, sendo elas, durante muitos anos, os locais de atendimento.

Somente na década de 1940, Adhemar de Barros, governador de São Paulo e grande estadista, diante do problema das doenças endêmicas que ocorriam naquela época, construiu vários hospitais estaduais para a tuberculose.

Até então, Faculdade de Medicina de São Paulo utilizava a Santa Casa como hospital de ensino. Com uma doação da Fundação Rockfeller, em 1929, o prédio da Faculdade foi construído pelo governo do estado. Mais tarde, em 1944, Adhemar de Barros construiu também o Hospital das Clínicas, que foi o primeiro hospital planejado para a Faculdade de Medicina.

Esses hospitais deram origem aos hospitais gerais mantidos pelo Estado, como o hospital de Clínicas da Faculdade de Botucatu, o Mandaqui, que foi construído também pelo Adhemar de Barros para o "fogo selvagem", o pênfigo, o hospital de Marília, o Américo Brasiliense, uma beleza de hospital, hoje também do Estado. Foram vários os hospitais de tuberculose que evoluíram para hospitais gerais do Estado. É dessa forma que, na década de 60, quando esses hospitais começam a se transformar, o Estado começa a entrar no financiamento da Saúde. Até então, existiam somente as Santas Casas.

Eram esses os hospitais do estado, até que Mario Covas herdou uma série de "esqueletos", muitos dos quais tinham apenas começado, mas as obras não evoluíram. Covas teve uma grande dificuldade, mesmo que ele quisesse colocar aqueles hospitais em funcionamento, estava limitado pela lei de responsabilidade fiscal. Ele não poderia contratar mais enfermeiros e médicos dentro do funcionalismo público, pois caso contratasse o pessoal necessário, ele ultrapassaria a quota dos

49%, que é o máximo da arrecadação do estado que se pode contratar para Recursos Humanos. Então, foram criadas as Organizações Sociais de Saúde (OSS), um modelo de parceria público-privada em que o privado opera um hospital que é do Estado de São Paulo. Com esse modelo de parceria, viabilizaram-se as estruturas de hospitais que ficaram inacabadas durante 15 ou 20 anos, como o Hospital de Santo André, uma beleza hoje, o de Vila Alpina, o Hospital Regional de Bauru, que é hoje um hospital maravilhoso. Todos nós precisamos lembrar da estrutura inacabada do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, localizado na avenida Pacaembu, que por muitos anos incomodou bastante a população.

De 1998 a 2004, nascem em São Paulo 14 hospitais estaduais, pagos pelo Estado, sem participação alguma do SUS. Não só hospitais, mas também AMES, que são centros de especialidades, ambulatórios de especialidades. Antes dos AMES, não havia consultórios com especialistas, unicamente prontos-socorros. Esses Ambulatórios atendem com consulta marcada, o que é maravilhoso, é privado, é OSS, no sistema de parceria. Assim, são 107 unidades ao todo, incluindo uma distribuição de medicamento sob a regulação do Estado. Grande parte da Saúde do estado de São Paulo hoje é parceria público-privada, uma solução em que há resultado.

De sua parte, o Estado de São Paulo coloca com 8 bilhões de reais por ano na Saúde, dinheiro nosso, do ICMS. Com isso, São Paulo ultrapassa a quantia que o SUS paga ao Estado.

DESPERDÍCIO OU MÁ UTILIZAÇÃO DOS RECURSOS A IMPORTÂNCIA DO PROTOCOLO DE ATENDIMENTO

Uma pergunta frequente é sobre a possibilidade de se canalizarem os recursos de uma forma mais adequada para fazer um atendimento de uma forma mais uniforme ou melhor, fazendo o que é realmente necessário com menos desperdício de tempo, de mão de obra especializada ou de recursos tecnológicos.

A resposta para isso é Protocolo de Atendimento. O protocolo padroniza as ações diante de um conjunto de fatores, de forma a uniformizar o atendimento com mínimo de tempo e de recursos. Um exemplo: paciente do sexo masculino, jovem, que chega ao hospital com uma dor epigástrica que foi para a fossa ilíaca direita, tem uma descompressão brusca positiva, tem uma diferencial axilar e retal de temperatura de mais de um grau, com certeza vai ser operado de apendicite. Não é necessário exame algum.

O Protocolo diminui a liberdade do médico, já que em muitos casos ele, quando não sabe o que fazer, pede exame ou transfere para outro profissional: 50% do transporte sanitário feito pelo SAMU é para uma segunda opinião. Na baixada, em todo o litoral, fizemos uns robosinhos com uma televisão e com uma câmera ligada a um centro com especialistas, para que o médico de plantão possa se consultar com um especialista para saber o que fazer com um determinado caso.

Fiz um trabalho que detectou que, em cada 10 tomografias abdominais que eram pedidas por clínicos, 8 não apresentavam problema algum. Quando as tomografias abdominais eram pedidas por cirurgiões, que eram especialistas em abdômen, a cada 10, somente 2 pacientes não apresentavam o problema investigado. É preciso que os médicos voltem a examinar o doente, pois a tendência é não examinar mais, basta pedir exames.

A razão disso é que o médico passou a ganhar pouco e a não ser fiscalizado, o que levou à certeza do não trabalho. Ao final, hoje ele ganha muito bem, considerando-se que 1.200 reais para um plantão de 12 horas seria pouco, mas ele fica duas horas e vai embora. De nove médicos contratados, como aconteceu no Guarujá, tínhamos 3 trabalhando. Ele vem a 1 plantão a cada 3, o que dá a ele três vezes mais a cada

1990

IMPORTÂNCIA DE PROTOCOLO DE EXAMES

Wilson Pollara desenvolveu um estudo comparativo dos pedidos de tomografia.

CLÍNICOS GERAIS: em cada 10 solicitações de tomografias – 8 eram desnecessárias.

ESPECIALISTAS: em cada 10 tomografias somente 2 eram descartadas, sem comprovação da doença investigada.

plantão. Essas atitudes foram sendo adotadas para se defender dos baixos salários, e o governo não fiscalizava nem se dispunha a pagar o preço razoável. Os profissionais foram então se ajeitando.

O Ministério também exigiu que todos os hospitais tivessem todas as especialidades de retaguarda, à disposição. Então, os médicos no interior cobram mil reais por dia para ficar de plantão à distância, em cinco municípios ao mesmo tempo. Fui a um hospital e perguntei “Quem está de plantão de ortopedia”? Solicitei que o chamassem porque o doente precisava ser internado. A resposta foi: “Interna, passo amanhã e eu vejo” e desligou o telefone.

Acabamos com isso. Está proibido que o médico fique de retaguarda, à distância. Claro que a proibição desagradou a muita gente, mas isso precisava acabar.

	ANO DO CENSO 1872		1950		2000	
CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO	1872	837.354	1950	9.134.423	2000	36.969.476
DO ESTADO DE SP	1890	1.384.753	1960	12.974.699	2010	41.262.199
FONTE: CENSO IBGE	1900	2.282.279	1970	17.958.693		
	1920	4.592.188	1980	25.375.199		
	1940	7.180.316	1991	31.546.473		

SÃO PAULO: DA BÉLGICA À AMAZÔNIA O PARADOXO CHAMADO SÃO PAULO

Não se pode esperar apenas pelo Estado, é preciso criar alternativas dentro da estrutura que se tem. Então, é necessário que se dê um passo atrás, voltar ao que mostramos no início dessa nossa conversa: eram as empresas, eram os sindicatos que se organizavam para montar, pelo menos, o atendimento básico. Na verdade, essa assistência inicial não tem o objetivo de tratar ou operar ninguém, mas tem a responsabilidade de dizer para onde a pessoa vai, considerando o seu estado de saúde. Isso feito também na escola, porque é lá que a criança fica. Ter um médico na escola, ter um médico na fábrica, essa é uma das receitas que eu trago.

São Paulo é um paradoxo, porque se assemelha a quatro países europeus, que seriam quatro Holandas, ou quatro Bêlgicas, ou quatro Suíças, e isso em termos de tudo: de dinheiro, de problemas, de população. Ao lado dessas regiões, que são verdadeiros países europeus, há três, que são verdadeiras regiões amazônicas, com aquelas distâncias de lá: o Vale do Ribeira, a região de pontal do Paranapanema e a região de Araçatuba. Nessas regiões, para a pessoa encontrar algum atendimento, ela tem que viajar 30 ou 40 quilômetros. Esse paradoxo define a complexidade da estrutura hospitalar que encontrada, quando cheguei na Secretaria de Saúde do estado de São Paulo.

Um grande problema é o fato de que, dos 645 municípios, 68% têm menos de 30 mil habitantes. Ter cerca de 30 mil habitantes significa menos de um parto por dia, o que inviabiliza à prefeitura montar uma maternidade com obstetra, enfermeira, neonatologista, anestesista, para atender a essa demanda mínima. Alguns prefeitos fazem isso, pagam 12 mil reais num parto, mas a cidade vizinha, bem ao lado, pode oferecer a 8 mil reais, particular, então é mais barato levar até lá. São 611 hospitais, dos quais 331 são do Estado, mas todos os 611 têm alguma ligação com o SUS. São 64 mil leitos nesses hospitais, dos quais 52 mil são dedicados ao SUS. Mas há 168 hospitais com menos de 50 leitos, cuja ocupação é de 34% em média, ou seja, dois terços dos leitos ficam vagos.

Recentemente, fui chamado pelo prefeito de uma cidade do estado de São Paulo, que me pediu ajuda para seu hospital que estava falido. Constatei o que ele dizia.

2014

Segundo Censo do IBGE, em 2014 o estado de São Paulo tinha 44.035.304 habitantes e uma densidade populacional de 177,4 hab./km². Esse montante populacional representava 21,6% da população brasileira.

De acordo com o Censo dos 44 milhões de habitantes do estado 95% vive em cidades, enquanto 5% da população vive no campo.

O prefeito informou-me um gasto de 750 mil reais por mês para manutenção de 72 leitos. Ao chegar, vi um bonito hospital no alto de uma colina. Sabe quantos doentes internados havia? Dois. Dois doentes internados. Em outro município, informaram-me que havia problema. Fui até lá e vi uma Santa Casa muito bonita, com enfermeira no posto de enfermagem, lençóis e travesseiros limpinhos. Eram 36 leitos, e nenhum doente internado. Nenhum.

O que se vê, então, é que a ocupação aumenta à medida que o hospital vai ficando cada vez mais complexo. Isso porque, no atual sistema, é a pessoa que escolhe para onde ir, não há quem lhe diga para onde ela deve ir. O doente que vê aquela Santa Casa pequenininha decide ir para outro hospital, como o das Clínicas, porque supõe que, naquele pequeno, não terá o tratamento adequado e nada vai acontecer, então vai para o hospital grande. Ao chegar lá, vê inúmeras pessoas na porta, e ali não se consegue selecionar quem é grave e quem não é. Contabilizamos cerca de 56 mil leitos gerais especializados, não incluindo os psiquiátricos, e alguns hospitais com outra especialidade. Nessa rede, há 15 mil leitos vagos.

Outro problema é a média de permanência do SUS, que é de 7 dias, enquanto na rede particular é de 3 dias e meio. A conclusão então é que se usa a metade dos leitos, pelo dobro do tempo, significando que, com apenas 25% dos hospitais, seria possível atender a todos, caso eles funcionassem perfeitamente. Não funcionam, porque agem individualmente, cada um por si, já que Estado não interfere. É necessário intervir e adequar. Os prefeitos dizem que o hospital do município está vazio e, quando perguntamos por que razão, eles dizem que os leitos são muito simples. Mas a questão não está aí, pois há doentes com demandas simples também. Fundamental é tratar o caso simples de forma simples, e o complexo de forma complexa. Então, não se teria em um hospital simples aqueles que precisem de UTI e nem se manteria em UTI paciente que pode ser tratado em hospital simples.

CONSTRUIR OU NÃO HOSPITAIS? ENTRE A CARÊNCIA E A FALÊNCIA DOS HOSPITAIS

Como dissemos, há regiões do estado de São Paulo que são a Bélgica, a Holanda, mas há também as regiões amazônicas nas quais, se algo meio grave lhe acontecer a mais de 70 km de São Paulo, você corre para São Paulo ou morre, já que não há atendimento próximo e de qualidade.

São Paulo está fazendo um esforço para se organizar em direção ao futuro, é ainda um modelo em construção. Racionalizando e promovendo a integração da rede hospitalar com hospitais estruturantes, estratégicos e de apoio, fazendo-os conversar entre si. A realidade não só de São Paulo, mas do país é que há hospitais de alta complexidade hoje, em sua maioria mal utilizados, e o paciente que não sabe para onde ir. Quem tem um médico amigo liga para ele, diz o que está sentindo e pergunta para onde deve ir. O ideal seria que todas as pessoas tivessem a acesso a uma orientação como essa, pois isso organizaria o sistema, organizaria o atendimento.

De modo geral, os hospitais são criados sem nenhum estudo epidemiológico ou de necessidade, apenas porque o prefeito doa um terreno, e o deputado da região tem prestígio junto ao governador, que dá o dinheiro para construir. Quanto a quem vai trabalhar lá, depende da especialidade do provedor ou dos filhos dele, depende do que se tem disponível: ortopedista, oftalmologista, e outros, determinando, assim a especialidade do hospital. Não se faz estudo de necessidade.

Em São Paulo, hoje, invertamos esse caminho: em vez de construir, estamos analisando a estrutura já pronta, concentrando e utilizando-a adequadamente e, ao final, veremos o que vai sobrar. Recentemente, três Santas Casas fecharam deliberadamente em um só mês, seja por inanição, seja porque não são mais necessárias, agora que estamos fazendo a intendência do Estado. Verificamos em cada município como tem sido aplicado pela prefeitura o dinheiro do SUS, pois uma estimativa é que não se faz nada com metade do dinheiro que vai para o município, porque não há capacidade para fazer.

Concentramos, então, esse dinheiro em consórcios municipais, uma estratégia que apresenta ótimos resultados, pois todos os municípios de uma região põem o dinheiro SUS e o usam para construir um bom hospital que atenda a todos, como foi feito aqui

no Vale do Ribeira. Isso impede que cada faça região venha a fazer seu hospital ou investimento, sem estudos prévios e sem condição de manter.

A pulverização também aumenta a corrupção, e isso é visível. Há prefeitos que contratam 80 pequenos laboratórios de exames e imagens, paga-se o dobro dos exames e metade do investimento é desviado, destinado a fim diferente da saúde.

Cabe ao município cuidar das pessoas até elas ficarem doentes, com o dinheiro da assistência básica (PAB), fazendo as vacinações, medindo a pressão, a glicemia. Quando a pessoa ficar doente, irá para o Estado, que precisa ter o dinheiro de todo atendimento. Hoje, metade dessa verba é destinada aos municípios.

A medicina é muito dependente de economia de escala. Um cinema não sobreviveria em determinadas cidades porque não tem público suficiente, que justifique sua existência e não porque as pessoas não querem ver filme. É como podemos ilustrar a economia de escala, para um prefeito, que possa vir a pedir ajuda do Estado para manter seu hospital que não tem pacientes.

Como se vê, o grande problema da Saúde é de gestão. Caso não se faça uma gestão de uma forma inteligente, não há solução possível.

HOSPITAIS	LEITOS	LEITOS/HOSPITAL
12	600	50
6	900	150
1	250	250
15	1.750	

			LEITOS/HOSPITAL
NECESSÁRIOS	1.500	175.000	117
EXISTENTES	4.489	338.090	75

CÁLCULOS DA SAÚDE: QUEM ESTÁ PAGANDO A CONTA QUE NÃO FECHA?

Agora vejamos como é a despesa do governo Federal, que está em torno de 3 trilhões, dos quais 52% são do serviço da dívida. A cada ponto percentual que sobe a taxa SELIC, sobe esse gasto proveniente da dívida pública. A cada vez em que o índice anual da SELIC passa de 11% para 12%, por exemplo, essa diferença percentual, aparentemente pequena, é equivalente ao gasto com Saúde do Brasil inteiro naquele ano. Por outro lado, caso se diminuísse esse índice em 1 ponto percentual, de 14% para 13% por exemplo, e se colocasse na Saúde, a quantia gasta em Saúde hoje seria dobrada.

Outra grande despesa Federal é o déficit da Previdência, que é de 19%, mas o presidente só pode gastar 10% do que arrecada. Isso significa que todos os ministérios têm que compartilhar aqueles 10%: para o Ministério da Saúde destina-se a maior parte, 32% desses 10%. Porém, há gastos do próprio Ministério, por exemplo, com pessoal, os ativos e os aposentados, que são muitos. Ao final, apenas 38% são realmente destinados para cuidar de doente. Fazendo-se um cálculo, seria apenas 1% da arrecadação federal, que corresponde aos 3% do total de 10% destinados aos ministérios.

Isso coloca o Brasil numa das piores classificações em termos da utilização do que arrecada com Saúde. Coloca-nos atrás da Índia, da China e da Rússia, por exemplo, deixando o país em situação de igualdade com alguns dos piores países africanos em verba pública federal para a Saúde. Outro dado: essa verba é menos da metade do que é colocado na Saúde pelo setor privado. Em outros países, a proporção entre a participação pública e a privada é quase 50% para cada lado, considerando-se países que, como o Brasil, dão direito a todo tipo de atendimento. A grande questão é: como atender aos princípios de integralidade e universalidade do SUS, como é possível dar direito a tudo e a todos, se dois terços são pagos pelo setor privado? Certamente, não é possível, não há como fechar esta conta.

No que se refere à participação pública, o outro terço da equação, se somarmos os 36% do governo Federal aos 22% do Estado, o restante, 42% da Saúde, estão sendo pagos pelos municípios. A Emenda 29 determina que o governo Federal deveria pagar 10% da sua renda bruta, ou seja, 2 trilhões dos 2 bilhões e 860 milhões, contudo a base, que deveria ser a bruta, mudou para renda líquida.

O resultado disso é significativo: de quase 3 bilhões, passou a 1 milhão e duzentos mil, resultando efetivamente em apenas 7% da arrecadação. O Estado destina os 12% que lhe cabem, e o município, que deveria pagar 15%, paga 24% e há município pagando 30% da arrecadação com saúde. Matematicamente, é por isso que as pessoas morrem na rua, sem assistência. E, se você não as vê morrendo, é porque tem alguém cuidando, sem a contrapartida.

Pela Proposta de Lei Orçamentária Anual (PLOA) de 2016, dos 100 bilhões, menos da metade é para a assistência hospitalar e ambulatorial, sendo o restante destinado a outros programas atendidos pela Saúde: 80% irão para outros projetos, como atendimento aos índios e quilombolas. É compreensível que a política do Ministério seja proteger essas populações, mas, para isso, muitas vezes, tira-se dinheiro de quem precisa.

CUSTO DOS HOSPITAIS E A CHANCE NA AÇÃO DE ADOTAR UMA SANTA CASA

Importante consideramos os gastos dos hospitais: 54% com Recursos Humanos, pessoal e encargos sociais; 26% com médicos e serviços de terceiros. Somados esses dois itens, vê-se que a despesa com RH chega a quase 80%, e não há como mudar essa composição, pois são as pessoas que compõem a atividade de um hospital. Então, como se vê, é preciso financiar o hospital.

Os hospitais filantrópicos hoje são financiados por 40% que vêm do SUS, 28% do Estado, 17% do município e 15% precisam vir da comunidade. A comunidade, então, deve voltar a doar dinheiro para as Santas Casas, principalmente nos pequenos municípios. É preciso contratar especialistas para essas Santas Casas pequenas que criem o ambiente favorável, organiza os jantares, o abraço à Santa Casa, a corrida do fim de semana, continuamente, e obtém doações. Além disso, esses serviços especializados oferecem soluções para doadores interessados e criam benefícios para as empresas e para o terceiro setor. Então, não se esqueçam, adotem uma Santa Casa.

*“Nosso juramento é por prolongar a vida,
não o sofrimento.”*

Wilson Pollara, Médico

VOLTA ÀS ORIGENS REASSUMIR O PROTAGONISMO

A Fundação para o Remédio Popular (FURP), nasceu porque Mário Covas gostava de levar remédio para onde ia, mas faliu com os genéricos e a Farmácia Popular. Não há economia de escala, então não há como sobreviver produzindo remédio que custa 1 real. Quando alguém não pode comprar, comprova e fornece, mas há pessoas ricas que conseguem de um médico amigo uma receita do SUS, e o governo tem que pagar, por exemplo, um remédio do câncer de próstata que custa 15 mil reais.

Pela judicialização, vamos pagar 1 bilhão de reais em São Paulo. Nessa busca ao Judiciário como a última alternativa para obtenção do medicamento ou tratamento, fomos processados e obrigados a pagar, por exemplo, 62 tipos de fraldas entre tamanhos e marcas e 13 quilos de granola por mês para uma criança de cinco anos. O médico prescreve uma insulina que é dez vezes mais cara que a clássica, apesar de um trabalho feito pela Medicina da USP, mostrando que são iguais.

Credenciar estruturas e espaços é questão do ministério, mas é lá que as regras se complicam, porque são pensadas por pessoas que não são médicos, que nunca entraram em um pronto socorro. Por exemplo, na Rede Cegonha há a exigência de que toda sala de parto deve ter uma banheira e, no quarto da banheira, tem que haver um banheiro. Quantas mulheres querem fazer um parto na banheira? As regras são pensadas por pessoas que não são médicos, que nunca entraram num pronto socorro. Aí se perdem estruturas disponíveis que são uma joia.

Essa é a grande mensagem para sindicatos e trabalhadores: precisam voltar a ser protagonistas. Os sindicatos e as empresas têm que voltar a ser como foram no começo da previdência e da assistência à saúde no Brasil.

Quando iniciamos esta nossa conversa, eu quis mostrar a história desde o começo, para mostrar onde estávamos e aonde chegamos. Houve um momento em que pegamos o caminho errado, pois o Estado não tem dinheiro para pagar tudo para todos: de remédio a fralda, de marca-passo a cirurgia cardíaca. Não existe esse dinheiro no Brasil e em nenhum país do mundo. Na Inglaterra, por exemplo, acima

dos 70 anos, não se faz hemodiálise pelo Estado, só pagando. Acima de 70 anos, se quiser fazer transplante, também é pago. Como vemos, existem limitações.

O dinheiro público é aquele que beneficia a todos. É preciso repensar e interpretar diferente o artigo 196 da Constituição que diz "Saúde é dever do Estado e direito do cidadão através de políticas sociais e econômicas que garantam a universalidade".

A política econômica que garante a universalidade é um remédio barato, que eu posso dar para todos. E não, o remédio caro para todos e sem critérios, porque assim

não se garante a economia.

QUALIDADE DOS MÉDICOS FORMAÇÃO E PENSAMENTO DO GOVERNO

Se a formação do médico já é comprometedor hoje, a perspectiva é de que vai piorar, infelizmente. Com a lei dos “Mais Médicos”, serão criadas, só no estado de São Paulo, 19 faculdades de medicina, e não haverá hospital suficiente para essa formação. Porém esse estudante vai receber o diploma e vai exercer medicina, pois o governo não se preocupa com a qualidade. Para o governo, é como se cada médico fosse uma equipe, que atende 4000 pessoas, como nos hospitais. Na prática, um médico, sozinho, não faz nada, ele não pode fazer nada. E, sem condição de se realizar, qualquer profissional se corrompe.

É muito sério que o governo endosse a má formação do médico, quando não há falta de médico. Para o governo, é necessário se colocar uma unidade de saúde lá nos confins da Amazônia, com um médico que more lá. Não funciona! Esse médico não tem como tratar, não tem como atuar. Não é o progresso que vai atrás do médico, é o médico que precisa ir atrás do progresso. É como se alguém levasse uma BMW, último modelo para o Acre, certo de que no local terá manutenção adequada e especializada, em caso de necessidade.

Há uma parte da medicina que depende de tecnologia. Uma pessoa ribeirinha, descendente de uma população que está naquela região há mais de 10 mil anos, em equilíbrio com a natureza, tem lá os seus chás, suas ervas e assim vive seus 45, 50 anos. Se um médico lhe mandar fazer uma tomografia computadorizada, esse paciente vai viajar 5 mil quilômetros de barco na tentativa de fazer o exame. Na verdade, o governo pensa errado, porque pensa eleitoralmente, como no caso do “Mais Médicos”, que foi um factóide eleitoral. Ora, o Brasil tem 2,1 médicos para cada 1000 habitantes, enquanto o Canadá tem 1,9. Naquelas regiões de montanhas do Canadá não há médico, e eles chamam isso de “o ônus do fronteiroço”. Caso queira ter uma fazenda lá, o canadense vai ter que correr o risco, pois o governo não é obrigado a colocar um médico ali ao lado dele.

Há, ainda, o dilema da qualidade X acesso: quando aumenta o acesso, diminui a qualidade. Para aumentar a qualidade, é preciso que seja centralizada com um acesso

1808

D. João VI assinou em 18 de fevereiro de 1808 documento mandatário para criar a Escola de Cirurgia da Bahia, atual UFBA e deu início ao ensino da medicina no país.

No mesmo ano, a Faculdade de Medicina da UFRJ foi criada pelo príncipe regente D. João, por Carta Régia, assinada em 5 de novembro de 1808, com o nome de Escola de Anatomia, Medicina e Cirurgia e instalada no Hospital Militar do Morro do Castelo.

facilitado. No meio do Amazonas, em caso de enfarto, a solução não é o cateterismo, é evitar a trombose com aspirina sublingual.

O médico se adaptou ao que oferecemos: baixo salário, baixa remuneração e falta de controle. Isso sem falar na lei do ato médico: não se pode controlar o que médico decide fazer.

1950

Em 1950 data-se a interiorização dos estudos da Medicina no Brasil quando foi fundada a primeira faculdade de medicina do interior do Brasil, a Faculdade de Medicina de Sorocaba da PUC-SP.

1973

Wilson Pollara formado em Medicina pela USP em 1973.

PRÓTESE | QUESTÃO DE CONFIANÇA

A grande verdade na questão das próteses, que gerou preocupação e denúncias, é a porcentagem que o médico recebe da empresa fabricante, configurando-se aí um compromisso espúrio entre eles. Na primeira vez que eu identifiquei isso, eu era diretor do Hospital São Camilo e, porque assumi toda a rede, assumi também o hospital de Santana. Curiosamente, estava sobrando dinheiro em Santana, relativo a honorários de médicos do convênio. Então, vimos que eram todos ortopedistas, todos tinham casos de prótese. Chegamos à conclusão de que eles ganhavam tanto dinheiro com as próteses, que não iam buscar os honorários do convênio.

A solução para essa questão das próteses é protocolo. Hoje está tudo muito bem estabelecido em medicina, em que situações ou que quadro determina a decisão pela cirurgia de um paciente. Não havendo esse quadro, não se opera e aqui também incluem os casos de câncer. Fizemos um trabalho no Hospital das Clínicas, que tem joint venture com a administração da Getúlio Vargas, foi constatado que 70% do que gastamos com medicina durante a vida são gastos no último ano de vida, sendo 50 % disso nos últimos 3 meses.

Esse levantamento nos mostra que metade do que se gasta com medicina é para morrer. Há casos em que a família coloca o idoso no asilo, nunca visita, não liga, não o acompanha. Quando ele adoece, o familiar diz ao médico que faça tudo o que puder. É a autorização que o médico quer: UTI, cirurgia, tudo. Essa situação exige calma. Quando chega ao fim da vida, a pessoa merece morrer dignamente, pois é melhor viver bem por menos anos, do que viver o pior por mais anos. “Devemos colocar mais vida em nossos anos; e não, mais anos em nossas vidas”.

Certamente, o paciente escolherá viver bem por um ano, em vez de viver mais cinco anos, careca, perdendo peso como se estivesse em Auschwitz, sentindo dores horríveis pelo corpo, sendo operado umas dez vezes. Se lhe for dado escolher, certamente ele escolherá viver bem, e pronto. Falo por mim, eu tenho esse compromisso com a minha mulher e já tive que tomar essa decisão em relação a meu pai e minha mãe, que morreram em casa, dignamente. Minha mãe teve um câncer de mama com metástase no fígado e meu pai teve Alzheimer, começou a se encolher, se encolher, perdeu a consciência. Quando ele teve pneumonia, foi levado para o hospital em

2000

Medicina: humanidade e limites – investimento ou desinvestimento?

70% dos gastos com medicina são consumidos no último ano da vida.

50% desses gastos são consumidos nos últimos 3 meses de vida.

que eu era o diretor, e eu liguei, pedindo que, por favor, não fizessem nada. Mas, quando a ambulância o deixou no pronto socorro, puseram tubo para cá, tubo para lá, e internaram na UTI. Coloquei-o no quarto assim que pude. Temos que aprender os limites da medicina, a menos que seja um grupo que participa de algum estudo para uma nova droga.

Então, é preciso se tomar muito cuidado com tudo, é preciso conhecer o médico e ter nele uma confiança muito grande. Hoje estão exigindo das mulheres que façam o pré-natal com o médico da UBS (Unidade Básica de Saúde), mas o parto será feito com outro que ela não conhece. Pelo raciocínio do SUS e do ministério, "é coisa simples, põe na Unidade Básica. A saída proposta é que, no sétimo mês, pague-se uma passagem para a grávida visitar a maternidade. Ora, não concordaríamos com isso para nossas filhas e esposas, mas estamos exigindo isso dos nossos trabalhadores; nossos trabalhadores são obrigados a isso.

	1900	1970
AUMENTO DA PERSPECTIVA DE VIDA NO BRASIL	1900* 33 anos	1970 52,6 anos
A evolução da expectativa de vida e projeções:	1940 45,5 anos	1980 62,7 anos
	1950 43,3 anos	1990 66,6 anos
	1960 48 anos	2000 70,4 anos

MUDANÇA DE FILOSOFIA A MENTALIDADE É OUTRA

Ao invés de se ter como princípio manter o dinheiro aplicado, guardado, de modo que o trabalhador pudesse viver do rendimento acumulado, passou-se a pensar em quantas pessoas trabalhando pagariam as pessoas aposentadas. Vê-se aqui que ocorre exatamente o contrário do proposto.

Os antigos institutos, além da questão previdenciária, administravam também programas habitacionais. Em Brasília, por exemplo, encontram-se vários prédios que foram construídos com esses recursos. Não era propriamente um desvio, era uma política admitida na época, com resultados catastróficos para todo o sistema. Em 1950, a proporção era de 12 pessoas trabalhando para uma pessoa aposentada. Fazendo-se o cálculo, 12 pessoas trabalhando e recolhendo 21% pagariam 2 salários e meio, ou seja, seria possível sustentar 2,5 pessoas aposentadas.

Em 2015, haviam 3 pessoas trabalhando para cada pessoa aposentada, e só é possível pagar metade de um salário. Isso agravado pelo fato de que a perspectiva de vida passou de 46 anos, em 1940, para 71 anos, em 2002. Em 2015, a perspectiva é de 75 anos. Estamos vivendo cada vez mais, e isso pesa na balança.

Isso me lembra uma piada que ouvi. Um padre celebrava a missa e perguntou aos fiéis: “Quem quer ir para o paraíso?”. Todo mundo respondeu: “Eu, eu, eu”. “Quem quer ir hoje?”, perguntou o padre. Aí, todo mundo ficou quietinho. É isso. Todo mundo quer viver mais. Não queremos ir hoje. Queremos viver cada vez mais.

Então, a longevidade é algo bom para nós. Mas custa caro, porque nessa perspectiva de 75 anos de vida, em média, a conta não fecha. No meu caso, aos 68 anos, estou trabalhando e estou ótimo, bem, com boa saúde, mas tenho amigos que, aos 45 anos, já estão aposentados. A Previdência sustentará pessoas aposentadas aos 45 por mais 45 anos, possivelmente. A questão aqui não é ser justo ou injusto; a questão não é ser direito ou não. Não é isso que estamos discutindo aqui. O fato é que a conta não fecha.

2008

2008	72,8 anos
2010	73,4 anos
2020	76,1 anos
2040	80 anos

2100

2050	81,3 anos
2060	82,3 anos
2080	83 anos
2100	84,3 anos

* Estimativa do IBGE baseada em dados parciais. A expectativa de vida passou a ser analisada a partir de 1940

AS DESPESAS DO ESTADO O DÉFICIT É DA PREVIDÊNCIA?

Como a participação do tesouro no SINPAS foi caindo progressivamente com os anos, cria-se um grande déficit da Previdência Social. Dados de 2008, apontam um déficit de 36,2 bilhões. Um déficit hipotético de 100 milhões, na verdade seria um superávit de 100 milhões, caso a Previdência fosse apenas aposentadoria, não incluindo a assistência social e a saúde. A situação se corrigiria, caso se decidisse preservar o que, de fato, pertence aos aposentados, buscando outra fonte de recursos para a saúde e a assistência social.

Esse é apenas um dos grandes problemas do governo federal: o primeiro é a despesa absurda com o serviço da dívida; o segundo é o déficit da Previdência, cuja conta não fecha. A pá de cal é o sistema de Saúde. Na Constituição Cidadã de 1988, a Constituição Federal de 1988, reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Sérgio Arouca, médico sanitário e parlamentar, defende em Plenária que 'a saúde é direito do povo e dever do Estado'.

No governo Collor, as dificuldades foram além, quando foi criado o INSS da fusão INPS e o IAPAS. Nesse momento, extinguíram-se todas as tabelas e toda a padronização de pagamento existentes para os usuários, ficando toda e qualquer forma de atendimento, gratuita para todos. Efetivou-se, assim, o que Constituição de 88: "Saúde é direito de todos e dever do Estado". Até 1997, outros órgãos do SINPAS – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, também foram extintos: INAMPS (1993), LBA (1995), FUNABEM (1990) e CEME (1997).

Margaret Thatcher, em 1983, ao reconquistar o cargo de primeira-ministra britânica, fala a respeito do dinheiro público.

“Um dos grandes debates do nosso tempo é sobre quanto do seu dinheiro deve ser gasto pelo Estado e com quanto você deve ficar para gastar com sua família. Não nos esqueçamos nunca desta verdade fundamental: o Estado não tem outra fonte de recursos além do dinheiro que as pessoas ganham por si próprias. Se o Estado deseja gastar mais, ele só pode fazê-lo tomando emprestado sua poupança ou cobrando mais tributos, e não adianta pensar que alguém irá pagar. Esse alguém é você. Não existe essa coisa de dinheiro público, existe apenas o dinheiro dos pagadores de impostos”.

Gestão Margaret Thatcher

1959

Membro do Parlamento
por Finchley
8 de outubro de 1959
a 9 de abril de 1992

1970

Secretária de Estado
para Educação e Ciência
20 de junho de 1970
a 4 de março de 1974

A Saúde é, então, direito do Pedro e dever do Paulo. E não, do Estado. Nós somos o Estado. Reafirmando o que falou Margaret Thatcher: “Não existe dinheiro público, só dinheiro de impostos”. Como pontua a lei, “Saúde é um direito de todos e um dever do garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

1975

Líder da Oposição
11 de fevereiro de 1975
a 4 de maio de 1979

Líder do Partido Conservador
11 de fevereiro de 1975
a 28 de novembro de 1990

1979

Primeira-Ministra do Reino Unido
4 de maio de 1979
a 28 de novembro de 1990

*“A cura está nas mãos dos gestores de saúde.
Onde não há economia de escala
é imperativo criá-la.”*

Wilson Pollara, Médico



PEDRA

ACIDENTES DE PERCURSO TESTAM
E QUALIFICAM NOSSA PERFORMANCE.

PEDRAS DEVEM SER TRANSFORMADAS
EM APRENDIZAGENS E COMPARTILHADAS.

“CRACOLÂNDIA”

Até a data de 22 de maio de 2017, existia, na quarta maior cidade do mundo, um território chamado de “Cracolândia”, localizado no centro de São Paulo e sob dominação e mando do tráfico de drogas.

Nesse local, foi formada uma feira livre de entorpecentes de toda a natureza, chegando a ter de 20 a 30 barracas com faturamento de 15 milhões de reais ao mês, 180 milhões de reais ano.

Esse faturamento não era feito pela comercialização com os viciados habitantes do local, mas sim por consumidores de drogas alheios àquela realidade.

Os residentes e habitantes do local eram em sua maioria altamente viciados e dependentes da droga, usados pelo tráfico como soldados zumbis.

Além de usar as pessoas dependentes, o tráfico também usou seu poder para realizar invasões de imóveis, administrar e locar, para terceiros.

Anteriormente a data da invasão, nós da Secretária de Saúde da Prefeitura de SP, tínhamos um plano que previa atender as singularidades das pessoas, promovendo atendimento específico.

A situação no local batizado como terra do CRACK se agravou, a Polícia Militar tinha em seu poder mais de 90 mandados de prisão, então na data citada a invasão foi realizada.

O que mudou?

Eram 1800 pessoas, hoje temos 300. Cerca de 1000 internações ocorreram até julho/17, criamos os locais de atendimento, ATENDE, com 600 vagas disponíveis localizadas “parede a parede” com o local denominado terra do CRACK.

Sem dúvida nenhuma é muito mais fácil acessar o indivíduo sem a barreira criada pelo tráfico de drogas, a favor da dependência e contra o direito de escolher viver.

Obstinação, essa é a lição e virtude que fica quando escuto a abordagem feita a mim e a minha equipe de mães emocionadas que voltaram a ter acesso aos seus filhos depois do dia 22 de maio. Além dos depoimentos de mães, temos casos de indivíduos que foram usados pelo tráfico, drogados, viciados intencionalmente para virarem zumbis no exército criado.

Nós, engajados na missão da saúde precisamos conservar e cativar nossa obstinação.

Saiba mais sobre os programas em desenvolvimento na secretária do Município de São Paulo, acessando vídeos: Redenção, Corujão da Saúde e Corujão da Cirurgia.

Vídeo referentes ao capítulo podem ser acessado no link

 **Cracolândia**

*“Saber o que fazer primeiro e não perder o foco
pode curar a saúde no Brasil.”*

Wilson Pollara, Médico

9

CORAÇÃO

CASOS E ACONTECIMENTOS QUE CONSTITUÍRAM MEU PENSAMENTO

Esse capítulo, com suas histórias na íntegra, poderá ser acessado por vídeos nos links.

MACACO JACK

Da brincadeira entre irmãos ao reconhecimento familiar da minha vocação

OS LIMITES DA MEDICINA *Profissionalmente e pessoalmente*

 Tancredo Neves

 Meu Pai

 Minha Mãe

 Minha Filha

 **CORAÇÃO NA MÃO**
Lição de comprometimento

 **OBSTINAÇÃO**

*“As 10 receitas e protocolos bem feitos
poderão levar o atendimento
de qualidade para todos.”*

Wilson Pollara, Médico

10

PERCURSO

ALGUMAS PESSOAS
COM QUEM APRENDI
E CONVIVI PROFISSIONALMENTE

David Uip

Sou!

Minha relação com David é de longa data, na nossa trajetória construímos boas histórias com muitas personalidades, nossa parceria profissional pode ser consolidada pela complementariedade de especialidades e estilos, com respeito e confiança sempre soubemos formar uma dupla complementar tanto na atuação médica quanto na atuação de gestão. Por isso, quando David, Secretário da Saúde do estado de São Paulo, entrou na sala que eu ocupava com Diretor Executivo do Hospital das Clínicas, e me intitulou Adjunto dele, eu disse: “Sou”. Com David tive e tenho facilidade de trabalhar, as diferenças de papéis e atuações promoveram, nessa parceria, uma chance de estudo completo, da minha parte, do SUS e sua estrutura.



Geraldo Alckmin

O Caderno

O caderno do Governador Geraldo Alckmin representa a sua capacidade de memória de gestão, vasto conhecedor do estado de São Paulo e suas questões Alckmin conduz sua gestão promovendo confiança, suporte e acompanhamento contínuo. Eu tive a possibilidade de ter uma página nesse caderno, ser monitorado e ganhar nesse convívio um padrão de trabalho com importantes valores que resumo hoje em: planejamento, esforço, dedicação e foco, para construir e buscar entrega de resultados.



João Dória

Na metade do tempo

Desafiador, dessa forma resumo e qualifico o convite de João Dória. Além de agregar com sua visão empresarial ele trouxe SEU RITMO ao setor público, transformando velhos pontos de vista e realidades.

A lição em curso é de trabalhar o dobro do tempo, implementar ideias e soluções diferentes, que os resultados serão consequência.

O tal ritmo, fácil nem de longe é, mas posso garantir que funciona. Estamos fazendo tudo na metade do tempo, que seria “normal”.

Obrigado João!



Padre Niversindo Antônio Cherubim

Primeiros Contatos com a Gestão Hospitalar

O Padre Niversindo Antônio Cherubim é brasileiro, formado na Itália, nosso contato iniciou em 1969, no Hospital São Camilo, visionário e empreendedor, ele trouxe uma visão diferente para a gestão e funcionamento do hospital, que até então era administrado como qualquer estabelecimento comercial. Esse gestor teve a capacidade de observar e desenvolver indicadores de gestão próprios da atividade médica e hospitalar, e conseqüentemente, impactou toda a equipe e cadeia de fornecedores dos mais diferentes serviços. Com ele pude vivenciar, ser impactado e ver resultados diferentes na gestão da saúde. Além disso, desenvolvi a compreensão pelo intitulado médico âncora, ou seja, a importância de ter essa referência por hospital ou unidade, para atrair clientes e ter referência de conduta e comportamentos.

Niversindo virou pioneiro e referencia organizando um Curso de Gestão Hospitalar, que evoluiu de graduação à faculdade.



Oscar Sette Simonsen

Eu Gestor!

A minha estreia na gestão hospitalar foi em 1988, no hospital do SESI, essa oportunidade me foi confiada pelo Médico e Cirurgião Oscar Sette Simonsen que acreditou em minha referencias hospitalares, visão e identificação de oportunidades e melhorias de infraestrutura e indicadores para gestão. Oscar além de um líder habilidoso e criador de oportunidades inéditas, gostava pessoalmente de investir seu tempo livre em viagens também inéditas, com ele pude apreciar o gosto pelo novo de Butão à China virei seu sucessor e administrador. A ele agradeço pelos debates médicos dos mais variados casos clínicos, as sessões de filmes de viagem e o breve de “piloto à comandante” da gestão de um hospital, de vice-presidente à Diretor Presidente.



*“O SUS é uma ideia completa de saúde para todos,
que precisa de alguns ajustes de governo.”*

Wilson Pollara, Médico

11

TEM CURA

A QUESTÃO NÃO É FALTA DE DINHEIRO, É INEFICIÊNCIA DE GESTÃO.

Se persistirmos em fazer gestão da Saúde com os conceitos e premissas do SUS, não teremos capacidade, em toda amplitude e pluralidade que essa palavra possa nos remeter e significar.

A minha certeza e obstinação é que tem cura! E a cura está na capacidade de transformar o olhar que se tem da saúde. Priorizar a Saúde através das Escalas de Preservação da Vida e Cura da Doença pela perspectiva vida que vale a pena ser vivida x economia. Não podemos persistir em investir todos os recursos financeiros, ou a metade do investimento financeiro que fazemos em um indivíduo no seu último ano de vida. Isso não gera mais vida que vale a pena ser vivida, até porque muitas vezes nem há condições físicas, mentais ou orgânicas, gera prolongamento de dor e sobrevida.

As etapas de um plano de ação estratégico para a Saúde são abordadas nas 10 receitas, que entendo ser uma fórmula de priorizar atuação do gestor, que irá se deparar com problemas diversos e volumosos.

Meu objetivo é tratar o tema de forma simples, sem ser simplista.

Vídeos referentes ao capítulo podem ser acessados nos links:

 **Tem cura**

*“O caos da saúde não se dá por falta de dinheiro,
mas sim por falta de gestão.”*

Wilson Pollara, Médico

12

JORNADA

HISTÓRICO ACADÊMICO E PROFISSIONAL

Wilson Modesto Pollara

CRM. 19.858

Graduado pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em 1973.

Pós-graduado em Cirurgia Geral na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo com Mestrado, Doutorado e Livre Docência.

Presidente Mundial do Colégio Internacional de Cirurgiões de 1999 a 2000.

Exerce função de Gestão e liderança na Administração Hospitalar, Convênios e Área da Saúde em geral desde 1988.

Membro do Conselho Gestor dos Hospitais Camilianos de São Paulo de 1998 a 2004.

Coordenador Geral de Cirurgia no Instituto do Câncer do Estado de São Paulo de 2008 a 2011.

Diretor Executivo do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo de 2011 a 2013.

Secretário Adjunto de Estado da Saúde de São Paulo de 2013 a 2016.

Atualmente é Secretário Municipal da Saúde de São Paulo.

Conselho aos meus sucessores .

Se viver a vida requer Coragem!

Amar, viajar, mudar, ousar
enfrentar, tudo requer coragem!

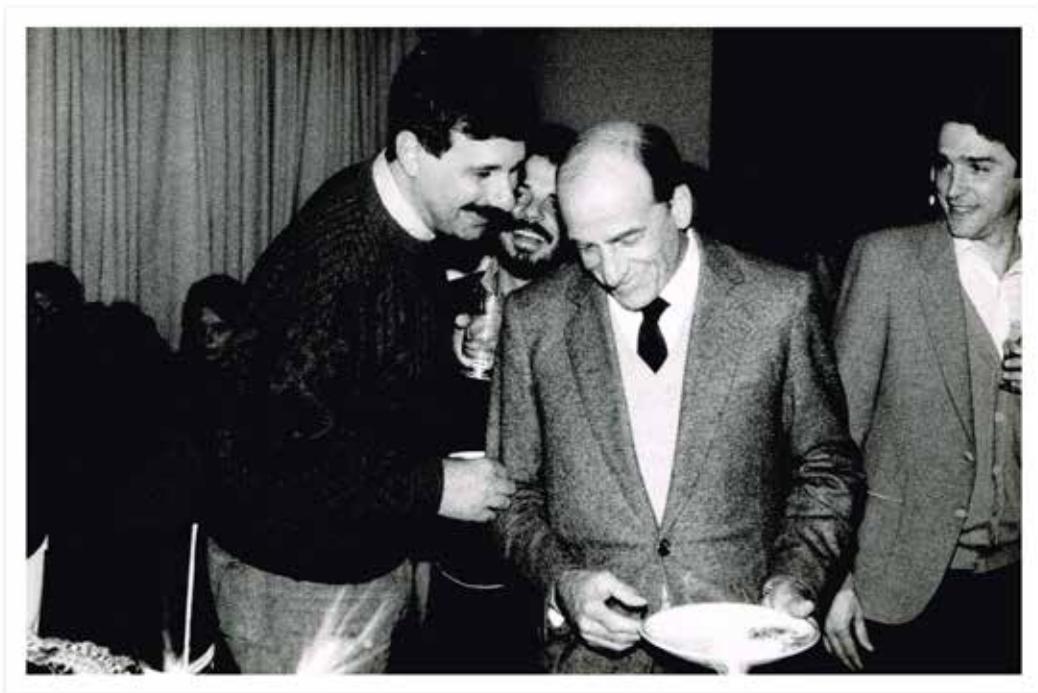
Foi ousando sempre que pude
fazer os meus dias intensos,
desafiadores, cheios de superação.

Ajuste as velas e não se intimide
com os ventos contrários, você
chegará onde deseja.

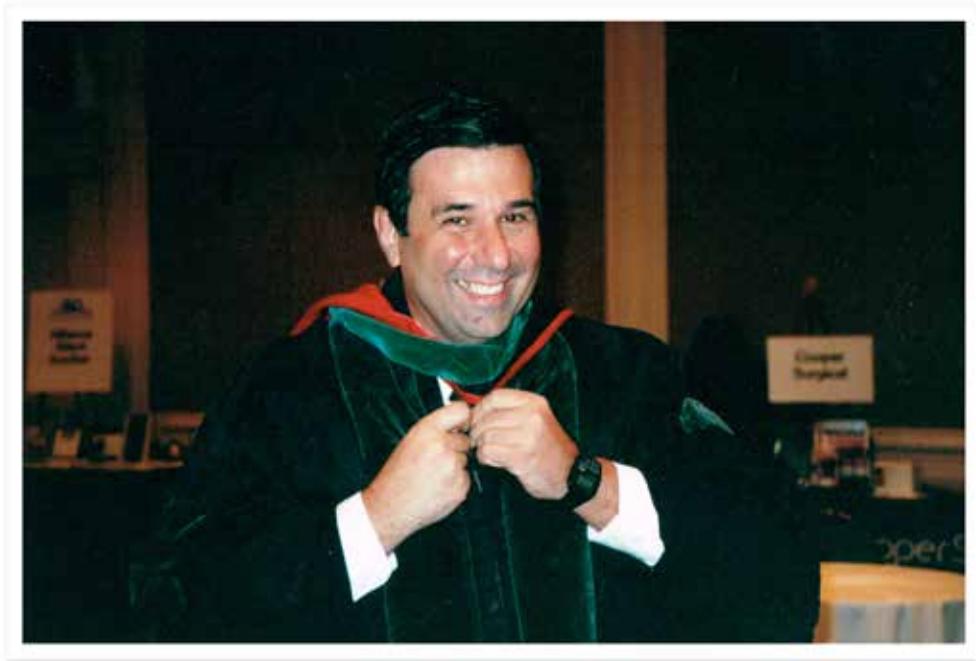
Tomue as decisões mais ousadas
mesmo que se sinta fo'.

Wilson Pollara

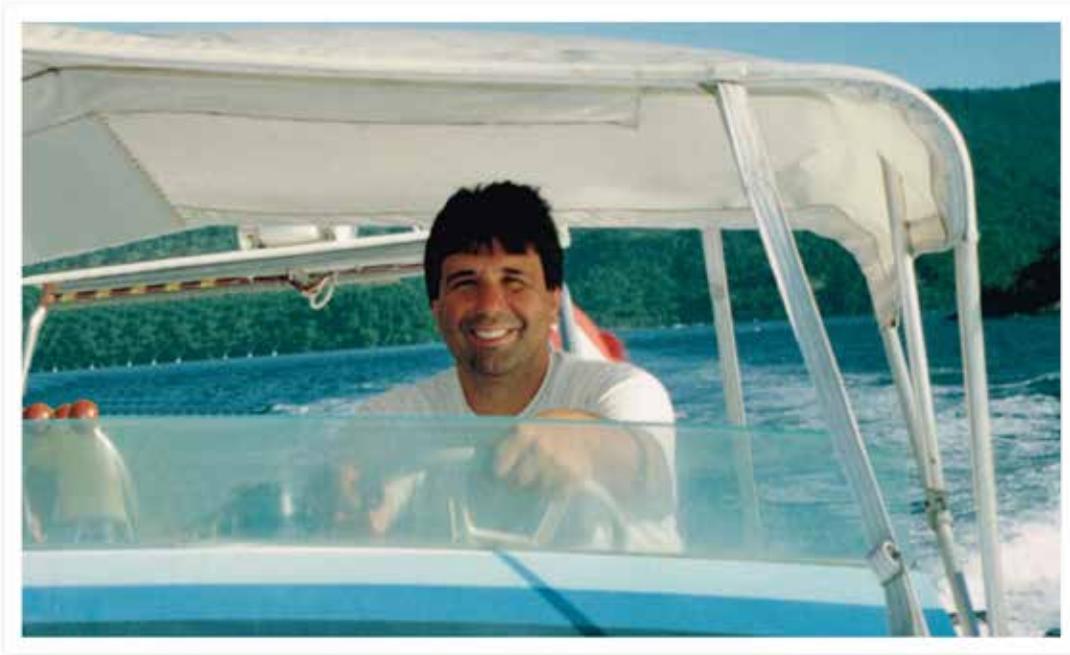
ACERVO HISTÓRICO



Primeiros passos



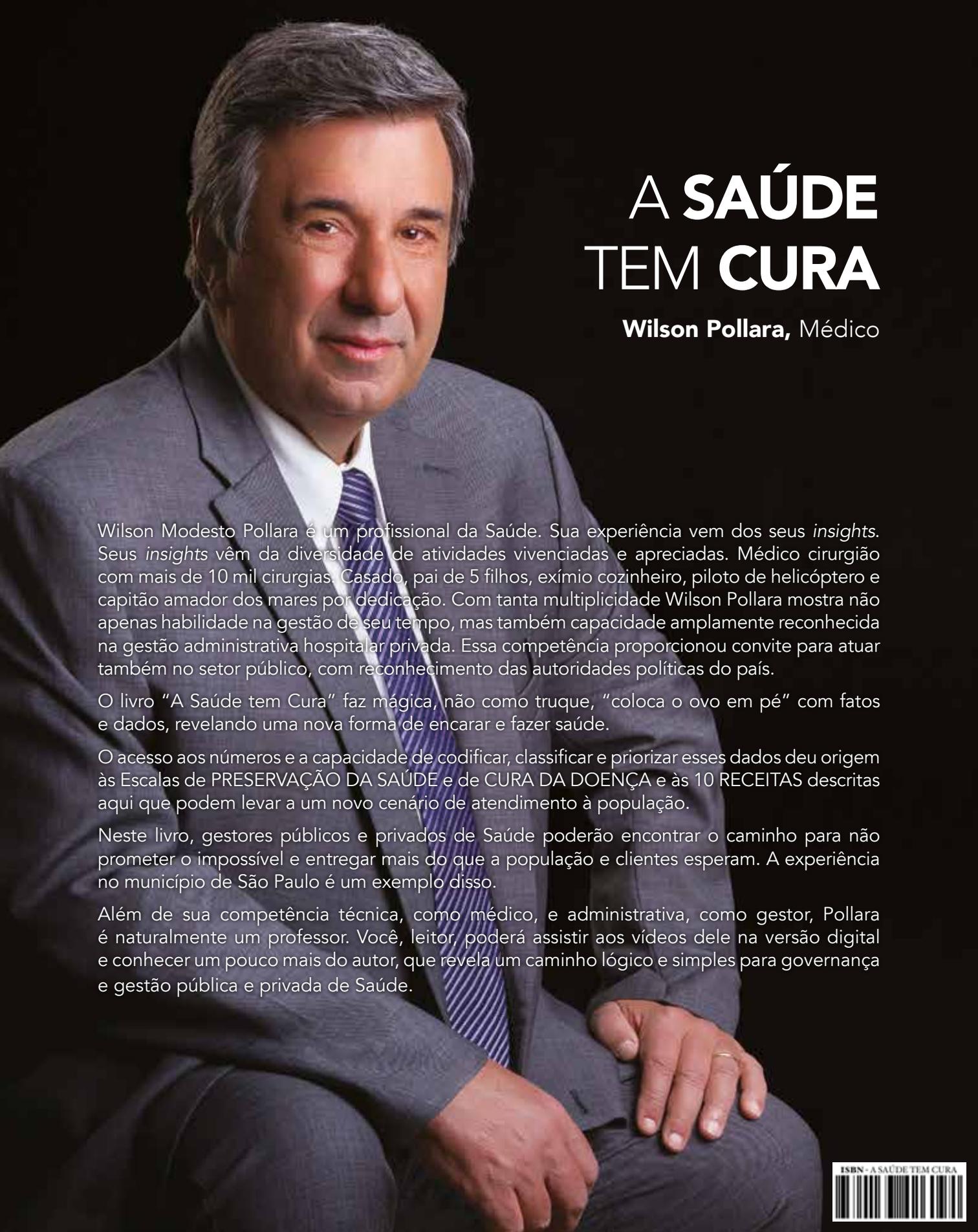
Carreira



Lazer



Lazer

A portrait of Wilson Modesto Pollara, a middle-aged man with grey hair, wearing a grey suit, white shirt, and a blue and white striped tie. He is sitting and looking directly at the camera with a slight smile. The background is dark.

A SAÚDE TEM CURA

Wilson Pollara, Médico

Wilson Modesto Pollara é um profissional da Saúde. Sua experiência vem dos seus *insights*. Seus *insights* vêm da diversidade de atividades vivenciadas e apreciadas. Médico cirurgião com mais de 10 mil cirurgias. Casado, pai de 5 filhos, exímio cozinheiro, piloto de helicóptero e capitão amador dos mares por dedicação. Com tanta multiplicidade Wilson Pollara mostra não apenas habilidade na gestão de seu tempo, mas também capacidade amplamente reconhecida na gestão administrativa hospitalar privada. Essa competência proporcionou convite para atuar também no setor público, com reconhecimento das autoridades políticas do país.

O livro "A Saúde tem Cura" faz mágica, não como truque, "coloca o ovo em pé" com fatos e dados, revelando uma nova forma de encarar e fazer saúde.

O acesso aos números e a capacidade de codificar, classificar e priorizar esses dados deu origem às Escalas de PRESERVAÇÃO DA SAÚDE e de CURA DA DOENÇA e às 10 RECEITAS descritas aqui que podem levar a um novo cenário de atendimento à população.

Neste livro, gestores públicos e privados de Saúde poderão encontrar o caminho para não prometer o impossível e entregar mais do que a população e clientes esperam. A experiência no município de São Paulo é um exemplo disso.

Além de sua competência técnica, como médico, e administrativa, como gestor, Pollara é naturalmente um professor. Você, leitor, poderá assistir aos vídeos dele na versão digital e conhecer um pouco mais do autor, que revela um caminho lógico e simples para governança e gestão pública e privada de Saúde.

