

além de não ser aplicado, ocorre o seguinte: num acidente de trânsito, para onde vai levar o paciente? Leva para a Santa Casa. Onera-se e não existe uma retribuição. Dentro desse contexto é aquilo que falei anteriormente. Se não dermos uma sacudida, não fizermos com que haja um direcionamento nas brigas, nas reivindicações, não vai acontecer nada. A Assembleia aprovou por unanimidade.

O SR. PRESIDENTE - JOSÉ BITTENCOURT - PDT - Deputado Vitor Sapienza, Deputado Mauro Bragato, gostaria que o Secretário Benedito apanhasse isso direitinho. Li a minuta do relatório parcial, Deputado Mauro Bragato, seria bom que V. Exa. “chupasse”- o termo é esse mesmo - essa proposta do Deputado Vitor Sapienza que foi para Brasília e, quem sabe, o próprio projeto de lei do Deputado Lobbe Neto e trouxesse como proposta da CPI. A contrapartida dessa questão tem sido uma fonte de arrecadação, de receita, resultante de infrações de trânsito, mas lá na ponta, em caso de acidente - aliás, vemos nas rodovias de São Paulo: “Três quilômetros daqui até a Santa Casa.” Parabéns, deputado, gostaria como sugestão (falas simultâneas).

O SR. MAURO BRAGATO - PSDB - Deixe-me entrar na discussão, Secretário. Penso que tem que ter uma fonte de financiamento. Não dá só para depender do SUS e dos entes federativos. Ao mesmo tempo, tenho uma preocupação sobre a profissionalização das Santas Casas. A experiência tem mostrado que arrumamos o recurso e no ano seguinte a situação está a mesma. É chamado custeio. Há ainda uma dose de irresponsabilidade. Muitas pessoas não têm levado a sério e fica naquilo de que o que é público é de todos, então não prestam contas daquilo que fazem.

Como o Secretário vê essa questão da profissionalização das Santas Casas? Se vamos conseguir um dinheiro para financiar, temos de estabelecer regras, senão fica uma eterna crise. Pelo menos a experiência mostrou isso para mim. Temos de ter regras de controle de gastos e preocupação inclusive com a prestação de contas. Como o Secretário vê esse quadro das Santas Casas?

O SR. LUIZ ROBERTO BARRADAS BARATA - Acho que isso faz parte um pouco daquilo que o Deputado Vitor Sapienza tinha falado do romantismo. Antigamente o provedor da Santa Casa era um líder da cidade, a Santa Casa era tocada por pessoas, irmãs de caridade e tal, sem profissionalização. Hoje a saúde é uma coisa muito cara e que demanda uma profissionalização do seu gerente. É um negócio que, se não for muito bem conduzido, traz prejuízo. Isso que o Deputado Mauro Bragato levantou é uma realidade que temos procurado evitar na medida em que auxiliamos a Santa Casa, mas ao mesmo tempo a Santa Casa entra no “Pró-Santa Casa” e tem de ter uma participação da Federação das Misericórdias, que congrega todas as Santas Casas no Estado de São Paulo, fazendo cursos, atualizando. Fizemos um convênio para permitir à Federação das Misericórdias oferecer cursos de gestão, como administrar o

nosso almoxarifado, como reduzir custos dessas entidades. Ou seja, profissionalizamos a gestão.

Um problema sério que temos - e que acho que vamos ter que enfrentar nos próximos anos - é que, antigamente, era possível a praticamente toda cidade do Estado de São Paulo ter uma Santa Casa. Havia alguns quartos, havia um médico, que, muitas vezes, trabalhava de graça para a Santa Casa. Essa era mais uma das atividades que ele tinha.

Hoje em dia, não é assim. Está mais do que demonstrado, por estudos da Organização Mundial da Saúde e de áreas de administração hospitalar, que um hospital muito pequeno, com menos de 50 leitos, não é financeiramente sustentável. Para que um hospital seja sustentável, é preciso que ele tenha, no mínimo, 50 leitos - de preferência, entre 100 e 300 leitos. Esse é o ponto de equilíbrio econômico. Está demonstrado no Brasil e em todo o mundo: entre 100 e 300 leitos é o número ideal para o hospital ter magnitude e ser adequadamente gerenciado.

Infelizmente, no Estado de São Paulo, 70% dos hospitais filantrópicos são pequenas unidades. Aí, fica muito custoso. É muito frequente eu ser procurado por um prefeito, por um secretário municipal de Saúde, pela sociedade de uma cidade: “Olha, nosso sonho é instalar cinco leitos de UTI na nossa Santa Casa”. Quantos leitos tem a Santa Casa? “Ah, a Santa Casa tem 50 leitos, e queremos fazer cinco leitos de UTI”. Para ter cinco leitos de UTI, é preciso ter sete médicos intensivistas trabalhando 24 horas, um por dia - e um oitavo médico, que trabalha todos os dias, de segunda a sexta-feira. E todos os dias, 24 horas por dia, é preciso ter um plantonista.

Pergunto ao prefeito dessa cidade, que tem 20 mil habitantes: “Quantos médicos intensivistas tem na sua cidade, prefeito?” E ele me responde: “Nenhum.” Então, como é que você vai pôr uma UTI, com cinco leitos, se você não tem nenhum intensivistas? “Ah, mas eu tenho dez médicos, e um dos médicos é cardiologista. Ele sabe muito, ele vai...” Mas ele é cardiologista, não é intensivistas. A população vai acreditar que tem cinco leitos de UTI, mas não tem. O que existe é uma coisa que o prefeito, o secretário municipal, o provedor da Santa Casa estão chamando de UTI. A população vai acreditar que é uma UTI. O paciente vai ser levado para lá, mas será cuidado por um médico que vai duas vezes por dia à Santa Casa. Então, ele não terá aquele cuidado de intensivistas, da UTI, e, conseqüentemente, a mortalidade dessa unidade será muito maior do que se o paciente tivesse sido removido.

Hoje, no Estado de São Paulo, não existe nenhuma cidade que diste mais do que 20 ou 30 minutos de uma grande cidade que tenha uma UTI que, de fato, seja uma UTI e seja tocada por um intensivistas.

Para a população daquela cidade e para o dirigente daquela Santa Casa, parece que é um alto negócio ter uma UTI, comprar um aparelho de tomografia. Esse é o sonho de nove entre dez Santas Casas. Bem, mas o aparelho vai fazer 15 exames por semana. Para que um aparelho seja economicamente viável, é preciso que se façam 20 exames por dia.

Essas coisas são um pouco difíceis...