

Reforma da Saúde e Hospital Universitário: influência das políticas de assistência médica gerenciada

Healthcare and University Hospital Reform: the influence of the managed medical care policies

Geraldo Majela Garcia Primo¹; Maria do Carmo de Souza Mota Avelar Gomes²; Maria José Menezes Brito³; Marília Alves⁴

RESUMO

O objetivo deste trabalho é apresentar a evolução do modelo de gestão de um hospital público universitário nos últimos anos e o modo como as políticas públicas voltadas para a saúde influenciaram essas mudanças. Estabelece-se um paralelo entre as discussões e mudanças no modelo assistencial e de gestão desenvolvidas no hospital e as políticas nacionais e locais para a saúde e seu impacto no financiamento e regulação. Também são analisados os indicadores de produção e de qualidade no período de 30 anos, estimando-se a repercussão dessas mudanças no atendimento prestado à população. Conclui-se que a política de financiamento direcionou os hospitais públicos, inclusive os universitários, para uma proposta de eficiência, ou seja, racionalização dos recursos orçamentários a partir de instrumentos regulamentadores com ênfase na produção e competição por recursos no setor público. Internamente, os gestores objetivaram esse aumento da eficiência na responsabilização interna, reforço de sua inserção no sistema de saúde e reconhecimento do papel regulador do gestor local, buscando a parceria em ações que levaram a investimentos internos e aumento da inserção da política de saúde do município no dia-a-dia do hospital.

Palavras-chave: Hospitais Universitários; Políticas Públicas de Saúde; Gestão em Saúde; Modelo Organizacional; Assistência da Saúde.

ABSTRACT

This paper purpose is to present the evolution of the management model of a university public hospital in the last years and how the public policies turned to healthcare have influenced these changes. It is set a parallel between the discussions and the changes in the healthcare model and the management developed in the hospital and the national and local policies for healthcare and their impact in the financing and regulation. The production and quality indicators are analyzed as well in the period of 30 years, with the estimate of these changes impact on the healthcare services for the population. The conclusion is that a financing policy has directed the public hospitals, included the university ones, towards an efficiency proposal, that is, the rationalization of the budget resources starting from the regulation tools with emphasis on the production and competition for resources in the public sector. Internally, the managers have sought this efficiency increase in the internal responsibility, reinforcement of its insertion within the healthcare system and the acknowledgement of the local management regulation role, seeking for partnerships in the actions that have lead towards internal investments and increase of the insertion of the local healthcare policies in the hospital daily routine.

key words: Hospitals University; Health Public Policy; Health Management; Organizational Model; Delivery of Health Care.

Instituição:

Universidade Federal de Minas Gerais

Endereço para correspondência:

Geraldo Majela Garcia Primo
Avenida Alfredo Balena, 110 – 1º andar Ala Norte
Belo Horizonte – MG
CEP: 30130-100
Email: gmprim@hc.ufmg.br

INTRODUÇÃO

No Brasil, a década de 1980 foi marcada por ampla discussão no âmbito da saúde, denominada “Reforma Sanitária”, questionadora do modelo assistencial vigente, principalmente pela dicotomia entre as ações curativas realizadas pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (herdeiro dos institutos de pensão previdenciária) e as ações preventivas realizadas pelo Ministério da Saúde (herdeiro do modelo de ações por campanhas e higienistas). A conjuntura de redemocratização do Estado Brasileiro fortaleceu as idéias de ampliação de reforma do sistema, tendo como base o princípio ético-político “*Saúde: Direito de Todos e Dever do Estado*”. A reforma pretendida propugnava basicamente alterações no formato institucional e jurídico do sistema de saúde, de modo a propiciar a universalização da atenção à saúde, gratuita e sob controle do Estado.

Paralelamente à pressão democrática pela ampliação da cobertura impingida ao processo de implantação de um sistema único de saúde, uma grave crise de recursos para investimentos na saúde e nas políticas sociais dificultava essas mudanças.¹ A reforma do Estado, baseada no modelo neoliberal hegemônico da década de 1980, previa ações que reduzissem as barreiras burocráticas e oferecessem mais flexibilidade gerencial. A questão central residia na *avaliação de resultados*, uma vez que os serviços deveriam estar voltados para o consumidor. A avaliação de desempenho era a palavra de ordem desdobrada em uma série de princípios explicitados na missão institucional, plano de metas, indicadores de cumprimento dos objetivos e dos resultados alcançados. A *Agenda da Saúde*, baseada nesse modelo, previa sinteticamente a contenção dos custos da assistência médica, traduzida na busca de mais eficiência e redefinição do *mix* público e privado, com descentralização das ações para níveis subnacionais e também para a iniciativa privada.¹

A eficiência pretendida seria alcançada mediante a ênfase nas “regras do jogo” caracterizadas por estruturas de incentivo - orientadas para a distribuição de recursos; na avaliação de desempenho - reconhecida como impulsionadora de mudanças; e, ainda, na arquitetura legal-institucional dos programas de reforma.^{2,3} Como instrumento de implantação dessa política, o Governo lançou mão

das Normas Operacionais da Saúde (Lei Orgânica da Saúde e as Normas Operacionais Básicas – NOB 01/93 e, principalmente, a NOB 01/96), que previam repasse de recursos diretamente aos municípios, por meio do PAB (Piso Assistencial Básico), dependente do tamanho da população, e uma parte variável composta de incentivos ao PSF (Programa de Saúde de Família) e PACS (Programa de Agentes Comunitários).⁴ Os gestores locais, a partir da Gestão Plena, passaram a exercer sua autonomia no repasse dos recursos e na compra de serviços dos prestadores públicos e privados, inclusive dos hospitais universitários⁵

Os hospitais universitários, assim como os demais hospitais públicos brasileiros, foram progressivamente se inserindo nesse novo sistema e se tornando dependentes de seus recursos. Essa dependência, com seus desdobramentos, resultou em crises de gestão e financeiras, que foram se agravando ao longo dos anos. As dificuldades também são explicadas, em parte, pelos constrangimentos legais produzidos pelas instâncias legislativas, executivas e dos tribunais de conta: Lei nº 8.112/90 – Regime Jurídico Único; Lei nº 8.666/93 – Licitações e contratos; Lei nº 4.320/64 – Legislação Complementar/Orçamentos e finanças.⁶ Com esta formatação do setor público, buscava-se minimizar as possibilidades de fraudes e irregularidades na máquina pública. Contudo, como efeito colateral, houve enrijecimento das organizações e esforços exagerados no cumprimento dos processos administrativos e das atividades-meio.

Surgiram, então, como resposta a essa situação, alternativas de gestão que passaram pela reorientação do modelo assistencial para usuário/paciente, mais flexibilidade na gestão de pessoas (contratação por meio das fundações de apoio, estabelecimento de políticas de incentivo), reorganização da infra-estrutura (atualização tecnológica e aumento da capacidade) e ampliação da governabilidade da gestão financeira.⁶

Mediante o exposto, este estudo teve como objetivo principal analisar aspectos da evolução do modelo assistencial e organizacional de um hospital público universitário nos últimos anos, considerando a influência das políticas públicas voltadas para a saúde e mediadas pelos órgãos financiadores e reguladores do Sistema Único de Saúde. Como objetivo secundário buscou-se analisar os indicadores de produtividade e de qualidade, bem

como os serviços prestados aos usuários no contexto de evolução do referido modelo.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo de natureza qualitativa dividido em duas etapas. Na primeira, foi feito o levantamento de dados e análise bibliográfica dos temas pertinentes ao objeto proposto. Foram consultados documentos produzidos e utilizados pela Diretoria e Assessoria de Planejamento do Hospital das Clínicas da UFMG (HC/UFMG) e avaliação qualitativa e descritiva dos indicadores de produção geral (relatórios anuais e relatórios das avaliações institucionais dos indicadores e metas), bem como outros documentos utilizados e/ou produzidos pelo hospital (HC). Na segunda etapa, procedeu-se à análise do processo e evolução político-organizacional e de gestão do cuidado no HC/UFMG. As ações e regulamentações definidas nos diversos documentos e fóruns deliberativos do hospital foram comparadas com padrões e diretrizes estabelecidas na agenda da saúde, de acordo com literatura investigativa do tema.

Foram considerados os aspectos éticos e legais para a realização do estudo, o qual foi submetido à análise e aprovação na Câmara Departamental do Departamento de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais e à Diretoria do HC/UFMG.

O Hospital das Clínicas da UFMG

Criado em 1928, a partir do agrupamento de clínicas que se aglutinaram em torno da Faculdade de Medicina, o *Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da UFMG* - como era chamado até 1976 - assim como as Santas Casas, atendia a população indigente e aquelas excluídas do sistema de atenção à população previdenciária.⁷

Funcionou até meados da década de 1970, sob a lógica do ensino, vinculado fortemente ao currículo da Faculdade. Nesse período, iniciou uma série de mudanças em seu modelo assistencial e administrativo, baseadas na reforma curricular da Faculdade de Medicina, que previa a ambulatorização do ensino, e no cuidado progressivo do paciente, de acordo com o nível de atenção requerido

pela enfermagem.^{8,9} Como pano de fundo das mudanças, uma grave crise financeira se avolumava, pressionada pelo aumento progressivo da inflação e recursos orçamentários fixos, definidos no início do ano e independente das necessidades. Iniciaram-se os problemas de custeio, sendo necessário, no início dos anos 1980, a redução do número de leitos no hospital.

Em 1986, com a assinatura do Convênio MEC-MPAS, o HC/UFMG assumiu o compromisso de atendimento também à população previdenciária. Esse convênio previa repasse de recursos oriundos da prestação de serviços, bem como financiamento para construção de um novo bloco, com conseqüente ampliação da capacidade instalada. Era o início de uma nova forma de custeio, baseado na venda de serviços para o então grande comprador da União: o Ministério da Previdência e Assistência Social. O pagamento da produção ambulatorial que remunerava também a propedêutica, sem a necessidade de prestação detalhada de contas, associado ao IVH - Índice de Valorização de Desempenho - (remuneração superior concedida aos Hospitais Universitários), proporcionava superávit financeiro e abria possibilidades para investimentos.

No entanto, a implantação da NOB/91 e nova forma de repasse de recursos aos hospitais universitários (fim do IVH, nivelção rebaixada do valor dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais e a necessidade de notificação detalhada dos procedimentos ambulatoriais) colocaram novamente o HC em déficit financeiro. Concomitantemente, o gestor municipal definia um progressivo sistema de controle e avaliação: estabelecia fluxos de pacientes e de apresentação das contas hospitalares, diminuía a autonomia do corpo clínico, estabelecia critérios de atendimento e não pagava os procedimentos realizados que estivessem em desacordo com normas por ele definidas.

Internamente, percebia-se claramente a obsolescência do modelo em vigor, que não atendia à nova realidade assistencial e administrativa.¹⁰ No início da década de 1990 surgiram propostas oficiais de formulações de novas alternativas de modelo assistencial e conseqüente estrutura organizacional.¹¹ Seguiram-se discussões sobre um novo modelo que atendesse às demandas da conjuntura vigente, marcada por grave crise financeira que, em 1997, levaria novamente à redução da capacidade do hospital e eliminação de alguns servi-

ços.^{12,13,14} As críticas ao modelo falavam de centralização das decisões administrativas na diretoria, não responsabilização das unidades/setores sobre os resultados, ausência do planejamento nos diferentes níveis do hospital, despreocupação com a captação de recursos, falta de informações sobre sua arrecadação e desinteresse e falta de estímulo em relação ao desempenho institucional.¹⁵

Tal diagnóstico ressaltou a necessidade de reorganização político-gerencial do hospital e descentralização das ações administrativas. As discussões, que se arrastaram por toda a década de 1990, levaram à proposição de criação das Unidades Gestoras (UG), posteriormente denominadas Unidades Funcionais (UF), que se tornariam corresponsáveis, junto à Administração Central, pela captação e alocação dos recursos disponíveis.

A opção pelo “Projeto de Unidades Funcionais” foi resultado de amplo debate e oficinas de trabalho que culminou com a realização, em 1999, do Terceiro Seminário do Hospital das Clínicas.¹⁶ Esse projeto, aprovado nas instâncias deliberativas do hospital, preconizava a mudança no modelo de gestão, com destaque para a “distribuição de responsabilidades, o relacionamento entre os atores organizacionais e a flexibilização administrativa na medida em que o processo de tomada de decisão aproxima-se da execução.”¹⁶

A nova proposta organizacional tinha como princípios gerais: a gestão baseada nos resultados e na racionalização dos recursos; a descentralização das decisões e responsabilidades em cada unidade e de acordo com os recursos existentes; gestão autônoma da UF, submetida, contudo, às diretrizes da diretoria do hospital e imediata implementação de medidas que reduzissem os custos.¹⁶

Ademais, esse modelo tinha como perspectiva o aumento da produção de todos os serviços, com vistas à sobrevivência econômica, assistencial e acadêmica do HC-UFMG. A criação de unidades funcionais tinha como proposta a estruturação de colegiados internos, nos quais os diversos atores tivessem representação visando à coordenação e definição coletiva acerca dos objetivos, metas e indicadores dos seus componentes. Assim, seria possível:

[...] a pactuação e negociação dos recursos existentes, definição de prioridades e investimentos. Definidos seus indicadores e metas, e de posse do seu plano de trabalho para o cumprimento

destes, a unidade negociará e estabelecerá, com a direção do hospital, um CONTRATO DE GESTÃO em que se comprometerá a produzir e desenvolver programas e atividades específicas visando o aprimoramento do desempenho da unidade e terá como contrapartida o apoio e infra-estrutura necessária para desenvolvimento de seu plano[...] ¹⁷

Em julho de 2001, as primeiras Unidades Funcionais assinaram seu Contrato de Gestão com a diretoria do hospital. Nesse período também foram iniciadas as negociações para o chamado Convênio Global, a ser estabelecido com a Secretaria Municipal de Saúde. Esse Convênio definiria o Plano Operativo Anual, ou seja, os compromissos com o Sistema Único de Saúde com as regras de fluxo, as metas de produção e de qualidade da assistência.¹⁸

Essas mudanças ainda não seriam suficientes para atenuar a situação financeira que se reproduzia em vários hospitais universitários. Em 2004, em resposta à crise crônica dos hospitais de ensino pertencentes às três categorias (pública, filantrópica e privada lucrativa), os Ministérios da Saúde e da Educação publicaram uma série de portarias (Portarias Interministeriais nº 1.000, 1.005, 1.006 e 1.007 de 2004) que alteraram a forma de certificação e de financiamento desses estabelecimentos, reintroduzindo a modalidade de orçamentação global. O denominado “Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino” previa a “contratualização” das unidades assistenciais – celebração de contrato em que são incluídas cláusulas relacionadas a metas e indicadores de qualidade e de produção de serviços, bem como a definição clara de sua inserção na rede –, definindo como base de cálculo para o repasse fixo mensal a série histórica de serviços produzidos, acrescida do FIDEPS (Fatores de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa em Saúde).¹⁹ Essa modalidade de contratualização com o gestor local já vinha sendo experimentada no âmbito do HC/UFMG.

Nessa conjuntura, o modelo de UF seguia seu curso, sendo que, em setembro de 2005, todas as Unidades Funcionais tinham assinado seu contrato de gestão. Avaliações institucionais desse novo modelo têm apontado mudanças no processo de trabalho, mais resolutividade nas questões administrativas, melhora no controle de custos e mais autonomia para os setores.²⁰ No entanto, mais recentemente percebe-se uma tendência do modelo à exaustão, com falhas na monitorização, dificuldades de assi-

miliação da lógica do planejamento e conflitos entre os diversos atores envolvidos no processo.²¹

O fator de consenso em todo esse processo é a necessidade de aumento da eficiência e da produtividade hospitalar. Tal requisito foi incorporado inclusive ao enunciado da missão hospitalar, aprovado no terceiro seminário do hospital e mantido nas últimas versões do mesmo:

O Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais tem como missão desenvolver a assistência na área da saúde, com eficácia e eficiência e, de forma indissociável e integrada, o ensino, a pesquisa e a extensão, constituindo-se como referência junto à Sociedade.²²

Indicadores hospitalares

A demanda institucional pelo aumento da eficiência e da produtividade hospitalar tem sido reforçada por pressões externas, condicionando o aporte de recursos à produção e, nos últimos anos, estabelecendo indicadores e metas de qualidade e produtividade a serem cumpridas e claramente definidas pelo Plano Operativo Anual assinado com a Secretaria Municipal de Saúde.¹⁸ Mais recentemente, o Plano de Ajustes e Metas estabelecido com a Secretaria Estadual de Saúde, por meio do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG (PRO-HOSP), também pactua metas de produtividade.²³ A Tabela 1 apresenta a evolução dos indicadores de assistência do hospital nos últimos anos.

Observa-se clara tendência a aumento da produção de procedimentos, dos indicadores de eficiência e qualidade da assistência. A atenção ambulatorial teve acréscimo substancial nesse período: as consultas médicas aumentaram de 115.000 em 1977 para mais de 300.000 consultas anuais em 2006 (aumento de 268%). Os exames realizados pelo Laboratório Central tiveram o maior aumento proporcional entre os indicadores estudados: de cerca de 220.000 no final da década de 1970 para mais de 1.200.000 em 2006 (aumento de 540%). O número de partos também cresceu: cerca de 1.900 em 1977 para quase 3.300 em 2006 (aumento de 77%).

As internações hospitalares duplicaram no período de 30 anos: de menos de 9.000 em 1977 para

mais de 17.000 em 2006. Nesses anos, o número de leitos no hospital manteve-se no mesmo patamar. A média de permanência, por sua vez, caiu pela metade. Nesse sentido, a rotatividade dos leitos cresceu substancialmente: quase 80% no período estudado (de 24,44 internações/ano em 1979 a 42,93 internações/ano em 2006). A taxa de mortalidade hospitalar manteve-se estável no período (entre 3,0 e 3,6%).

DISCUSSÃO

Historicamente, as conjunturas em que se verificam inflexões decisivas na estruturação dos sistemas de serviços de saúde sempre estiveram vinculadas a processos e questões políticas mais amplas, que não estão referidas necessariamente ao campo da saúde. As modificações ocorridas nos últimos anos no Hospital das Clínicas refletem, no âmbito local, as propostas de reformas sociais e da saúde em curso no mundo ocidental e no Brasil a partir dos anos 1980. Para o direcionamento da análise foram consideradas as principais diretrizes nacionais estabelecidas pela reforma da saúde¹ e suas repercussões no nível local (município) e no âmbito do hospital.

Diretriz 1: Aumentar a eficiência dos serviços de saúde e conter os custos

Responsabilização interna com os gastos dos serviços, desenvolvendo nos profissionais a consciência dos custos e de mecanismos de responsabilização.

Ações no hospital: Gestão baseada nos resultados e na racionalização dos recursos; elaboração de estratégias para a viabilização da melhoria do desempenho. Otimização de recursos desde as primeiras reformas na gestão; ampliação da oferta de serviços, principalmente ambulatoriais e criação do Pronto-Atendimento; estabelecimento de autonomia para as unidades de produção assistenciais; incentivo à produção, baseada na remuneração adicional, proveniente dos excedentes gerados pelos ganhos de produtividade das unidades operacionais. Análise de custos e de viabilidade financeira para implantação de serviços.

Diretriz 2: Reforçar a regulação

Descentralização do controle para níveis subnacionais e para o setor privado. Fortalecimento do papel do gestor local, definindo fluxos, auditando contas, estabelecendo tetos de produção física e orçamentária, de acordo com critérios e prerro-

gativas das Normas Operacionais Básicas (Gestão Plena dos Municípios).

Ações no hospital: Assinatura do contrato de gestão com o gestor municipal e início de um processo de controle no fluxo de pacientes; redução progressiva da procura direta e do fluxo paralelo. Inserção dos mecanismos regulatórios no modelo assistencial.

Tabela 1: Indicadores de produtividade HC/UFMG 1977-2006

Anos	Consultas	Exames Lab. Central	Partos	Internações	Média de Permanência	Giro do Leito	Taxa de Mortalidade
1977	115.364	228.099	1.856	8.761	12,50	(*)	3,60%
1978	115.947	222.870	1.561	10.383	10,80	(*)	3,50%
1979	116.699	225.170	2.130	8.995	11,75	24,44	3,83%
1980	116.247	173.330	1.853	9.075	10,69	26,46	3,58%
1981	140.098	205.555	1.899	11.053	9,08	30,24	3,93%
1982	133.072	255.976	1.898	11.919	8,16	32,16	2,44%
1983	144.020	241.411	2.111	12.691	8,54	33,93	2,44%
1984	110.531	195.633	1.170	10.430	7,89	28,33	2,31%
1985	155.133	209.447	2.364	13.514	7,66	36,03	2,42%
1986	150.189	320.605	2.139	12.261	7,49	32,05	2,90%
1987	123.501	281.547	1.844	11.607	8,36	30,44	3,25%
1988	165.683	396.603	1.843	13.176	7,82	34,86	3,25%
1989	147.420	335.164	1.668	11.488	8,26	31,68	2,31%
1990	197.806	429.505	1.975	12.813	8,21	33,7	3,15%
1991	168.488	437.674	1.711	11.393	8,29	30,76	3,42%
1992	194.757	405.275	1.693	11.580	8,60	30,11	3,64%
1993	246.539	429.221	1.724	12.022	7,66	34,43	3,72%
1994	238.818	503.533	1.567	12.508	7,79	33,18	6,17%
1995	232.585	529.406	1.508	11.650	7,67	35,34	5,71%
1996	251.138	658.755	1.742	14.477	7,48	33,6	3,03%
1997	222.279	648.046	1.896	11.689	6,81	37,18	3,49%
1998	231.281	499.705	1.860	12.471	6,06	40,53	2,99%
1999	253.095	654.248	2.041	13.712	5,88	45,51	2,96%
2000	252.686	703.399	3.084	16.244	5,56	47,86	2,52%
2001	223.944	658.718	3.265	15.583	5,49	47,56	2,47%
2002	276.439	756.120	3.036	17.750	5,42	51,32	2,42%
2003	287.301	873.607	3.228	18.212	5,24	51,27	2,51%
2004	306.284	946.268	2.769	17.620	5,52	48,91	2,63%
2005	319.132	1.035.155	3.245	17.717	6,73	40,51	3,39%
2006	308.741	1.235.081	3.290	17.569	6,65	42,93	3,04%

Fonte: Boletim Anual do SAME - HC/UFMG

(*) – Dado não disponível.

Diretriz 3: Reinterpretação das representações políticas dos conselhos e dos mecanismos de participação

Papel ativo dos Conselhos de Saúde nacionais, estaduais e municipais com papel consultivo e de fiscalização.

Ações no hospital: Criação do Conselho de Saúde do Hospital das Clínicas da UFMG; realização de Seminários Locais para discussão do modelo de gestão e diretrizes para o hospital. Realização do Plano Diretor de Gestão.

Diretriz 4: Mudança na forma de pagamentos dos prestadores

Substituições das formas de pagamento por Unidade de Serviço (US) por outras que levam em consideração os resultados. Mudanças nas formas de transferência de recursos financeiros do nível central às unidades executoras e implantação de mecanismos de controle orçamentário: ênfase na implementação de orçamentos globais, prospectivos e vinculação do crescimento do gasto sanitário aos crescimentos populacionais; introdução dos mecanismos competitivos dos fundos públicos. Fundo Municipal de Saúde estabelecido por critérios populacionais, permitindo repasse entre municípios de acordo com fluxos de referência e contra-referência.

Ações no hospital: Contrato de Gestão com a Secretaria Municipal de Saúde com previsão de pagamento global, de acordo com plano operativo de produção acordado previamente; cumprimento de indicadores de qualidade e produtividade e cumprimento de fluxos preestabelecidos; estabelecimento de metas físicas de produção e de qualidade com vistas a assegurar o financiamento e sobrevivência do hospital.

Diretriz 5: Limitação nos recursos para pagamento de pessoal

Restrições ao aumento salarial e exigências de mais produtividade; congelamento dos salários dos servidores; extinção de cargos das atividades-meio no setor público.

Ações no hospital: Necessidade de contratação de pessoal com recursos próprios para cobrir déficit de pessoal e expansão de serviços; percepção da necessidade de gerir com eficiência os próprios recursos. Propostas e implementação de pagamento de produtividade aos profissionais médicos e servidores, de acordo com produção, cumprimento de metas e assiduidade no trabalho.

Diretriz 6: Criação de alternativas à assistência hospitalar

Incentivo aos Programas de atenção básica e Programas de Saúde da Família.

Ações no hospital: Ambulatorização do ensino; Projeto de Atenção Domiciliar.

Diretriz 7: Normatização, padronização e monitoramento da prática médica

Estabelecimento de padrões de comparação e avaliando os “desvios” do que se define como prática adequada.

Ações no hospital: Criação de protocolos clínicos para os serviços; apresentação de protocolos para o gestor local, como parte das metas a serem cumpridas no Convênio de Gestão; normas e rotinas para os procedimentos são exigidas pelos órgãos normatizadores como Vigilância Sanitária, Ministério da Saúde (para credenciamento de serviços) e ONA (para o processo de acreditação hospitalar).

Diretriz 8: Regulação da capacidade instalada

Publicação de Portarias Ministeriais com critérios rígidos de credenciamento dos serviços, limitação dos prestadores e restrições à incorporação tecnológica e capacitação técnica. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde com dados da estrutura hospitalar, equipamentos, leitos, recursos humanos e serviços credenciados, vinculando-se a apresentação e o pagamento da fatura hospitalar a este cadastro. Estabelecimento de tetos físicos e orçamentários. Cadastro de pacientes para procedimentos de alta complexidade (APAC para hemodiálise, quimioterapia, hemodinâmica e outros). Tabela nacional

de procedimentos ambulatoriais e hospitalares. Estabelecimento de políticas de assistência e de qualidade hospitalar como os de humanização do atendimento e acreditação hospitalar.

Ações no hospital: Adaptação aos critérios de credenciamento; busca da regularização junto à vigilância sanitária e do alvará de funcionamento. Criação de programas internos de Acreditação Hospitalar e de Humanização.

A busca pela eficiência nos hospitais universitários (linguagem hegemônica no final do século XX) se deu a partir de uma confluência de fatores externos e internos. No âmbito da regulamentação externa assistimos a uma pressão no financiamento estabelecido a partir de regras bem estabelecidas nas Normas Operacionais. A política de financiamento direcionou os hospitais para os princípios de eficiência, ou seja, racionalização dos recursos orçamentários a partir de instrumentos regulamentadores com ênfase na produção e competição por recursos no setor público. Internamente os gestores buscaram esse aumento da eficiência na responsabilização interna, legitimação do papel dos hospitais universitários no sistema de saúde e reconhecimento do papel regulador do gestor local objetivando a parceria em ações de que levaram a investimentos internos e inserção da política do município no dia-a-dia do hospital.

Os diversos atores sociais implicados nas mudanças cumpriram seu papel no âmbito da dinâmica hospitalar: seus dirigentes identificaram os limites do modelo de gestão em vigor, que oferecia responsabilidades, mas não concedia poder; o gestor local do sistema de saúde, materializando a pressão local em busca de serviços de qualidade e atendimento de sua demanda; na esfera federal os investimentos governamentais buscavam a melhoria da infra-estrutura e, principalmente, dos recursos tecnológicos.

O gestor local, na procura pelo alcance das diretrizes de integralidade da assistência, equidade, universalização da atenção e controle social, via nos hospitais universitários equipamentos indispensáveis para melhoria dos seus indicadores. Essa pressão se efetivou a partir do reforço na regulação, com glosas de procedimentos, exigências de credenciamentos, revisão de fluxos buscando a democratização do acesso e equiparação dos critérios para a porta de

entrada no sistema. De outro lado, acenava com recursos de investimentos de acordo com suas necessidades de ampliação de cobertura.

A construção do Pronto-Atendimento, em 1996, com recursos do Fundo Municipal de Saúde, exemplifica essa estratégia e é considerada um “divisor de águas” no hospital, demarcando sua inserção inequívoca no Sistema Único de Saúde. Seu funcionamento resultou na mudança no perfil do paciente, aumento na pressão interna para a resolutividade, mais agilidade na assistência, ao mesmo tempo em que reforçou a legitimidade social necessária para aporte de recursos nas esferas municipal, estadual e federal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O contexto externo no qual estava inserido e a dificuldade da direção em continuar gerenciando em situação de escassez de recursos financeiros e com pouca autonomia para intervenção interna levaram à constatação da necessidade de alternativas de viabilidade do hospital. As iniciativas de mudanças no modelo de gestão e de assistência nos anos de 1980 e 1990 serviram como ensaio para as mudanças que seriam implementadas no início da década 2000 e cujos desdobramentos e resultados estão em curso e passíveis de avaliação.

No Projeto de Unidade Funcional, observa-se a incorporação de critérios estabelecidos como fundamentais para o gerenciamento eficiente e efetivo, tais como o estabelecimento de metas de produção, de qualidade e financeiras; a criação de protocolos clínicos e administrativos; responsabilização dos novos gerentes mais diretamente ligados à atividade-fim, compromissos assistenciais com o Sistema Único de Saúde; estabelecimento de novas relações com as unidades acadêmicas da Universidade; avaliação de satisfação dos usuários externos e internos, entre outros.

O Hospital das Clínicas, como estratégia de sobrevivência e em resposta à nova realidade política e de financiamento do setor saúde, tem procurado se adaptar às mudanças que lhe são impostas, seja por meio da regulação, do aporte de recursos ou dos critérios de credenciamento. Tais mudanças se mostraram inevitáveis, diante

da conjugação das forças que se mobilizaram no poder e em torno dele. Contudo, sua implementação não se deu de maneira natural e sim com resistências internas. A comunidade hospitalar vai, aos poucos, se adaptando às novas regras, incorporando a necessidade de aprimorar os mecanismos de gestão, visando a maior eficiência no uso dos recursos e das regras de convivência com órgãos normatizadores.

Nessa transição constata-se ainda um desequilíbrio entre receita e despesa, com conseqüente defasagem nos investimentos. A política de pessoal do Governo Federal também dificulta a reposição do quadro funcional do HC, gerando déficit de pessoal, más condições de trabalho e reflexos na qualidade de ensino e assistência. Em que pese a todas essas dificuldades, é notório o aumento da produtividade hospitalar, retratada no incremento das consultas, internações e exames, materializando o esforço na otimização dos recursos e cumprimento das metas pactuadas interna e externamente.

A perspectiva posta pelo novo modelo de gestão do HC é de contribuir para a negociação de um novo modelo assistencial, no qual o engajamento e participação dos diversos atores envolvidos são fundamentais. O desafio, na relação com o Sistema Único de Saúde, é que seja preservada a identidade do hospital como instituição de ensino universitário, mantendo seu papel não apenas de prestador de serviços, mas também de formador de profissionais, realização de pesquisas e incorporação de novas tecnologias na área da saúde.

REFERÊNCIAS

- Almeida C. Novos modelos de atenção à saúde: bases conceituais e experiências de mudança. In: Costa NR, Ribeiro JM, organizadores. Políticas de saúde e inovação institucional. Rio de Janeiro: ENSP; 1996.
- Almeida C. Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. *Cad Saúde Pública*. 2002; 18 (supl.):23-36.
- Melo NR, Costa MA. As sete vidas da agenda pública brasileira. In: Rico EM, organizador. Avaliação de Políticas Sociais: uma questão em debate. São Paulo: Cortez/IEE; 1994
- Radicchi ALA. O financiamento do Sistema Único de Saúde. UFMG. Belo Horizonte. 2002. [Citado em set. 2008]. Disponível em: http://internatorural.medicina.ufmg.br/financiamento_sus_antonio_leite.pdf
- Lercivutz E, Lima LD, Machado CV. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2001; 6(2):269-91.
- Costa NR, Ribeiro JM, Silva PLB. Reforma do Estado e mudança organizacional: um estudo de hospitais públicos. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2000; 5(2):427-42.
- Hospital das Clínicas da UFMG. Diagnóstico da evolução do modelo assistencial e administrativo do Hospital das Clínicas da UFMG. Belo Horizonte: HC/UFMG; 1991. 24 p. Manuscrito.
- Lemos JMC. Hospital das Clínicas 1971-1996. Texto de apoio ao 3º Seminário do Hospital das Clínicas da UFMG. Belo Horizonte: HC/UFMG; 1998. 10p. Manuscrito.
- Hospital das Clínicas da UFMG. Reunião da Comissão de Avaliação de Cuidado Progressivo do Paciente do 04/05/84. Belo Horizonte: HC/UFMG; 1984. 4p. Manuscrito.
- Hospital das Clínicas da UFMG. II Relatório administrativo financeiro do Hospital das Clínicas da UFMG. Belo Horizonte: HC/UFMG; abr. 2000. 77p. Manuscrito.
- Hospital das Clínicas da UFMG. Conselho Administrativo. Portaria 085/90 de 13 de julho de 1990. Belo Horizonte: HC/UFMG; 1990. Manuscrito.
- Hospital das Clínicas da UFMG. Conselho Administrativo. Resolução CA/HC-UFMG N° 002/95. Dispõe sobre a aprovação do organograma geral do Hospital como diretriz de trabalho para a Diretoria e o Conselho e cria a Comissão Provisória de implantação da Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão. Belo Horizonte: HC/UFMG; 02 abr. 1997. Manuscrito.
- Hospital das Clínicas da UFMG. Relatório final da II etapa do Seminário "Análise do Modelo Assistencial do Hospital das Clínicas e suas conseqüências para o ensino, pesquisa, extensão e administração". Belo Horizonte: HC/UFMG; dez. 1992. 40p. Manuscrito.
- Hospital das Clínicas da UFMG. Conselho Administrativo. Resolução CA/HC/001/93 de 19 de maio de 1993. Belo Horizonte: HC/UFMG; 1993. Manuscrito.
- Hospital das Clínicas da UFMG. Proposta de Gestão Descentralizada/Criação de Unidades Gestoras. Belo Horizonte: HC/UFMG; 1998. 6p. Manuscrito.
- Hospital das Clínicas da UFMG. Relatório do 3º seminário do Hospital das Clínicas da UFMG. Belo Horizonte: HC/UFMG; 1999. Manuscrito.
- Hospital das Clínicas da UFMG. Projeto para implantação de um novo modelo de gestão no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte: HC/UFMG; 1999. 11p. Manuscrito.

18. Universidade Federal de Minas Gerais. Hospital das Clínicas, Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Sistema Único de Saúde. Convênio de Gestão – Plano Operativo Anual – Proposta 2005. Belo Horizonte: HC/UFMG; dez.2004. 77p. Manuscrito.
 19. Carvalho DMT. Financiamento da assistência médico-hospitalar no Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. 2007; 12 (4): 879-92.
 20. Hospital das Clínicas da UFMG. Relatório de Avaliação do Projeto de Unidade Funcional. Belo Horizonte: HC/UFMG; 2004. Manuscrito.
 21. Hospital das Clínicas da UFMG. Modelo de gestão - consolidado da avaliação. Belo Horizonte: HC/UFMG; 2008. 3p. Manuscrito.
 22. Hospital das Clínicas da UFMG. Plano Diretor do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais para a Gestão 2006-2010. Belo Horizonte: HC/UFMG; 2006. 21. Manuscrito.
 23. César A, Garcia Primo GM, Abreu MPO Hospital das Clínicas e sua inserção no PRO-HOSP. In: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Caderno de Especialização em Gestão Hospitalar para o PRO-HOSP. Belo Horizonte: ESP-MG; 2007. p. 47-54.
-