MINISTÉRIO DA SAÚDE

Análise do Processo de Contratualização dos Hospitais de Ensino e Filantrópicos no SUS

Dificuldades, Perspectivas e Propostas
Brasília /DF, 8 e 9 de dezembro de 2008

Editora MS
Brasília – DF
2010

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Especializada

Análise do Processo de Contratualização dos Hospitais de Ensino e Filantrópicos no SUS

Dificuldades, Perspectivas e Propostas
Brasília/DF, 8 e 9 de dezembro de 2008

Série D. Reuniões e Conferências

Editora MS

Brasília – DF
2010

© 2010 Ministério da Saúde.
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.
A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.
A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: http://www.saude.gov.br/bvs
O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: http://www.saude.gov.br/editora

Série D. Reuniões e Conferências

Tiragem: 1.ª edição – 2010 – 20.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar – CGHOSP
Departamento de Atenção Especializada – DAE
Secretaria de Atenção a Saúde – SAS
Esplanada dos Ministérios, bloco G, Edifício Sede, sala 934 – 9 º andar
CEP: 70058-900, Brasília – DF
Telefone/Fax: (61) 33152596 e (61) 33152292
E-mail: cghosp@saude.gov.br
Homepage: *www.saude.gov.br*

Organização:
Karla Larica Wanderley
Lúcio Flávio de Sousa Moreira
Rodrigo Rodrigues Miranda
Daiana Lopes

Elaboração:
Karla Larica Wanderley
Lúcio Flávio de Sousa Moreira
Juliana Carrijo Melo Maluf
Rodrigo Rodrigues Miranda
Daiana Lopes

Equipe de Apoio técnico:
Maria Cecília Piovesan
Diego Santos Araújo
Elfa Maria Meinecke
Eliana de Sousa Sardeiro
Cristina Riccardi
Marilda de Cássia Castro
Cyrene dos Santos
Tatiana Rodrigues Cardoso
Brunno Carrijo
Lúcio Flávio de Sousa Moreira
Rayone Moreira
Rosecléia Bessegato Pogere
Rodrigo Rodrigues Miranda
Andersom Messias Silva Fagundes
Layane de Fátima

Equipe de Apoio administrativo:
José Armando Costa Cunha
Paula Caroline Rodrigues Bezerra
Marcone Almeida Ferreira

Apoio financeiro:
Ministério da Saúde
Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS

Editora MS
Documentação e Informação
SIA, trecho 4, lotes 540/610
CEP: 71200-040, Brasília – DF
Tels.: (61) 3233-1774 / 2020
Fax: (61) 3233-9558
E-mail: editora.ms@saude.gov.br
Homepage: http://www.saude.gov.br/editora

Equipe Editorial:
Normalização: Delano de Aquino
Revisão: Fabiana Rodrigues e Mara Soares Pamplona
Capa, projeto gráfico e diagramação: Alisson Albuquerque

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada.
Análise do processo de contratualização dos hospitais de ensino e filantrópicos no SUS: dificuldades, perspectivas e propostas / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010.
84 p. : – (Série D. Reuniões e Conferências)

Anais do Seminário de Análise do Processo de Contratualização dos Hospitais de Ensino e Filantrópicos do SUS realizado em Brasília/DF, nos dias 8 e 9 de dezembro de 2008.

ISBN 978-85-334-1693-2

1. Administração em saúde. 2. Hospital de ensino. 3. Gestão do SUS. I. Título. II. Série.

CDU 35:614

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2010/0076

Títulos para indexação:
Em inglês: Analysis of the contracting process of the teaching and philanthropic hospitals at Unified Health System (SUS – Brazil): problems, perspectives and proposals
Em espanhol: Análisis del proceso de formalización de la contratación de los hospitales de enseñanza y filantrópicos en el Sistema Único de Salud (SUS – Brasil): dificultades, perspectivas y propuestas

Sumário

Apresentação 5

Parte I – Síntese da Mesa de Abertura Oficial – 08/12/2009 . . . 7

Parte II – Síntese da Palestra: Os Desafios e as Perspectivas do Processo de Contratualização no Contexto Brasileiro – 08/12/2008 15

Parte III – Mesa-Redonda I – O Processo de Contratualização dos Hospitais Filantrópicos de Ensino – Dificuldades, Perspectivas e Propostas – 09/12/2009 – Matutino 21

Parte IV – Mesa-Redonda II – A Missão da Comissão de Acompanhamento no Processo de Contratualização: Dificuldades, perspectivas e propostas – 09/12/2008 – Vespertino 45

Anexo 79

Apresentação

O documento ora apresentado é resultante das discussões do evento, *Análise dos Processos de Contratualização dos Hospitais de Ensino e Filantrópicos do SUS – Dificuldades, Perspectivas e Propostas*, realizado em Brasília/DF e promovido pela Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar/MS, no período de 8 a 9 de dezembro de 2008.

Este encontro contou com a participação de mais de 150 representantes de importantes instituições brasileiras (secretarias estaduais e municipais de saúde, ENSP/Fiocruz, Confederação das Santas Casas de Misericórdia Brasileira (CMB), Conass, Conasems, Ministério da Saúde) que discutiram questões no âmbito da contratualização dos Hospitais de Ensino do SUS.

A atual situação enfrentada por esse grupo, além de complexa, traz desafios inadiáveis para a construção de políticas hospitalares eficazes, como resgatar o papel e a inserção do Hospital de Ensino no sistema de saúde local, não apenas como formador de profissionais de saúde, mas também no desenvolvimento, avaliação de tecnologias e prestação de serviços de atenção à saúde tem demandado grandes esforços por parte dos inúmeros gestores de saúde no País.

Neste sentido, este produto traz reflexões que contribuem para o aprimoramento da atual política de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no SUS refletindo importantes mudanças nos atuais modelos de gestão, organização e assistência à saúde no País, à luz do processo de contratualização.

Parte I – Síntese da Mesa de Abertura Oficial – 8/12/2009

Alair Benedito de Almeida – Presidente da Associação Brasileira dos Hospitais Universitários e de Ensino (Abrahue)

A Abrahue, a partir principalmente da virada do século, começou a entender mais de perto a importância dos Hospitais Universitários como uma estratégia de desenvolvimento do Estado brasileiro, dentro do Sistema Único de Saúde. O diálogo começou a fluir, mas houve nesse espaço de tempo, uma dificuldade de interlocução entre prestadores e gestores locais do SUS. É absolutamente necessário que ambos compreendam o significado de os Hospitais Universitários e de Ensino (HUE) serem uma estratégia de formar pessoas, de prestar serviços na atenção à saúde de alta qualidade, de ser mais do que referência, de ser ponto de atenção na rede do Sistema Único de Saúde.

Mais do que ser referência, os Hospitais de Ensino são pontos de atenção na rede do Sistema Único de Saúde e isso caracteriza a importância da indissociabilidade com a produção do conhecimento. Conhecimento voltado para as necessidades do Estado brasileiro, no contexto do desenvolvimento da nação brasileira. Nos Hospitais de Ensino criam-se conhecimentos para a cidadania.

Essa tarefa vem sendo executada com um grau de dificuldade muito grande, notoriamente porque, tradicionalmente, existem também dificuldades do ponto de vista do financiamento das ações dos HUEs, principalmente com a falta de políticas objetivas até 2004. Em 2004, foi instituído o programa de reestruturação dos Hospitais Universitários no SUS, que redefiniu a in-

serção e a importância desses hospitais no Sistema Único de Saúde. Porém, a descontinuidade do programa e a falta de revisão dos conceitos e valores, incluídos os financeiros, traduzem-se em graus de dificuldades significativas a serem vencidas na retomada das discussões da comissão interinstitucional criada para esta finalidade.

Quando se fala em articulação, fala-se em vencer algumas barreiras que ainda se impõem neste caminhar. Mas é sempre necessário reafirmar que o SUS se traduz em olhares diferentes sobre a vida, sobre as pessoas, sobre a educação, enfim, sobre tudo.

Antônio Brito – Presidente da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB)

Em 2003, tivemos a implantação do programa em nível dos Hospitais de Ensino. Existiam dificuldades à época que se traduzem até os dias atuais para o setor filantrópico de saúde, principalmente na área da média complexidade, de uma forma extremamente forte. A agenda de discussões foi pautada em cinco itens. Primeiro, o aporte de 200 milhões de reais referente ao valor do IntegraSUS. O segundo era o parcelamento dos débitos previdenciários. Precisávamos corrigir isso. Para isso, criamos um parcelamento de débitos previdenciários. O terceiro era exatamente buscar revitalizar todos os contratos de prestação de serviços e ajustar o setor buscando uma interrelação com essas entidades. O quarto era um programa de gestão. Não dá para jogar a culpa somente no financiamento se o setor filantrópico não fizer seu dever na área de gestão. E o quinto era aliado ao programa de gestão, com linhas subsidiadas no BNDES. Neste sentido, cria-se um círculo virtuoso que já havia começado nos Hospitais de Ensino. Não apenas um programa de contratualização, mas a reestruturação do setor aliada às ações de contratualização. É reestruturar todo o sistema em cima de linha de financiamento, parcelamento de débitos, modelo de gestão, linha de financiamento arrojados, associados ao controle de metas quantitativas e qualitativas.

Problemas de início, não só pelo problema do reajuste da tabela do SUS, mas também com problemas de paralisação das Santas Casas de Misericórdia e dos Hospitais Filantrópicos. Hoje o programa é um sucesso na parte da contratualização. Há que se avançar com o apoio do Conass e Conasems porque os gestores são fundamentais. Eles são os principais parceiros, quem demanda os serviços e precisam que o setor filantrópico trabalhe de forma

afinada com as políticas estaduais e municipais bem definidas, orientadoras de todo esse processo.

José Ênio Servilha Duarte – Representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems)

Existe uma caminhada desde 1988/1990, e a partir da Lei Orgânica se vê o que é o SUS, ou o que deveria ser o SUS e suas realidades. Imaginem como era em 90 e hoje, quando se fala que existem muitos problemas. Faz mais de 20 anos que se concretiza o que está previsto na Constituição de 1988 e nas Leis Orgânicas da Saúde. Hoje é mais ou menos consenso que do ponto de vista de modelo, de formulação é um grande avanço e realmente é um modelo para outros países. Agora, essa realidade está um pouco longe do que realmente queremos que aconteça. Há um processo que avança! Tivemos as Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB-SUS), agora estamos na fase de SUS pós-NOBs. Temos o Pacto pela Saúde, que é recente, e percebemos que os avanços são grandes. As experiências das NOBs 93, 96, 91 e as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS) foram um grande aprendizado. Todo mundo que milita no SUS tem que ter conhecimento, saber, que a bíblia do SUS hoje é o Pacto. Temos que carregar o Pacto pela Saúde, ler constantemente. Ele tem três componentes, o da vida onde se destacam os problemas mais relevantes no País. Outro é o de defesa do SUS, que luta pela regulamentação da EC nº 29 e a repolitização do SUS. Trazer para a sociedade o SUS como dizem que foi no passado. Eu não sei se foi tão forte assim, mas de qualquer maneira, colocou-se na Constituição. Agora, para repolitizar, precisamos melhorar a gestão do SUS, que é o terceiro componente. Alguns países já mostraram isso melhorando a eficiência, a eficácia e a efetividade do sistema. Quem não quer dar dinheiro diz que existem maus gestores que desperdiçam os poucos recursos. Por outro lado, os gestores precisam de mais recursos para uma melhor gestão. Enfim, precisa-se de uma melhor gestão para justificar mais recursos ou vice e versa. A contratualização e a reestruturação dos hospitais foram interessantíssimas, vieram nessa linha de realmente melhorar a gestão. Cronologicamente, ela antecipou um pouco o pacto pela saúde porque foi em 2004. Precisamos, agora, discutir esse assunto afinado com o pacto. Esse processo já permitiu muitos avanços, mas tem muita coisa ainda para fazer. Quando analisamos as portarias da contratualização e estruturação dos Hospitais Universitários e dos Hospitais Filantrópicos, percebemos que não se cumpre metade do que está definido. Mas, há tempo de

recuperar em muito essas questões. Para isso, faz-se necessária a implantação de aspectos fundamentais do pacto na área de gestão, ou seja, formar uma região de saúde, instituir colegiados de gestão e discutir as redes para melhorar o planejamento em saúde.

Jurandi Frutuoso – Secretário Executivo do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass)

O Brasil precisa introduzir a avaliação como rotina e fixá-la como método de trabalho para garantir mais eficiência nos serviços de saúde que oferece. Já está mais do que na hora de casar a educação com a saúde. Um não existe sem o outro. E por conta dessa relação que se aprofunda a cada dia. Já temos a Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde e espero que, por fim, consigamos entender que o problema de um é o problema do outro.

É preciso trabalhar juntos e entender que buscamos os mesmos objetivos e que, na tentativa de cumprir o que se almeja, um convença o outro e após esse convencimento todos se irmanem em busca dos mesmos objetivos. O exemplo está no Pacto pela Saúde em suas três dimensões.

O SUS somos nós. São os Hospitais Filantrópicos, os Hospitais Universitários e toda a rede de unidades de saúde espalhada pelo Brasil afora. É o Ministério da Educação que está aqui nos auxiliando a formar pessoas com o perfil adequado ao Sistema Único de Saúde.

É preciso reforçar os mecanismos de contratualização no SUS, com ênfase na definição de objetivos e metas que tenham interface direta com a busca de eficiência na prestação de serviços de saúde à população brasileira. Temos que romper com a remuneração baseada exclusivamente no pagamento de procedimentos e evoluir de forma definitiva para uma remuneração que leve em consideração o estabelecimento da responsabilidade por uma linha de cuidado buscando a integralidade das ações de assistência à saúde.

Quando olhamos pela janela ou permitimos que alguém olhe de fora para dentro, vemos que várias correções têm que ser realizadas, para que dentro do nosso cenário de dificuldade, possamos acenar com a possibilidade de dar a resposta que a população precisa e que todos sonhamos um dia: um sistema de saúde mais justo, mais fraterno, universal, integral, em que a população decida qual o modelo institucional que quer para o SUS. Essa é uma

outra discussão que tem de ser feita. É outra avaliação que tem de ser realizada, porque temos um modelo em que o SUS constitucional é maior que o SUS real e o desfinanciamento progressivo, ao qual está submetido, deixa-o impossibilitado de acontecer na sua inteireza. Portanto, a discussão do modelo institucional terá que acontecer, assim como a do modelo de atenção à saúde.

Temos que nos ***irmanar*** para superar os desafios colocados. Não é fácil, eu sei. Mas, com certeza, somos mais fortes que as dificuldades. E a glória vai ser olhar para trás e saber que juntos fomos capazes de construir um Sistema Único de Saúde, que sirva de modelo para qualquer país com o mesmo perfil que o nosso, que queira implantar um sistema de saúde universal, gratuito, equânime e integral do porte do Sistema Único de Saúde brasileiro.

Maria Paula Dallari Bucci – Secretária de Educação Superior do Ministério da Educação

O Ministério da Educação vem, nos últimos anos, tratando com mais atenção, com mais proximidade a relação entre essas duas faces inseparáveis da dimensão social das pessoas, a educação e a saúde. Então, a aproximação e o tratamento dos Hospitais de Ensino, respondem a uma demanda pela institucionalização desse relacionamento. Não basta apenas perceber que se trata de duas faces inseparáveis da mesma moeda, mas de propiciar formas de encontro dessas duas dimensões.

Qual é a forma? Como é que se dará a canalização de recursos? Como é que se programam ações de longo prazo? Mais do que isso, ao interesse do MEC, mais propriamente da Secretaria de Educação Superior, como é que se programa a formação de recursos humanos para a saúde? A formação de recursos humanos que carregue toda a tradição da academia sem voltar às costas para as demandas do serviço. Esse é o núcleo, esse é o cerne do problema, a articulação entre as dimensões da assistência e do ensino ou, as dimensões do serviço e da academia. Portanto, a formação de recursos humanos que a Constituição atribuiu primordialmente ao SUS, no seu artigo 200, ela precisa ter uma tradução em todo o sistema de formação de nível superior. E esse é um tema que o MEC vem enfrentando a algum tempo, em várias dimensões.

Problemas de ensino repercutem na dimensão do funcionamento dos hospitais. Sejam levados em consideração no momento de avaliação dos Hospitais de Ensino. Esse, então, é um primeiro aspecto relevante do trabalho

que o MEC vem desenvolvendo no sentido de incorporar as suas dimensões próprias ao que já vem acontecendo no campo da saúde.

A contratualização dos Hospitais de Ensino só pode ser saudada como uma figura que respeita não só a diversidade de figuras, como a diversidade de situações, a evolução no tempo. Ela é, do ponto de vista jurídico, suficientemente plástica para de um lado institucionalizar esse encontro entre os dois lados e permitir as modificações, os ajustamentos que o processo, dada a sua complexidade, dada a sua dimensão, naturalmente vai requerer. Então, a contratualização permite a construção de relações mais permanentes.

Permite incorporar gradualmente dimensões de evolução que são particulares dessa figura, quer dizer, a dimensão do ensino, a dimensão da pesquisa, criar indicadores próprios de cada uma dessas dimensões e evoluir ao longo do tempo, permite evoluir na dimensão do monitoramento. Então, saber que essa prática vai sendo ajustada, por exemplo, na medida em que a gestão melhorar, na medida em que nós tivermos mais clareza do que é realmente o problema específico da gestão, o problema estrutural, o problema de pessoal e assim por diante.

Há uma expectativa de que esse modelo de contratualização evolua no que diz respeito aos Hospitais Universitários para um, entre vários modelos possíveis. É o modelo que vem sendo apelidado de modelo da orçamentação global, que faça justiça aos hospitais universitários que dedicam 100% da sua capacidade de atendimento ao SUS, mas esse como um entre os vários modelos possíveis, certamente, se beneficiará dessa interlocução que se fará cada vez mais prolífica entre a saúde e a educação.

Cleusa Rodrigues da Silveira Bernardo – Secretária de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde

O Ministério da Saúde, em sua política de incentivo ao desenvolvimento da atenção hospitalar oferecida à população, instituiu, por intermédio de portarias específicas, os Programas de Reestruturação dos Hospitais de Ensino e também dos Hospitais Filantrópicos, no âmbito do SUS. Os objetivos destes programas são reorientar e reformular a política para os Hospitais de Ensino e Filantrópicos de forma a qualificar a atenção à saúde prestada por essas relevantes e estratégicas instituições do SUS.

Tanto os Hospitais de Ensino quanto os Filantrópicos no SUS representam uma estratégia de desenvolvimento do SUS dentro do Estado brasileiro. Neles convergem potenciais de referência para várias áreas do conhecimento humano. De forma abrangente, envolvem questões de recursos físicos, tecnológicos, estruturais, assistenciais, de ensino e pesquisa de forma a influenciar proativamente o modelo de saúde vigente no Brasil.

Fazer a análise dessas experiências pode ser fator contributivo para o aperfeiçoamento, manutenção ou correção de rumos das atuais propostas. Por outro lado, há mais um grupo de hospitais chegando agora no SUS que é o grupo de Hospitais de Excelência, que são Filantrópicos também. Esse grupo tem apresentado um volume enorme de projetos que virão contribuir muito com o nosso Sistema Único de Saúde.

Não é só problema de gestão que nós temos em nosso sistema. É um dos problemas, mas não é o principal. Existem outros também, muito mais robustos do que esse. Em especial, o problema do financiamento, que é seríssimo. Mas precisamos avançar. Alguns resultados deste processo que estamos discutindo é que temos hoje 213 instituições que solicitaram a certificação. Dessas 213, conseguimos certificar 151 como Hospitais de Ensino. Destes 151 Hospitais de Ensino, 126 estão contratualizados. Isso representa mais de 84%. De 2004 para cá, o repasse do Ministério da Saúde foi de 358 milhões de reais somente se considerarmos os recursos de incentivo para a contratualização que representa um recurso novo no sistema. No que se refere aos Hospitais Filantrópicos, de 1.500 Hospitais Filantrópicos, 756 aderiram ao processo. Desses, 600 já foram contratualizados. Portanto, temos um processo dinâmico em permanente construção cujos frutos começam a produzir benefícios concretos para o SUS, que no fundo é o que desejamos imensamente.

Parte II – Síntese da Palestra: Os Desafios e as Perspectivas do Processo de Contratualização no Contexto Brasileiro – 8/12/2008

Ana Maria Malik – Professora da Fundação Getúlio Vargas/SP

A idéia de trabalhar os desafios e as perspectivas do processo de contratualização no contexto brasileiro remete ao momento de avaliação. Quando fazemos uma avaliação do que ocorre no País, vemos que se trata de um processo pouco realizado no Brasil, principalmente no setor público, no SUS.

O fato de haver uma política pública desde 2004 mostra uma constância de propósitos. Esta é uma das premissas das discussões sobre gestão da qualidade. Com uma política de mais de quatro anos passa a ser possível buscar e obter resultados. O significado da palavra "avaliação" pode ser bastante amplo, bem como os pontos de vista dos diferentes avaliadores. Não é possível falar apenas sob a perspectiva do nível central, seja das secretarias municipais de saúde, seja das secretarias estaduais de saúde, seja do Ministério da Saúde, seja do Ministério da Educação, seja da CMB, seja da Abrahue.

Os níveis centrais têm uma visão de mundo que não necessariamente é partilhada por quem está, por exemplo, dirigindo as secretarias estaduais, municipais, os Hospitais de Ensino e os Filantrópicos. Tampouco é a mesma visão de quem está atendendo a população usuária nem a de quem está sendo atendido. Uma avaliação deveria levar em conta todos os olhares disponíveis,

porque são muitos os grupos interessados e, portanto, os pontos de vista.

Inovação é tornar novo, introduzir novidade em ou renovar. Contrato é um instrumento conhecido. A inovação tem sido apresentada de forma diversificada na área de administração. Em administração de empresas, existem dois focos principais. O primeiro, a inovação tecnológica; o segundo, necessariamente, vinculado ao mercado.

As pessoas estão quase sempre dispostas a procurar novidades para conseguir mais mercado. Neste caso, para que se avalia? Para a empresa que tem uma característica inovadora, ser vista de forma diferente no mercado é ser vista de forma positiva no mercado. Na área da saúde, a inovação, mesmo a gerencial, é vista como uma necessidade e passa por longos processos. Por isso, alguns começam a incorporar tecnologias e passam a ser copiados, porque no mínimo querem ser iguais a todos (o que se pode chamar de isomorfismo).

No setor estatal também se fala em produtos e processos. Mas seus produtos são políticas públicas e os processos têm a ver com como elas são formuladas e implantadas. Quando a gente fala na contratualização como uma política, está-se falando de uma forma diferente de olhar para o contrato. A maneira pela qual ela é implantada será diferente de estado para estado, de município para município e até quando houver contratualização entre entes semelhantes e entre entes diferentes.

Na área pública, pode-se dizer que a inovação tem a ver com transformações que ocorrem por uma série de razões. Afinal, quem são os atores envolvidos no assunto? Com quem é necessário falar? Será que está se conseguindo comunicação com os médicos, com todos os trabalhadores da saúde, com as operadoras de saúde privadas? De quem nós estamos falando afinal de contas?

Uma questão que não quer calar é a da eficiência. Existe algum interesse em tornar eficiente a utilização do recurso público? Discurso é uma coisa, prática é outra, intenção é uma terceira. Democratizar a informação significa falar em sustentabilidade, relação sustentável com o ambiente. Relação sustentável com o ambiente tem a ver com relações sociais, democratização e também com a idéia da sustentabilidade que é a mais relevante, que está mais na moda, atualmente.

Hoje em dia, quando a pessoa fala em "tele-qualquer coisa" já está fa-

lando em sustentabilidade. Por exemplo, um *site* precisa ser sustentável. Não adianta ter um *site* em 2008 com dados de 2006. Quando se levanta o assunto indicadores de inovação a partir de práticas ou políticas públicas costuma-se verificar uma inversão de prioridades na aplicação dos recursos.

Pode-se pensar na democratização das decisões no aparato administrativo. A contratualização não busca ter muitos contratos. Um dos indicadores de avaliação desse processo pode até ser *ter contrato*, mas se o objetivo da contratualização for ter contrato, não se pode dizer que a política busca mudar algo. Contrato é um acordo voluntário entre duas partes que se comprometem a fazer ou a não fazer dada atividade. Uma vez que o contrato é voluntário, ambas as partes estão de acordo em relação a seu objeto.

De vez em quando ocorre de as partes envolvidas não assinarem, porque assinar é uma coisa e cumprir é outra. Sempre, inclusive no Setor Público, o contrato pode ser interno ou externo. A questão é para que contratar? Citando, por exemplo, a terceirização. Assim como o contrato, a terceirização não é nem um bem, nem um mal. O que se deve analisar é o que se quer fazer com o contrato ou com a terceirização.

Pode-se até pensar que contratar estimula a descentralização, mesmo que a partir desse tipo de contratualização, algumas pessoas ou organizações venham a centralizar ou concentrar atividades. Como frequentemente se trata de uma relação não claramente estabelecida *a priori*, uma vez que é voluntária e tem duas partes envolvidas, dá para negociar. Nos anos 80 houve o movimento das Santas Casas Unidas, cuja intenção era centralizar processos de compras, o que não resolvia os problemas, mas podia ajudar na sua solução.

O atual processo de contratualização é diferente de todos os contratos que já houve na administração de saúde deste País. Os hospitais já foram conveniados e contratados muitas vezes. Havia contratados do INPS, do Inamps, experiências diversas com subsídios. Neste novo modelo de contrato global é possível que ocorra um problema de orçamento global, de financiamento. A ideia de ter uma tabela que não seja para pagamento, mas para referência é uma ideia arrojada. Em geral, na área da saúde, no Brasil, não se tem noção de quanto custa um procedimento. As pessoas sabem quanto custa um remédio, uma prótese, a gaze, mas o procedimento, não. Porque uma das coisas definidoras do procedimento no País não é o quanto ele custa, mas quanto vou pagar para o profissional sem entrar no mérito do custo da infraestrutura etc. A tabela de referência vai ser de referência. Porque o custo para um Hospital Universitário não é igual ao custo de um hospital de pequeno porte, para

pegar dois dos tipos de serviços que estão na contratualização. A partir daí, passa-se a poder analisar a evolução do comportamento do hospital, de acordo com seu desempenho observado, possível e necessário, que são três coisas completamente diferentes.

No entanto, não estão claras as bases da tabela de referência. Por exemplo, poderia haver um programa de valorização em função de qualidade. Isto começaria com um problema, porque cada serviço partiria de um patamar diferente. Há hospitais preparados para ganhar qualquer prêmio e adicional de qualidade do mundo. Por outro lado, há outros que estão em condições extremamente precárias e são os que, possivelmente, mais precisam do recurso ou do prêmio. Como fazer a adequação? Como se vai promover a equidade entre serviços tão díspares, considerando equidade como tratar diferente o que é diferente e dando mais a quem mais precisa?

O contrato de gestão na área da saúde tem, sem dúvida, três aspectos: o da assistência, o da gestão e o da comunidade. Em geral, quem olha para um lado, não olha para o outro. Então, são três pontos de vista que deveriam se juntar, mas, na verdade, eles caminham em paralelo. Ou como um polvo, cujas pernas se estendem cada uma para um lado. A visão sistêmica, em que todos acabam se dirigindo para o mesmo lugar, é às vezes utópica no setor. A realidade mostra que existem pessoas e que cada pessoa acaba indo para onde acha que tem que ir. É possível administrar este processo, mas em 7.000 prestadores e 5.000 municípios é mais difícil. É mais fácil avaliar o atendimento de metas que definir quais as necessidades devem ser atendidas e quais, entre essas, são prioritárias. No entanto, a contratualização fará tanto mais sentido quando as metas tiverem sido desenhadas de acordo. É possível trabalhar com avaliação da satisfação de necessidades, dependendo de como tiver sido definida a necessidade. E definir necessidades não é uma coisa simples, inclusive para decidir quem define a necessidade e sua satisfação. Satisfação da necessidade não é sinônimo de satisfação do usuário. Esta última tem um grande componente subjetivo.

O contrato de gestão permite o planejamento dos serviços na região. O contrato de gestão não significa só o gestor e o hospital, pois eles ficam numa região. A ideia do modelo assistencial, do Hospital Universitário como um ponto de atenção é fundamental. Há que se lembrar que ele não é "o" ponto de atenção, é "um" ponto de atenção no sistema. Definir os indicadores quali e quantitativos desejados permite ter uma previsão de desembolso. E previsão de desembolso significa planejamento.

A viabilização do contrato de gestão assume uma avaliação contínua. Para viabilizar a avaliação contínua é imprescindível dispor de um sistema de informação. Em tese, o contrato de gestão evita vontades unilaterais. Já que ele é voluntário, as duas partes podem dizer o que querem. Assim, idealmente o contrato ajuda a evitar políticas de saúde desvinculadas das políticas sociais e das necessidades do usuário.

A contratualização é nova? Existe desde quando? Quem são as partes envolvidas? Todo o mundo quer ser contratualizado? Serão contratos formais ou (boas) intenções? O quê estará previsto no contrato? Comportamento, dinheiro, produção?

O monitoramente do qual se fala como uma inovação já deve existir. Por exemplo, uma faculdade considerada excelente até formar a primeira turma não pode se permitir descobrir apenas depois deste tempo decorrido que seus egressos não são aptos para o trabalho. É possível fazer auditorias-visitas? Atualmente, há visitas para definir se um hospital pode ser considerado de ensino ou universitário. As visitas podem ser certas ou incertas.

O que há de novo quando se fala em resultados? Resultado financeiro. Resultado financeiro significa lucro? Não necessariamente. Resultado financeiro pode significar solvência? Qual é a imagem dos Hospitais Universitários? Em média é de serviço de excelência, até deixar de ser. O mesmo ocorre quando se fala das Santas Casas. Por que tantos municípios querem dispor de uma Santa Casa? Por que tantas Santas Casas são HPP, além de serem filantrópicas? E por que HPPs de 30 leitos com uma porcentagem de ocupação de 4%? Quem é o cliente que tem que ser satisfeito? O usuário? A comunidade? O profissional de saúde? O vendedor de medicamentos? O vendedor ou representante de empresas de próteses? Quem avalia eficiência, eficácia e efetividade? Quem e como avalia acesso e qualidade? Acesso e qualidade são resultados, a rigor, acesso é um dos indicadores de qualidade, no entanto, como definir acesso enquanto indicador de qualidade no âmbito do SUS?

Com frequência, espera-se que a cada mudança as avaliações mostrem aprimoramentos. No entanto eles podem não ocorrer. Como lidar com situações em que não ocorre melhora? Às vezes, o objetivo definido foi mal escolhido, às vezes o processo foi inadequado e às vezes... o resultado precisa, sim, ser alcançado mas faltaram recursos. É necessário saber em que situação se está!

Prestadores de serviço passam a ser compreendidos como contrapartes. No processo atual deve ser ressaltado que não se está trabalhando com vontades individuais de cada dirigente de serviço, mas se está discutindo com a Confederação das Misericórdias, com a Abrahue, com o Conass e com o Conasems. Neste caso, está-se falando de profissionais e de organizações. Como há de fato duas partes envolvidas no contrato, reconhece-se que ambas têm intenções, ou seja, deve estar claro o que cada lado deseja e o que recebe.

Transparência pode ser compreendida como aquilo que permite ver tudo ou como aquilo que permite ver através (omitindo o que se deseja esconder). Liderança, por sua vez, não deveria assumir que o compromisso com uma causa transforma o líder em ético, compreensivo, competente em algo que não a liderança. Os líderes são apenas humanos. As experiências que se veem são exitosas? Depende de para quem, segundo quem e a que informações foi possível ter acesso. Por exemplo, dependendo de quem conta uma experiência pode querer mostrá-la como um sucesso, ninguém gosta de mostrar seus erros ou seus problemas. No entanto, sabe-se que fatores críticos de sucesso é você ter separados o monitoramento, a regulação e a execução. Portanto, quem executa não pode ser o mesmo que definiu o objetivo, não pode ser quem avalia.

A avaliação da contratualização deverá verificar se mudou alguma coisa para os HPPs, para os Hospitais Universitários, para os diferentes tipos de filantrópicas. A questão é a quem isso tudo interessa.

Muito obrigada!

Parte III – Mesa-Redonda I – O Processo de Contratualização dos Hospitais Filantrópicos de Ensino – Dificuldades, Perspectivas e Propostas – 9/12/2008 – Matutino

Expositora: Karla Larica Wanderley – Coordenadora-Geral de Atenção Hospitalar/DAE/SAS/MS

"Perfil dos Hospitais de Ensino Contratualizados no SUS: aspectos produtivos e de qualidade assistencial".

O programa dos Hospitais de Ensino e Filantrópicos tem o objetivo de reorientar e reformular ações específicas. Trata-se de uma ação complexa e que envolve vários setores. Por isso temos na composição desse seminário a participação de representantes de diversos segmentos: o Ministério da Educação, Ministério da Saúde, Abrahue, Fiocruz, Conass, Conasems, dada a diversidade e o número de fatores que influenciam no desenvolvimento das ações desses hospitais específicos.

E isso tudo se conjuga com esforços intersetoriais. Esses são os eixos estruturadores no processo de reestruturação dos Hospitais Universitários e de Ensino que se apoiam em definição de metas quantitativas e qualitativas, expressas no plano operativo que é parte integrante do convênio-contrato. Esse assunto, conhecido por todos nós, já faz parte do nosso cotidiano.

Como breve balanço da política dos Filantrópicos e dos Hospitais de Ensino no Brasil, apresentam-se os seguintes dados: há cadastrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde 1.786 instituições filantrópicas. Dessas, 756 aderiram ao Programa de Reestruturação e 84% finalizaram o processo de contratualização. No caso dos Hospitais de Ensino, 151 hospitais certificaram. Desses, 119 já finalizaram o processo de contratualização e o que resta já está em processo final de negociação.

Os Hospitais Filantrópicos possuem 73 mil leitos, sendo que deste total 73% destinam-se ao SUS. Do ponto de vista produtivo, este conjunto consome cerca de 10% dos recursos destinados ao custeio de procedimentos no âmbito hospitalar e ambulatorial e a eles foram destinados 31% do total dos incentivos à contratualização.

No caso dos Hospitais de Ensino, as somas dos hospitais contratualizados são de 40 mil leitos. Destes, 83,8% são destinados ao SUS. Consomem 18% do total de recursos de custeio de internações e procedimentos ambulatoriais, e 65% dos recursos de incentivo à contratualização foram destinados a este grupo. Portanto, os Hospitais de Ensino têm uma inserção importante no sistema, caracterizada principalmente quando se refere aos procedimentos de alta complexidade, particularmente os relacionados aos transplantes.

Algumas perguntas-chave orientam esta exposição. Qual o atual perfil de produção desses hospitais, considerando os diferentes grupos? O ano de contratualização é fator diferencial entre eles? Houve alteração na produção dos hospitais contratualizados? Essas são questões introdutórias de uma grande discussão que, certamente, não se esgotará com as informações levantadas. Não há respostas definitivas, portanto, neste momento apenas traz para uma visão geral e preliminar a fim de traçar estratégias para aprofundar essas questões.

Com relação ao perfil de produção dos hospitais contratualizados (incluindo os de ensino e os filantrópicos) em relação ao restante dos hospitais brasileiros, temos alguns comportamentos diferenciados considerando uma série histórica de 2004 a 2007. Houve variações nas internações de alta complexidade, no Faec e na média complexidade? Como é que se deu isso neste período, considerando como marco zero o ano de 2004 e tendo em vista que o processo de contratualização começou neste ano? A resposta é que existiu uma variação para todos os três segmentos estudados e por níveis de complexidade. A variação percentual na alta complexidade foi maior nos Hospitais de Ensino contratualizados (+ 14%). No Faec houve diminuição da frequência dos três

grupos, sendo menos significativo nos HEs (-5,5%). E na média complexidade, houve maior aumento na produção dos HEs contratualizados (+4,4%), enquanto nos filantrópicos esta produção tendeu a uma estabilidade.

E a parte ambulatorial? Como se comportou no período observado? Para os hospitais brasileiros, em geral, houve um acréscimo na produção de atenção básica no SIA (+6,4%). Para os outros dois grupos, filantrópicos e de ensino, que são os hospitais que estão contratualizados, houve um decréscimo (-15,4% e -9%, respectivamente). Na média complexidade no SIA os grupos se comportam de forma homogênea, tendendo ao acréscimo desta produção. Na alta complexidade, destaque para a variação mais ampla no segmento dos filantrópicos (+20,6%). E quanto ao Faec, nós fizemos duas diferenciações: com medicamentos e sem medicamentos, dada a ponderação de peso e valor desses componentes na parte ambulatorial.

Então, com medicamentos, observamos que houve um acréscimo nos três grupos sendo que nos Hospitais de Ensino, o acréscimo foi altamente significante, considerando a dispensação de medicamentos de alto custo. Retirando o fator medicamento, vimos que o perfil foi muito semelhante nos grupos contratualizados de ensino, filantrópicos e hospitais Brasil.

Observamos que os Hospitais de Ensino têm o perfil de produção bastante significativo para a alta complexidade em relação aos outros grupos, que se destacam principalmente pelo peso relativo dos procedimentos de média complexidade. Para o ano de 2009 existirão outros desafios, principalmente pela influência da unificação das tabelas AIH e SIA-SUS.

Na análise de alguns indicadores clássicos também há comportamentos diferenciados dentro do universo do qual estamos falando. A taxa de ocupação hospitalar esperada seria próxima a 80%, o que demonstra que os três grupos apresentam valores diferentes em relação a este patamar. Dos grupos avaliados, os HEs são os que mais se aproximam desta taxa idealizada (81%), enquanto filantrópicos (52%) e hospitais Brasil (47%) estão aquém.

Houve ponderações em relação a outros indicadores clássicos que foram selecionados por conta da sua utilização para o cálculo do Incentivo à Contratualização (IAC), tais como tempo médio de permanência, taxa de cesáreas, média de cirurgias por salas/mês, taxa de utilização de leitos de UTI, entre outros. Os resultados indicam que os Hospitais de Ensino apresentaram resultados mais próximos dos valores esperados, não só pelo perfil de sua produção, mas também pela influência do processo de contratualização por metas.

Se isso se torna um ponto de observação, será que existem diferenças entre os Hospitais de Ensino contratualizados conforme o ano de contratualização? Neste momento cabe um adendo de que quase 100% dos Hospitais Filantrópicos foram contratualizados no ano de 2007, o que não permitiu ainda a constituição de série histórica suficiente para análises. Por isso o foco específico nos HEs nesta sequência.

Metodologicamente considerou o ano de contratualização como o marco zero da análise. Então, quem contratualizou em 2004 será observado a partir deste ano e assim de forma subsequente para os grupos de 2005 e de 2006. Assim, quem contratualizou em 2004, na alta complexidade na AIH, na internação, apresentou um acréscimo na produção, no período considerado (+13,0%). Quem contratualizou em 2005, nos dois anos seguintes de contratualização, apresentou um acréscimo em menor dimensão (+9,0%).

Quem contratualizou em 2004, apresentou uma redução no Faec, no ambiente hospitalar, na internação (-12,1%). Essa é uma tendência observada para quem contratualizou em 2005 (-4,3%). Para o grupo de 2006, ao contrário, houve um acréscimo de + 6,0%.

Quanto aos procedimentos de média complexidade houve aumento, independentemente do ano da contratualização. Com relação aos grupos, o de 2004 houve certa estabilização (-0,1%). O de 2005, variação de +0,7%, enquanto o grupo de 2006, +2,8% representando a maior variação relativa na MC, principalmente nos procedimentos de cardiologia clínica, cirurgia geral, gineco-obstetrícia e pneumologia clínica.

Na alta complexidade, no SIA, os principais procedimentos são hemoterapia, quimio, radio e TRS. Quem contratualizou em 2004 apresentou um acréscimo, principalmente de 2004 para 2005 de +9%. E novamente em 2006, do primeiro para o segundo ano da contratualização, também houve um acréscimo significativo.

Já na atenção básica no ambiente ambulatorial houve um decréscimo para todos os grupos, sendo que esse decréscimo foi mais significativo para aqueles que contratualizaram no ano de 2006 (-6,1%). Mas, de uma forma geral houve uma tendência de diminuição dos procedimentos da atenção básica o que é desejável do ponto de vista de perfil assistencial para os HEs contratualizados.

Na média complexidade do SIA houve uma tendência de acréscimo muito significativo em relação ao grupo que contratualizou em 2005

(+13,4%). Os procedimentos mais frequentes foram diagnose, patologia clínica, procedimentos médicos e rádio diagnóstico.

Observando alguns indicadores de qualidade, segundo ano de contratualização, percebeu-se que para o grupo que contratualizou em 2004, no início houve uma tendência de decréscimo na taxa de ocupação com uma recuperação desse indicador no ano de 2007 (79,37%). Para todos os outros grupos houve, também em 2006, do primeiro para o segundo ano, um acréscimo e uma tendência à estabilização para os grupos que contratualizaram em 2005 e 2006, com 76,24% e 76,21%, respectivamente.

Observando outros itens de análise para os hospitais contratualizados, iniciaram-se estudos da produção observada nos sistemas de informações com os valores gerados nos contratos de metas. Para isso, foi gerada a produção de hospitais federais do MEC contratualizados. A justificativa é a de que há uma singularidade neste grupo, onde o Ministério da Saúde repassa diretamente os recursos para as Universidades Federais, definidos no contrato com o gestor.

Comparando-se a produção total com o que está no contrato o que foi verificado? Que há um descompasso ou uma diferença entre o que está informado no SIH e no SIA e o que está sendo repassado mediante um contrato na ordem de 15% de diferença. E esse dado se refere aos procedimentos da média complexidade financiados no pacote global. Agora, existem peculiaridades onde há grupos de hospitais que produzem além do que recebem (34%), outros faturam mais do que informam nos sistemas de informações (66%), em faixas que variam de 10,7% a 95%. No caso do SIA, o que está sendo informado está sendo aprovado e pago.

Há uma limitação clara, óbvia, de comparar aquilo que está informado com aquilo que está pactuado. Então, isso tem que ser feito caso a caso. Isso é fundamental. Isto se traduz na essência do processo de contratualização. E nessa questão, a comissão de acompanhamento local tem um papel ímpar, vital. A avaliação real deve demonstrar um comparativo da meta física apresentada no sistema com a definida no contrato.

Observamos a importância, mesmo para os hospitais que estão orçamentados, que têm a média complexidade orçamentada, de fazer um contrato de gestão mais amplo. Então, neste caso, a qualificação das informações é questão de ordem. É preciso registrar tudo o que está se produzindo. Precisamos considerar, também, hipóteses de sub-registros, falhas de informações

e glosas. Se o recurso da média complexidade está garantido, então, talvez se perca o vínculo da informação. Antes ela era fonte de faturamento, agora não.

Parte do crédito dos incentivos está vinculada a resultados alcançáveis. E isto, representa em alguns casos, até 40% do total da receita de um HE. Portanto, precisamos ter clareza na aplicação desses recursos. Como não existe vínculo direto à produção, eles precisam cumprir metas de resultados. E aí, cresce a importância dos indicadores de qualidade. Resumindo, o processo de contratualização não trouxe diminuição dos valores financeiros, nem tampouco na frequência dos procedimentos dos Hospitais de Ensino contratualizados na série histórica de 2004 a 2007, principalmente se considerarmos o perfil da produção e missão desses hospitais no sistema de saúde brasileiro.

Outras análises podem ser realizadas, a partir dos seguintes encaminhamentos:

- Aperfeiçoamentos dos estudos, caso a caso, de cada contrato global pela comissão de acompanhamento;
- Recomposição dos valores da média complexidade e incentivos;
- Aprofundamento da análise do processo de contratualização a partir dos projetos dos hospitais de excelência, que agora integram o Sistema Único de Saúde numa outra conformação;
- Participação da Fiocruz e da FGV nestes projetos.

Expositor: Victor Rodrigues – Secretário Adjunto da SES/MT

"A experiência do Processo de Contratualização no Estado de Mato Grosso".

Por que surgiu a necessidade de se discutir essa questão da contratualização dentro do Estado do Mato Grosso? Inicialmente, para cumprir as Normas Operacionais do SUS, depois começou-se a trabalhar o processo de regionalização do Estado do Mato Grosso. O estado tem distâncias entre 1.000 e 2.000 quilômetros, de uma região à outra. Então, existe toda essa dificuldade com questões geográficas. Com isso, tivemos que trabalhar um processo de regionalização.

Dentro do processo de regionalização, estabelecer as regiões assistenciais, quem têm condições de ser o município sede do módulo assistencial. Por outro lado, existiam hospitais que, na grande maioria, não eram públicos e que, de repente, iam passando para a gestão municipal ou para outros profissionais regidos pelo contrato do antigo Inamps. Tivemos que rever muitos contratos dos hospitais que foram transferidos para a gestão pública, com resquícios da década de 80.

Além disso, em relação aos custos, o estado precisava se fazer presente financeiramente, junto a esses hospitais do interior. Tínhamos que ter incentivos do estado lá dentro, senão o hospital não conseguia funcionar. Não teríamos anestesistas, cirurgiões, para um mínimo de atividade dentro desse hospital. Uma pessoa com apendicite teria que caminhar 1.000 quilômetros para ter assistência. Uma pessoa ccom fratura precisaria andar mais de 1.000 quilômetros para poder ter uma redução dessa fratura, imobilização e voltar para a sua região.

Então, o estado precisava apoiar financeiramente esses hospitais. Dentro dessa necessidade de fortalecer o processo de regionalização, precisou-se discutir como fortalecer esse processo. Como é que a Secretaria de Estado do Mato Grosso se estruturaria para isso? Bom, dentro desse apoio, começou a estudar dentro da Secretaria de Estado de Saúde como repassar recursos.

Quando a unidade pública está sob a gestão do município é muito mais fácil. Você tem um acesso melhor. Você pode trabalhar fundo a fundo quando for custeio e convênio em caso de processo de investimento, de obra, de ampliação ou de aquisição de algum equipamento. Quando é filantrópico, você pode utilizar a modalidade de convênio. E agora, surgiu a partir de 2005–2006 essa questão do contrato, ou seja, o processo da contratualização. E o privado, somente o contrato. Eu não tenho como repassar recurso para o privado se não for por contrato. Tem que se estabelecer processo licitatório, contratualizá-lo e dentro desse contrato estabelecer o que será repassado a eles.

No ano de 2008, tivemos o Decreto nº 1.328, que depois foi corrigido pelo 1.455, o qual estabelece as formas de repasse para as gestões municipais. Hoje, temos cerca de R$ 55 milhões do estado, que vão direto para gestões municipais a título de incentivo na média e alta complexidade. O problema dos convênios, quando a gente discute a forma de repasse, é que há um informativo do Tribunal de Contas do Estado, que o atrela à Lei nº 8.666. E isso tem trazido dificuldades, principalmente quando você faz um convênio com entidade filantrópica que tem que instituir uma comissão de licitação.

Quando se começou a discutir todo o processo de contratualização, surgiu a necessidade de estabelecer, dentro da Secretaria de Saúde do Estado do Mato Grosso, um grupo de trabalho (GT). O primeiro grupo surgiu em 2004, era para discutir os contratos do antigo Inamps. Em 2006–2007, esse grupo de trabalho foi constituído por técnicos do Tribunal de Contas, da Auditoria Geral do Estado, da Procuradoria-Geral do Estado, para que se pudesse achar uma saída viável para implementar o processo de contratualização no estado.

A discussão da contratualização fez com que o estado buscasse vários modelos nacionais e internacionais, com o objetivo de conhecer e ver a melhor experiência. Houve um desafio lançado para a equipe técnica de criar o modelo para a figura da contratualização. Parece até que teve um estado que fez isso. Mas o próprio Tribunal de Contas, buscando na legislação, disse que existe uma ilegalidade nisso, e por isso, acabamos abortando o processo e centralizando o foco dentro do processo propriamente dito, usando a modalidade de convênio.

Mas o convênio de forma diferenciada, não seguindo aquela prerrogativa do Tribunal de Contas. Quando começou a discutir o processo de contratualização, o Estado do Mato Grosso tinha nove municípios de gestão plena e sistema. Entre esses nove municípios, três apresentavam Hospitais Filantrópicos, Cuiabá, que era gestor pleno, Diamantina e Rondonópolis. Eles tinham Hospitais Filantrópicos pela Portaria. Atualmente, temos 76 municípios que assinaram o compromisso de gestão pelo pacto, que estão em processo de comando único, em discussão, e em capacitação para assumir tal comando. E esse comando único ainda não está plenamente assumido.

O processo de contratualização no estado, como em todo o Brasil, se iniciou pelos Hospitais de Ensino. Em Cuiabá houve dois processos de contratualização dos quais, infelizmente, a Secretaria de Saúde não participou. Porque ela não participou? Primeiro, por entendimento da gestão do estado, à época, de não levar em consideração o que as Portarias definiam.

Na SES/MT havia dois grupos definidos. O grupo que trabalhava em conjunto com o Ministério e o grupo gestor que atuava de uma forma diferenciada. E, por conta dessa omissão da Secretaria, então, acabamos não participando do processo de contratualização dos Hospitais de Ensino, que ficou um pouco à margem da Secretaria de Estado de Saúde. Quando a Secretaria começou a colocar os incentivos dentro dos hospitais, no caso, Filantrópicos, a situação mudou um pouco. Agora, numa discussão conjunta com Muni-

cípio de Cuiabá, estão inserindo os incentivos estaduais dentro da lógica da contratualização do município.

O grupo de trabalho constituído tinha a função específica de celebrar os contratos com as unidades hospitalares sob gestão do estado. Então ele, efetivamente, vai sentar com o prestador para discutir e formalizar o contrato, e também apoiar os gestores municipais na celebração e acompanhamento do mesmo.

Isso é algo que foi muito cobrada pelo Cosems, já que na época cada município acabou se virando por conta própria, trocando experiência entre si, para celebrar os seus contratos. E hoje, principalmente, com o termo de compromisso de gestão do pacto, os municípios já começam a vislumbrar o seguinte: uma unidade prestadora privada, caso tenha um laboratório que faz exame de análises clínicas, ou um serviço de radiologia, é preciso contratualizá-la. E, nós do estado, estamos sendo cobrados em relação a isso. Portanto, o grupo surgiu com a finalidade também de dar esse apoio técnico. É uma cobrança, ou melhor, é um pacto que nós fizemos dentro da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) de que o estado teria que dar este *know how* para que se concluísse o processo de comando único.

Como tinha colocado anteriormente, nesse GT estavam inseridos a PGE, Tribunal de Contas, Auditoria, área técnica, financeira e jurídica da Secretaria de Estado de Saúde. No grupo, hoje, que faz acompanhamento de contrato, a PGE, o Tribunal de Contas e a Auditoria já estão um pouco à margem. Então, basicamente ficou para a área técnica, financeira e jurídica da Secretaria de Estado de Saúde a condução desse processo. O grande objetivo não é, aqui, resolver os problemas de Mato Grosso, mas compartilhar as dificuldades.

Hoje, a grande dificuldade que há na contratualização é explicar que quando se faz um contrato, aquele montante não é dinheiro livre para o hospital. Ele tem metas para cumprir. Quando ele não cumpre metas, aquele dinheiro não vai estar direto na mão dele. Vamos usar nossos gatilhos de desconto e vamos tirar recursos deles. Por que eles não estão cumprindo metas? No entendimento deles, aquele recurso que contratualizou tem que ser recebido de forma integral. Então, existe essa dificuldade no acompanhamento das metas. No Estado do Mato Grosso, nós temos a nossa gerente de contratualização.

Entendemos que fazemos parte da gestão. Se o estado tem o poder, no caso, o poder público, o município, tem o poder de falar: "desconta porque

você não cumpriu meta." O que vai ser discutido ali é porque não se cumpriu a meta e o que pode ser feito para reverem essas metas pactuadas.

Temos um prazo. O prazo vai até o final de novembro. Você já quer no começo de outubro receber esse recurso? Ah, mas tenho um déficit muito grande aqui, folha de pagamento, 13º. Só que a gente entende que a contratualização não vem, por si só, resolver os problemas de gestão de um hospital, que, dentro do programa de reestruturação dos Hospitais Filantrópicos, um dos tópicos era a revisão da reestruturação da gestão desses hospitais. E, muitas vezes, os contratos estão sendo culpados dos desmandos de gestão.

No caso específico da Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso, nós temos alguns entraves burocráticos para realizar os pagamentos. Nossa receita é vinculada. E quando ela é vinculada, por exemplo, um estado predominantemente agrícola como é o Mato Grosso, e agora com essa crise, de repente o *commodity* da soja cai o preço, então, a arrecadação cai e a gente começa a ter que fazer remanejamentos internos para poder garantir, principalmente no final de ano. Porque, no início do ano você vai naquele afã de cumprir a sua previsão orçamentária e cumprir os 12% que a Emenda Constitucional nº 29 nos obriga, minimamente, a gente começa a usar o recurso. Com isso, quando chega o final do ano, em que há uma queda na receita, a gente começa a sofrer esse revés.

Além do que, quando abre orçamento, nós ainda não conseguimos dentro do estado evoluir para que a gente consiga abri-lo rapidamente. Então, acaba atrasando um mês nessa questão do orçamento, e quando abre em fevereiro paga-se com atraso. Às vezes, a área técnica dá sugestões, como antecipação, por exemplo. Nós vamos pagar dezembro agora, até o final de dezembro, por estimativa, mesmo sem fechar, pagando os 90% previstos em contrato, porque a gente sabe que o referente a janeiro e fevereiro só vão receber em março. Assim nos dá um aporte maior para que a gente não fique sofrendo revés na mídia.

Outra questão é a falta de clareza para se fazer esse desconto. Muitas vezes acontece de o médico não ser funcionário doHospital Filantrópico, o que é mais frequente. Ele tem uma vinculação de médico autônomo, ou seja, trabalha quando quer. Aí, ele chega ao hospital e fala: "olha, mas no contrato estabelecemos que temos que realizar tantas cirurgias vasculares, por exemplo." "Mas, vasculares, simplesmente, nunca vim operar aqui". E aí, eles começam, para evitar esse tipo de problema, a fazer pressão em cima da regulação.

Às vezes se esquecem que têm contratos e acabam se baseando na falha da gestão pública para não cumpri-los. Com isso, o gestor público tem, tradicionalmente, a falha de não conseguir fazer cumprir os contratos.

Outra questão também é que se trabalha com 90% e tem os 10% que é a margem de desconto. E quando se fica muito abaixo, tem que mexer no global, o que acaba gerando dificuldades, como por exemplo, sentar-se à mesa com os prestadores, porque sempre que se trabalha desconto com eles é uma penalização muito séria. Os argumentos são os de que os Hospitais Filantrópicos sempre trabalham no vermelho e não conseguem ter recursos mínimos para poder se garantirem em relação à sua gestão.

Finalmente, qual é a meta dentro do estado? Primeiro temos a meta de trabalhar com 100% de contratualização. E para trabalhar com essa meta, nós temos que trabalhar com as unidades de saúde privadas. Então, hoje, nós estamos trabalhando, discutindo essa questão das unidades privadas, revendo essa questão de licitação, como é que vamos trabalhá-la, se há possibilidades de se trabalhar com inexigibilidade e com tabela mínima e não com desconto. Isso já está sendo discutido com a PGE e com a Auditoria Geral do estado. Não vamos trabalhar com tabela mínima, queremos o menor preço. Você tem que começar a trabalhar em cima disso. Além de, obviamente, tentar efetivar. Nós temos quatro Hospitais Filantrópicos, nos quais conseguimos efetivar esse processo de contratualização no sentido de que seja funcional, que não fique esbarrando nessas questões. É um problema que outros estados e outros municípios também possuem. De qualquer forma, ainda estamos avançando. Muito Obrigado!

Expositor: Luis Odorico – Secretário da SMS de Fortaleza

"A experiência do Processo de Contratualização no Município de Fortaleza/CE".

Esta fala se refere ao processo de contratualização em Fortaleza. O Município de Fortaleza é um município de 2,5 milhões de habitantes. Do ponto de vista do modelo assistencial, sem dúvida nenhuma, reflete o modelo assistencial que nós implantamos no Brasil a partir da década de 50, ou seja, centralizando todo o processo da atenção no modelo totalmente centrado na lógica hospitalar.

Na cidade nós temos 34 hospitais, sendo nove da esfera municipal. Durante muito tempo, toda a gestão do sistema municipal de saúde foi centrado hegemonicamente nessa cultura hospitalar. Temos um pronto-socorro, Instituto Dr. José Frota, que é uma mega estrutura de emergência. Só a folha desse hospital custa em média R$ 110 milhões/ano. Em paralelo, todo o IPTU da cidade não chega a R$ 100 milhões.

Tem mais oito hospitais além desse, o que mostra, realmente, o modelo de um hospital estadual. Para algumas situações é hospital de referência no Nordeste, por exemplo, na área de queimados. Recebemos queimados do Norte e Nordeste. Inclusive, isso é um bom debate para outro tema, penso, ainda pouco discutido, que é a questão do interesse local. Na saúde, diferentemente de outras áreas, isso é mais forte e visível. Sempre o interesse local de um município vai depender do interesse local do outro município.

Historicamente, tentamos resolver isso com a PPI, com pacto, ações, referências e contrarreferências, que, em parte resolvem alguma coisa, em parte, não resolvem nada. Isso é um grande desafio. É uma agenda incompleta e pouco trabalhada. Especificamente, nesse caso, por baixo, a população de Fortaleza deve colocar por ano aproximadamente R$ 60 milhões para atender o interesse local de outro município. Se fizer as contas direitinho, a prefeitura gasta 25% de seu orçamento na área da Saúde.

Temos que construir um modelo assistencial nesse País que tenha coerência com as evidências dos sistemas de saúde do mundo. E da importância que tem e que é o propósito do SUS, está no processo discursivo do SUS e na concepção ideológica a tarefa de redesenhar o modelo assistencial.

Então, quando a prefeita assumiu, em 2005, um dos propósitos era, exatamente, a reorientação do modelo assistencial. Isso, muitas vezes, leva um tempo para as pessoas assimilarem. Sempre acham que vamos trabalhar com antagonismos, um versus o outro. Não se trata disso. O grande princípio é a integralidade. Agora, você jamais vai conseguir implantar a integralidade se não tiver um ordenamento do governo. Existe uma série de distorções. Por exemplo, existe uma cultura de que houve um incentivo de retirar o pré-natal das unidades de saúde e colocar o pré-natal nas unidades municipais. Isso, inclusive, levou à mortalidade materna. Em 2004, chegamos à mortalidade materna de 74 por 100 mil nascidos vivos. Mulheres que, às vezes, pegavam dois ou três ônibus para fazer o pré-natal. Já na década de 80, a orientação sempre foi que o pré-natal não deve depender de transporte coletivo.

O acesso deve ser a pé. Mas 40 minutos a pé? Discutia-se isso na década de 80. Tivemos que resignificar. Na área básica, que tinha uma parte das unidades de saúde, funcionava um programa chamado Saúde Escolar, outra parte das unidades era voltada para uma unidade padrão, algumas unidades básicas, tradicionais e algumas com programa só da família. Isso não vai para lugar nenhum. É como se você colocasse uma cadeira no meio da sala, amarrasse uma corda em cada perna e cada um puxa essa cadeira para sair do lugar. Ela não vai para lugar nenhum. Então, tivemos que reordenar esse modelo e aí, sem dúvida nenhuma, a implantação do programa de Saúde da Família foi uma estratégia fundamental, a qual universalizou todas as unidades de saúde. Essa estratégia foi importante.

Fizemos concurso para médico, enfermeiro, odontólogo, agente de saúde para concretizarmos a universalização do programa de Saúde da Família. Paralelamente começamos todo um debate sobre esse modelo, inclusive com os hospitais municipais, com os hospitais universitários, com os hospitais do estado e com os hospitais contratados, filantrópicos e privados. Isso foi muito interessante porque os impactos foram visíveis, de maneira imediata.

Então, por exemplo, só a mortalidade materna de 2004 caiu de 74 por 100 mil nascidos vivos para 24. É uma queda de quase 50 pontos percentuais já na reordenação do modelo. E aí, é muito interessante, porque nós pensamos e trabalhamos a ideia das redes assistenciais, que está ligada à ideia da contratualização, formando cinco grandes redes.

A Rede de Atenção Primária à Saúde é uma rede com protocolos e com projetos terapêuticos específicos. Projeto definido, isso constitui uma rede física. Rede Ambulatorial Especializada que, cada vez passa a ter mais peso, nós estamos vivendo um momento em que a parte ambulatorial vai ter mais importância.

Oftalmologia, por exemplo, é uma área que, há 20 anos, a AIH tinha leito. A quimioterapia é uma área importante, que também avançou muito na parte ambulatorial, e por aí vai. A ideia é trabalhar as cinco redes – Rede de Saúde da Família, Rede Ambulatorial Especializada, Rede Hospitalar, Rede de Urgência e Emergência e Rede de Saúde Mental – com um desenho de produção de inteligência epidemiológica, de inteligência de gestão para tomada de decisão. Isso articulado com outra coisa, que para nós é bastante significativa, se traduz noutro grande desafio do SUS, criar uma cultura de um Sistema Municipal de Saúde-Escola. O que é essa ideia do Sistema Municipal Saúde-Escola? É a ideia de a gente transformar todas as unidades de saúde em espaço

de ensino, pesquisa e assistência. Não dá para construirmos um mega sistema de saúde neste País se não tivermos uma apropriação do serviço e do sistema, da questão da formação, do ordenamento dos recursos humanos. Isso é um preceito constitucional de que nós nem chegamos perto.

Está no artigo 200, inciso III. O ordenamento dos recursos humanos, no Brasil, ainda está intacto desde a década de 70. A incoerência interna do sistema entre a formação e o cotidiano dos serviços é totalmente anacrônico. Temos dois mega sistemas; o sistema suplementar, importante, encorpado, 40 milhões de pessoas. E temos o SUS, isso é didático, para todos os 180 milhões de brasileiros desde a hora que acorda até a hora em que dorme. Dormindo ainda termina sendo usuário do SUS, porque o SUS está presente até nos sonhos, tentando diminuir a violência, tentando uma série de coisas. O fato é que, nessa perspectiva, esse ordenamento nosso, da área de formação, está totalmente voltado para os 40 milhões.

Com esse processo de regionalização, nós lançamos a ideia do Sistema Municipal Saúde-Escola. Cria-se uma mega residência de saúde da família, com 50 vagas, e transformamos 28 unidades básicas de saúde, por exemplo, em unidades com residência médica, de medicina de saúde de família e comunidade.

A ideia da contratualização permeia todo o debate em torno da construção do Sistema Municipal de Saúde-Escola. Muitas vezes a contratualização é vista de um lado como uma forma de se livrar da produção, da cultura da produção, do serviço. Por outro lado é vista como uma forma de resolver o problema financeiro dos hospitais. Nós não temos cultura, ainda, para vê-la como um processo de pactuação intergestores e provedores do sistema, onde busca-se o tempo todo, a construção da coerência interna desse modelo, com integralidade, articulação das redes assistenciais e superando a cultura dos feudos.

Quando você faz a contratualização do Hospital Universitário você passa o dinheiro. Mas, o hospital é todo dividido em feudos. Ele não se abre, internamente, para adesão ao sistema porque permanece com a cultura das casinhas paralelas, em toda a sua estrutura. Então para você permear esse debate de adesão ao modelo técnico existencial que está sendo posto pelo próprio sistema é um grande desafio.

No caso de Fortaleza, a grande experiência foi no sentido de tentar pactuar o processo de contratualização dentro da construção da inversão do modelo da atenção. Tanto o processo de territorialização como a tentativa

de construir o Sistema Municipal de Saúde-Escola tem sido projetos interessantes. A questão do Sistema Municipal de Saúde-Escola cabe aqui como um grande desafio envolvendo Conass, Conasems, Ministério da Educação, Ministério da Saúde no reordenamento da regulação e formação de pessoal dentro do Sistema Único de Saúde.

À medida que se estruturou toda a rede do Programa Saúde da Família com 90 unidades de saúde da família e 300 equipes, ampliou-se a base de cobertura em todos os sentidos. A demanda reprimida e a demanda oculta aparecem, fazendo pressão sobre o sistema. E para que o sistema responda, tem que estar integrado.

Temos de sair da contratualização financeira. Muitas vezes ficam definindas metas e tal, mas se não se conseguir melhorar essa integração, não se avança nos objetivos, inclusive nas questões das metas. Então, existe outro grande desafio. Nesse caso o governo de estado entrou com um aspecto importante, que foi o envolvimento dos grandes hospitais do estado, aumentando o acesso e reduzindo filas de espera (mais de 20 mil pessoas).

Para concluir, eu queria colocar que se caminhou pouco frente ao desafio. A velha história de avaliação, estrutura, processo e resultado. Em Fortaleza, nós temos muito mais processos hoje, em curso, do que resultados. Até mesmo porque resultados serão colhidos no futuro, haja vista o pouco tempo deste processo. Mas existe um processo em curso, em parceria com a Secretaria de Saúde do Estado. Então, há uma coerência interna de sistema, o esforço de inverter o modelo, não excluindo a rede hospitalar, mas integrando sistematicamente dentro de um sistema municipal saúde escola.

Hoje temos mais de 80 residências na Rede de Atenção Primária, mais de 300 estudantes de especialização da rede, temos todos os diretores de hospitais, coordenadores das unidades, fazendo curso de gestão em parcerias com a Unicamp e com a Opas. Acabamos de formar agora mais de 310 trabalhadores de nível médio dos hospitais, que nunca tinham tido oportunidade de entrar na universidade. Fizeram o curso em Gestão em Sistema de Saúde e estão colando grau agora com uma satisfação enorme.

Essa questão, de a gente transformar toda a rede em espaço de ensino, pesquisa e assistência, não só para receber os alunos da graduação na rede, mas para que os trabalhadores sejam educadores permanentes é uma coisa que está vinculada ao processo de contratualização. A saúde foi o grande debate que tivemos, sem dúvida nenhuma, no período eleitoral. Nas

pesquisas, por exemplo, 68% das pessoas justificaram o voto à prefeita pela saúde. É uma das áreas que aparece com mais problemas, mas foi a área que mais justificou voto.

Existe um processo em andamento, temos muitos problemas e a contratualização é um processo importante. Praticamente já contratualizamos todos os hospitais estaduais. Os filantrópicos também. Na Santa Casa conseguimos reabrir a emergência, que estava para fechar, com a contratualização. Também garantimos o funcionamento da UTI e estamos fazendo um esforço de integrar a Santa Casa como hospital e voltar a ser o hospital-escola que foi no passado. Mas, temos muito a andar nessa área.

A nossa capacidade de auditoria deixa muito a desejar. Fazemos pouquíssimos relatórios analíticos de auditoria, produzimos pouca inteligência de gestão no seguimento, trabalhamos com pouca inteligência epidemiológica, em todos os sentidos e, a grande maioria das tomadas de decisão ainda é no escuro. É muito mais pelo faro, é muito mais pelo coração, pela intuição, do que, verdadeiramente, tomando uma decisão pelas evidências. Mas acho que esse processo que estamos vivendo nesse momento, já é uma perspectiva nova. Muito obrigado!

Alguns aspectos apontados pelos debatedores

Samuel Goihman – Representante do Ministério da Educação

O Ministério da Educação e o Ministério da Saúde têm uma experiência conjunta há bastante tempo sobre a questão do ensino em saúde. Temos que trazer contribuições na forma de pensar a contratação de serviços. Existem experiências em que os gestores locais estão querendo avançar e contratualizar absolutamente tudo. Nós vemos a experiência do Ministério da Educação e do Ministério da Saúde querendo transformar numa contratualização global. Todo mundo está falando em como é que nós vamos crescer. Esse momento de avaliação é um momento extremamente importante.

O Ministério da Educação, em relação ao Ministério da Saúde tem um problema bastante sério no sentido de que, enquanto o sistema de saúde é descentralizado (estadualizado e municipalizado), a educação superior é federal. Então, só podemos contar com os gestores da saúde para podermos

fazer o nosso trabalho. Precisamos, para fazer valer as questões de assistência e de ensino de atenção em saúde, de toda essa rede que o Ministério da Saúde criou. No Ministério da Educação é praticamente impossível criar toda essa capilaridade existente. Então, a integração, é obrigatória.

E tem-se trabalhado muito desde a Comissão Interinstitucional. Muita coisa tem saído daí. A Comissão de Certificação vem produzindo resultados muito interessantes no avanço da definição do que é um Hospital de Ensino, quais são as características de um Hospital de Ensino, o que se espera de um Hospital de Ensino, como é que nós vamos incluir um Hospital de Ensino no sistema. E, atualmente, vem se deparando com uma série de problemas que é a questão do acompanhamento. Como é que se conseguem as informações dos Hospitais de Ensino? Estão evoluindo com o novo processo?

Criou-se uma fórmula que é de recertificação, mas, na realidade, precisamos de um acompanhamento contínuo no processo da contratualização, desde o seu início. Existe a preocupação com todas as questões assistenciais e não avançamos nos indicadores de ensino e pesquisa. Essa questão passa em conjunto com o Ministério da Ciência e Tecnologia que está difícil atrair para esse processo. Como é que nós, que temos que trabalhar juntos, medimos o impacto disso no ensino e na pesquisa? E como é que podemos utilizar esse instrumento para poder estimular ensino e pesquisa no SUS?

Então, discute-se uma série de questões para diminuir um pouco o peso da certificação para poder investir mais recursos no acompanhamento da contratualização. Na interinstitucional foi criado um grupo de trabalho sobre indicadores, que já estão relativamente bem discutidos na área de ensino e pesquisa. Infelizmente, temos uma Interinstitucional que não teve a oportunidade de se reunir nos últimos tempos. Já existe no Ministério da Educação todo um sistema de informação para seus próprios hospitais que deve ser consolidado nos próximos dias com indicadores de ensino, de pessoal, de custo, e também de produção. Na contratualização seria extremamente importante a implantação de um sistema de acompanhamento, junto com as comissões de acompanhamento dos gestores, ou seja, para se fazer uma análise regional, uma análise de Brasil, desses casos.

Sheila Maria Lemos Lima – Representante da Fiocruz/MS

A experiência da política de contratualização é uma experiência que o mundo inteiro vem experimentando. O que se está experimentando aqui não

é diferente do que está acontecendo no mundo inteiro. E os problemas que se enfrentam também. Vale a pena ressaltar isso. Essa política do Ministério da Saúde precisa se constituir em uma política de estado (com estatura legal como o SUS), e não ser uma política de governo. Isso tem uma importância fundamental, porque assegura uma continuidade ao longo dos diferentes governos.

O processo de contratualização exige uma adequada estimativa de recurso para iniciar e para operar. Pois você tem um gasto inicial maior para colocar as unidades em condições de operação, para manter novos gastos que vão acontecer com o sistema de informação, com a necessidade de capacitação, tanto do contratante quanto do contratado. A utilização da ferramenta contratual exige por parte do estado capacidade de regular. Regular significa induzir e monitorar. E isso, a gente está aprendendo a fazer. Não é simples. E, para isso, também há um gasto inicial que precisa ser considerado.

A segunda questão é que a contratualização tem que ser vista como uma ferramenta que articulada ao planejamento regional de saúde vai materializar a sua execução, que por sua vez deveria assegurar uma atenção integral à saúde. Nesse sentido, a contratualização não deveria ser só dos hospitais, a contratualização deveria ser da rede, como um todo, onde os diferentes planos operativos tivessem interseção entre eles.

Um plano operativo de um Hospital de Ensino não pode ser restrito, exclusivamente, ao município onde ele está situado porque, certamente, ele atende a população de outros municípios. Um plano de um hospital tem que assegurar que esse hospital esteja inserido na rede. Nesse sentido tem que ter como metas, disponibilizar vagas para a central de regulação, assegurar o atendimento das unidades de saúde que compõem aquela rede local onde o hospital se insere. Então, a contratualização pode e deve assegurar uma perspectiva sistêmica de rede e a integralidade da atenção.

A terceira observação é a necessidade do estabelecimento de parcerias. Mesmo que o contrato seja com o município, tem que existir a parceria com o estado, com o Ministério da Saúde e prestadores. O crescimento técnico gerencial de operar o contrato, vai se dar, passo a passo, no grupo. Então, é preciso que um apoie o outro e só nesse processo muito próximo de parceria, tanto para a elaboração do plano quanto para, especialmente, monitoramento e avaliação da operação do plano, é que se pode propiciar que os ajustes sejam feitos da forma mais rápida possível. E é bom que tenham muitos ajustes. Os ajustes indicam que está melhorando ou, pelo menos, procurando melhorar.

A comissão de certificação foi uma boa iniciativa vista de forma muito satisfatória, tanto pelo prestador quanto pelas secretarias porque é considerada como um momento de aprendizagem para todos.

Nesse sentido, poderia se pensar numa lógica de continuidade, como se a Comissão de Certificação pudesse assumir outras atribuições. Ou os Hospitais de Excelência pudessem assumir essas atribuições de prestar consultoria técnica, seja para a Secretaria, seja para os hospitais, nos aspectos em que ainda são deficientes e que poderiam melhorar.

Alzira de Oliveira Jorge – Representante do Conasems

O Conasems solicitou que fizéssemos uma apresentação a partir da experiência e vivências do Município de Belo Horizonte, que, como um grande município com vários prestadores e tarefa complexa de regulação, poderia expressar as atuais angústias vivenciadas pelos gestores municipais espalhados por este Brasil em relação ao processo de contratualização.

Belo Horizonte foi um dos primeiros municípios a assumir a gestão plena e a constituir um sistema de regulação efetivo. Como Fortaleza, tem mais ou menos a mesma população, 2 milhões e 500 mil habitantes. São 35 hospitais, sendo apenas um terço composto de hospitais públicos e o restante por hospitais privados conveniados ou contratados pelo SUS. É bom lembrar que em 1993 havia 57 hospitais na cidade. Então, desde que Belo Horizonte assumiu a gestão plena, foram fechados mais de 20 hospitais, por conta de baixa qualidade assistencial ou não atendimento das necessidades do sistema. E hoje existem 25 hospitais contratualizados na forma de contratos globais. Para dar conta dos 35 hospitais e cerca de 100 prestadores ambulatoriais, o município constituiu uma estrutura de regulação que custa hoje aos cofres públicos cerca de R$ 800 mil/mês composta pelas centrais de regulação de leitos, marcação de consultas, alta complexidade, estruturas distritais e locais de regulação, gestores de contrato, supervisores hospitalares e ambulatoriais e médicos reguladores.

Com uma estrutura de regulação tão grande e com tantos prestadores a regular a maior dificuldade encontrada é a do monitoramento. Mas, a primeira coisa que vale a pena pontuar é que, do ponto de vista da concepção, a contratualização é entendida como um grande instrumento que tem possibilitado avançar na negociação e pactuação com os prestadores no sentido da constituição das redes integrais de saúde.

Os hospitais são entendidos como estação cuidadora do Sistema Municipal de Saúde. E aí, esta concepção traz necessariamente a questão da demanda e das necessidades do gestor municipal para a mesa de negociação. Esta tem sido a tônica do processo de contratualização, o que tem facilitado muito o acompanhamento sobre o que é realizado e, consequentemente, o aprimoramento dessas relações entre prestadores e gestor. Agora, dá um trabalho fenomenal para ser implementado.

Para fazer direito e acompanhar de forma mais adequada, além das comissões de contratualização, foi criada a figura do gestor de contrato que é um profissional, em geral um médico, que é o responsável por acompanhar o monitoramento desses contratos globais. Mas, apesar dos vários avanços conseguidos é importante referir que se tem enfrentado uma série de dificuldades e de desafios.

A dificuldade de dar conta de fazer, de monitorar, de implementar os contratos agilmente é um problema dos três níveis. Existem estruturas muito amarradas burocraticamente. Um exemplo disso é o termo aditivo recente que tinha que incorporar também a triagem auditiva neonatal e os leitos de CTI novos aprovados... Então, infelizmente não é só uma cláusula que tem que ser incorporada ao termo aditivo. Após rever e reescrever o termo aditivo, este tem que ser avaliado pela assessoria jurídica da Secretaria e do hospital também. Depois disso, vai para a Procuradoria, que sugere modificações e então volta. E recomeça o processo todo outra vez. É uma canseira. É preciso criar estruturas/ferramentas que facilitem o desenrolar desse processo de contratualização. É muito demorado e burocratizado.

Em relação ao Ministério da Saúde, uma dificuldade que precisa ser superada é o parâmetro muito desatualizado do IAC (Incentivo de Adesão à Contratatualização), vinculado ao primeiro quadrimestre de 2004. Hoje, a maioria dos hospitais, já faz uma produção muito além disso. Deve ser revisto esse parâmetro e ter certa flexibilidade também. Outro problema é que a liberação do IAC também demora e isso atrapalha as negociações.

Consideramos também que é preciso que o Ministério da Educação apoie mais a discussão dos Hospitais Universitários. Existe uma demanda em Belo Horizonte, de uma proposta de orçamentação para o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC/UFMG). Há dificuldades, por exemplo, com a questão das informações relativas aos Hospitais Universitários que existiam anteriormente e que está em processo de rediscussão. O MEC já até sinalizou que iria disponibilizar novo banco, mas hoje estas

informações estão fazendo falta para ajudar a repensar o funcionamento e financiamento do Hospital Universitário.

A questão do adicional de plantões solicitada ao MEC é um grande anseio dos gestores municipais e hospitais. Só o HC gasta a maior parte de todos os seus recursos com o pagamento de pessoal. E é óbvio que isso tem uma repercussão na assistência que é prestada. Esse trabalho, cada vez mais próximo do conjunto de gestores da saúde o gestor municipal, o gestor estadual, o Ministério da Saúde, e o MEC, é fundamental para achar essas alternativas conjuntas.

Em relação ao município, temos outras dificuldades, apesar da enorme estrutura criada. Não se consegue fazer o monitoramento dentro dos prazos definidos. Então em Belo Horizonte se faz um acompanhamento mensal do financeiro e um acompanhamento trimestral das metas físicas. Avalia-se a meta física de todos os hospitais, inclusive dos Hospitais Universitários no processo de contratualização. E os indicadores e as metas de qualidade são avaliados semestralmente.

A metodologia utilizada para o processo de contratualização global se consistiu de elaboração de instrumento formal de contratualização na forma de convênio com descrição de compromissos legais, jurídicos, assistenciais e de monitoramento referentes a ambas as partes; elaboração de plano operativo com especificação de estrutura do serviço, profissionais, capacidade produtiva, série histórica de produção, valores financeiros e indicadores pactuados; levantamento de série histórica referente a toda produção ambulatorial e hospitalar, bem como discussão com todas as áreas da regulação e atenção à saúde sobre os problemas e demandas relacionados ao hospital; negociação com o prestador para acordo de necessidades/demandas do sistema, capacidade operacional, regulação da oferta e valores contratualizados; e por fim, pactuação dos indicadores de desempenho a serem monitorados.

Algumas inovações incorporadas neste processo de contratualização global pelo SUS-BH:

- Em relação às metas físicas de produção da média complexidade correspondente à parcela fixa que é repassada (85% do valor recebido pelo hospital) o SUS-BH não repassa o valor total automaticamente, pagando apenas proporcionalmente ao cumprimento das metas físicas pactuadas. Ou seja, se não houver cumprimento das metas físicas pactuadas, o hospital perderá recursos financeiros. Isso em

função especialmente de dois Hospitais de Ensino que pactuaram metas físicas e nos dois primeiros anos dos convênios não estavam cumprindo e recebendo a totalidade dos recursos.

- Criada uma nova modalidade denominada incremento da produção referente aos serviços prestados pelo hospital que não compunham sua série histórica de produção anterior ou aqueles serviços novos implementados por demanda negociada pelo gestor. Estes novos serviços demandados, sejam eles de média ou alta complexidade, são pagos como recursos pós-fixados num primeiro momento até a sua estabilização (mínimo de três meses), quando após este período, se já estabilizado, pode ser incorporado ao componente pré-fixado caso se trate de incremento de produção de média complexidade.
- Incorporados novos indicadores para avaliação das metas de qualidade (15% do valor recebido pelo hospital do total da média complexidade), extrapolando os tradicionalmente utilizados, tais como percentual de óbitos investigados em vez de taxa de mortalidade hospitalar; mapa de infecção e suas intervenções sobre o processo de trabalho ao invés de taxa de infecção hospitalar; implantação de protocolos clínicos assistenciais; oferta de recursos para alívio da dor e favorecimento da evolução fisiológica do trabalho de parto (deambulação, banho, massagem, escada de Ling, bola, banco e cavalinho); implantação do conselho de usuários e visita ampliada dentro dos hospitais; implantação do registro de CIH (Comunicações de Internação Hospitalar) para conhecimento e gestão das informações referentes aos atendimentos de planos de saúde e particulares; desenvolvimento de atividades de capacitação e educação continuada para os profissionais da rede de serviços do SUS-BH (pelo menos uma atividade por semestre como contrapartida por ser hospital de ensino).
- Além disso, a depender dos problemas identificados no hospital, utiliza-se a possibilidade de incorporar o monitoramento destes problemas como indicadores de qualidade, como por exemplo, acompanhamento das recusas de recebimento de pacientes por parte do hospital por meio da Central de Internação, acompanhamento da execução de exames estrangulados na rede e não oferecidos pelo

hospital, apesar de solicitação e não cumprimento das portarias ministeriais, entre outros. Como isso é incluído nos indicadores de qualidade, se o hospital não cumprir perderá recursos financeiros proporcionais dentro dos 15% das metas de qualidade. Isso tem sido positivo no sentido de resolver alguns problemas reincidentes, os quais a equipe de regulação já havia apontado e solicitado resolução.

Por fim, é importante destacar que essa questão de utilização das metas de qualidade e de um novo processo de pactuação em novas bases só tem sentido se for objetivando que esse hospital se insira adequadamente e de forma articulada dentro do Sistema Municipal de Saúde. Isso é o fundamental, se não, não vale a pena todos estes novos mecanismos e ferramentas. Neste sentido, as perguntas essenciais são: que modelo de atenção é esse que tem que ser adotado neste novo convênio ou formato contratual para atender as necessidades dos usuários do SUS? Que modelo de ensino nós (gestores, trabalhadores e usuários do SUS) precisamos e queremos?

Temos consciência da crise pela qual o setor Saúde passa, incluindo o subfinanciamento. Mas não se pode esquecer que ela não passa apenas pela questão do financiamento. Pois, mesmo se tivéssemos todo o dinheiro do mundo, ainda não conseguiríamos resolver os problemas do SUS. A crise da saúde não é só de dinheiro. Mas é também e essencialmente uma crise de modelo de ensino, de modelo de atenção e de modelo de gestão. E se não enfrentarmos ao mesmo tempo e com o mesmo empenho todas as crises existentes, não conseguiremos oferecer aos nossos usuários um sistema de saúde de qualidade, eficiente, efetivo e que atenda às suas necessidades. Eis aí o nosso grande desafio.

Muito obrigada!

Coordenador de Mesa: Alair Benedito de Almeida – Abrahue

A mesma heterogeneidade da organização das redes de serviços do Sistema Único de Saúde por região, nós temos também dentro dos hospitais. Há diferentes situações de gestão dentro dos hospitais. Mas, há algumas especificidades em alguns hospitais brasileiros que são marcantes. Quantos leitos tem a rede de serviços hospitalares em Fortaleza? Em torno de 6 mil leitos. E quantos tem em Belo Horizonte? Tem 7.500 para uma população de 2,5 milhões. Pois em Uberlândia, tem uma população de 700 mil na sede

do município mais uma descrição oficial pelo PDR de aproximadamente de 1 milhão e 800 mil almas. E os Hospitais de Ensino são utilizados para pagamento de recursos humanos. Vai de 20% a 60%, 70%. O MEC tem esse dado muito bem levantado.

Com a comissão de acompanhamento está claro que no próximo ano (2009) vamos fazer um trabalho denso. A agenda terá que trabalhar também por locais, com programações regionais para que se possa estar em contato maior com as comissões de acompanhamento. Pensar quem sabe numa parceria pelos cursos de especializações/aperfeiçoamento. Alguma coisa destinada ao acompanhamento e que possa estar subsidiando essas comissões.

Com relação aos tetos, uma coisa importante é o que está no sistema de informação, tanto no nível local quanto no nível federal. É importante que tudo que seja produzido, seja informado. A rigor, esse teto, principalmente quem está na média complexidade que está orçamentada, não deve existir. Deve-se registrar aquilo que se produziu. E aí, tem algumas perguntas aqui que dizem: se o hospital produzir acima, automaticamente já há uma recomposição do contrato? Calma, temos que queimar passos. Na verdade, uma coisa para qual temos que chamar atenção é a importância da regulação. Importância para o fato de que aquilo que está sendo atendido é de interesse local. Há uma regulação do gestor em relação a isso. Se for recompor financeiramente é outro passo. Antes podemos discutir a recomposição dos pactos, até que se chegue à necessidade de recomposição de teto. Então, vamos ver quais são os mecanismos que são possíveis dentro da possibilidade financeira dos estados, dos tetos estaduais, municipais e a própria capacidade de financiamento do Ministério da Saúde. Muitas vezes o MS tem feito recomposições onde a produção foi superior àquilo que o hospital estava recebendo pelo contrato. Então, é importante a regulação, um pacto bem feito, a clareza com aquilo que está se pactuando, e é importantíssimo o funcionamento das comissões para que se possa avaliar a adequação da prestação de serviços. Aí, vamos à recomposição de teto, uma coisa de cada vez. E o que é mais importante nesse processo de contratualização? É o compromisso com o resultado.

Parte IV – Mesa-Redonda II – A Missão da Comissão de Acompanhamento no Processo de Contratualização: Dificuldades, perspectivas e propostas – 9/12/2008 – Vespertino

Expositora: Karla Larica Wanderley – Representante da Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar/DAE/SAS/MS

As comissões de acompanhamento são avaliadas como estruturas e estratégias fundamentais para o sucesso da contratualização. Então, o que norteou o início dessas propostas e qual o papel da comissão de acompanhamento? Quais eram as ações estratégicas propostas para o programa de reestruturação dos Hospitais de Ensino e dos Filantrópicos? Muito semelhante para os dois. A única diferença se for ao rigor das letras das portarias é a questão do desenvolvimento e da avaliação de tecnologias em saúde de acordo com a necessidade do sistema. A definição do perfil assistencial, o papel e a inserção numa rede integrada e articulada são diretrizes esperadas para esses conjuntos. Aliás, temas já bastante abordados pela manhã.

O componente da educação permanente também foi muito focado quando a experiência de Fortaleza foi relatada. Ensino, pesquisa e assistência. Essas três dimensões estão postas para os dois programas. E a qualificação da

gestão hospitalar ainda é uma questão a ser aperfeiçoada. O programa estabelece que essas ações estratégicas sejam definidas mediante um processo de contratualização.

É interessante dizer que em 2003 a palavra contratualização aparecia muito pouco na internet (Google). A palavra em si é um neologismo que foi absorvido por todos nós. Falar em contratualização hoje é um tema de amplo conhecimento. E se define como um meio pelo qual as partes, o representante legal do hospital e o gestor do SUS, estabelecem metas quantitativas e qualitativas dos processos de atenção, de ensino, de pesquisa, de gestão, e que necessariamente devem ser acompanhados por uma comissão permanente de acompanhamento de contratos.

Naquela época já se definia esse processo de maneira conceitual, devidamente orientado por um termo de referência. Justamente por ser um processo novo, necessariamente precisa ser revisto periodicamente. Que tipo de meta? Que tipo de compromisso? Então, tinha um termo de referência para se olhar de acordo com as especificidades de cada hospital. O processo começava com base nesse termo de referência. E esse instrumento contemplava todas as dimensões previstas da atenção à saúde, da gestão, da pesquisa, e por último o do financiamento. Aliás, este último encarado como a grande modificação dos últimos anos.

Houve a mudança no sentido de que os procedimentos de alta complexidade fossem remunerados conforme a produção. Já na média complexidade, componentes de melhoria da gestão, ensino, pesquisa, expressos em indicadores de qualidade financiados de uma forma orçamentária, com um valor fixo. Ainda no financiamento, existe um componente relativo à produção de serviço, valor fixo mensal, e um valor variável, conforme o cumprimento das metas estabelecidas. No componente fixo, primeiro houve a portaria que definia contratualização dos Hospitais de Ensino vinculados ao MEC, e no segundo momento, uma portaria nos mesmos moldes para os Hospitais de Ensino Filantrópicos e outros não vinculados ao MEC (estaduais, municipais, etc). E há algumas pequenas diferenças entre elas. O que difere é um cronograma de ampliação na proporção entre os componentes fixo e variável, de tal forma que o componente vinculado às metas de qualidades teriam um acréscimo de 5% a cada ano. Esta proporção aumentaria gradativamente, ano a ano, até que 50% dos recursos seriam pagos conforme alcance de meta de qualidade, e outros 50% seriam repassados conforme alcance das metas físicas. A rigor nós não avançamos nisso.

A portaria da contratualização dos Hospitais Filantrópicos prevê que para hospitais de referência regional deve haver participação do gestor estadual se o hospital estiver sob gestão municipal. Os gestores municipais e estaduais devem estar sempre juntos, independente de quem esteja na gestão. Em última instância é isso. Em ambas situações deverá haver representação dos municípios abrangidos pela referência. Isso aconteceu ainda de uma forma acanhada.

Acho que temos que ampliar mais essa discussão envolvendo todos num processo de contratualização. Necessariamente os gestores estaduais e municipais. Como os Hospitais de Ensino eram um quantitativo menor e foi a primeira experiência, o MS intermediou, auxiliou e cooperou com 100% dos contratos dos convênios celebrados. Na sua grande maioria, os gestores municipais e estaduais estavam presentes na negociação, independente de quem tivesse a gestão do hospital.

E a comissão de acompanhamento? Como ela aparece nessa regulamentação? Ela aparece nas cláusulas do convênio como uma proposta específica de cada local. No modelo de convênio estava proposta a composição, a periodicidade, as atribuições e as obrigações da comissão de acompanhamento. Nas portarias que regulamentam a política está muito claro que tem que ser acompanhado pela comissão. Mas, é no convênio que aparecem as regularidades das reuniões e a real composição. Tem de ter o representante do hospital, da secretaria, da comunidade acadêmica e usuários. Devem se reunir uma vez por mês. Na prática nós vimos que não aconteceu na grande maioria das experiências. Nas comissões que funcionam, geralmente elas se reúnem trimestralmente, embora a base de cálculo da análise deva ser mensal.

As atribuições são de acompanhar as execuções dos convênios, principalmente no tocante aos seus custos, acompanhamento das metas e avaliação da qualidade. O hospital fica obrigado a fornecer à comissão de acompanhamento todos os documentos para análise, embora isto não impeça e nem substitua as atividades próprias do Sistema Nacional de Auditoria. A contratualização é um dos elementos centrais da nova gestão pública. Existe em particular uma diversidade de experiências contratuais recentes e aí temos desde agências, das OS, das Oscip. Fora do setor Saúde a contratualização é uma tônica. Se ainda é cedo para se avaliar algumas dessas experiências, já é tarde para se discutir como avaliá-las.

A unidade da análise no processo de contratualização não é o contrato. O contrato é um dos elementos. Nessa perspectiva, a unidade da análise tem que ser a experiência contratual. Envolve o contrato, o contratante, o contratado e a situação geral. No aspecto jurídico nós avançamos muito de quem tem que compor esse contrato. De outra forma, quais são os limites e quais são as consequências pela não produção daquilo que foi pactuado? Pelo alcance ou não dos resultados que cada um se comprometeu alcançar? O contrato precisa ser visto. Assim como as condições próprias do contratando e do contratado.

Então, nossa ideia é que devemos olhar para a experiência e cada experiência é única. Os pressupostos centrais da contratualização são um processo de planejamento. Nós buscamos que não seja um elemento cartorial. Nós percebemos a potencialidade que o contrato traz em termos de planejamento. O que, como e o que precisa para executar? Procurar estabelecer resultados desejados aliados a uma programação, uma indução e acompanhamento do pactuado. Necessidade de criação de estruturas de um conjunto de regras e incentivos que orientem os atores na direção dos resultados visados.

Os elementos do modelo nós conhecemos todos: as metas, os resultados, os meios em sentido amplo, as regras postas para o contrato propriamente dito e para o seu acompanhamento, os recursos próprios e necessários para a execução desse contrato, as obrigações, o controle, as formas de verificação, os incentivos positivos e negativos, os materiais e os simbólicos que possam ser trabalhados.

Existe uma questão que alguns hospitais já têm sentido naturalmente que é a necessidade de se fazer a contratualização interna. As pessoas responsáveis pela condução do hospital estabelecem um contrato com o seu gestor. No entanto, é preciso que essa discussão seja ampliada para dentro do hospital, para todo o corpo clínico, para todo o corpo de profissionais, a fim de que todos falem a mesma linguagem e alcancem um objetivo que foi construído de forma solidária e comum.

Sobre os poderes estabelecidos dentro de cada hospital, como nós vencemos isso? O hospital fez um contrato com o gestor de fazer tantas cirurgias e aí o médico que tem a sua rotina, suas formas de trabalho não faz. Como conjugamos esforços? Contratualização como compromisso com o resultado não é só simplesmente prestar tantas cirurgias. O resultado é mais abrangente. É no resultado que se incorpora a questão da qualidade e do realizar no tempo certo. Não é uma simples delegação.

Esses aqui são os meios, gerenciem o melhor que puderem. Estou lhe passando e você faz da forma que entende que é melhor. Não é isso. Nem é uma forma de imposição, quando você tem que atingir resultados. Nós vemos na prática que não funciona. Também não é apenas uma flexibilização, maior liberdade sem contrapartidas. Muito pelo contrário. Quanto maior a liberdade, maior a responsabilidade, maior o compromisso com a contrapartida. É um contrato negociável. É baseado na escuta. Acordo entre as partes, esse que é o nosso desafio maior. Porque nós temos que fazer aproximações contínuas. É chegar a um consenso. E acordo que não se faz numa sentada, numa mesa. Pode ser que se precise várias sentadas em várias mesas. É uma parceria. Há atores diversos, cada qual com contribuição e visão.

A questão, por exemplo, da participação social é fundamental. Como está funcionando em relação aos usuários, que em última instância são o alvo de todo esse trabalho. Como é a participação desse segmento? Desafios da contratualização como um processo de aprendizagem. Exige uma mudança de cultura muito claramente marcada. Valorização e alcance de metas. Entrosamento de diferentes setores e atores envolvidos com o processo de contratualização.

Comissão de acompanhamento é o cerne do processo de contratualização. Percebemos que nos processos de recontratualização, dos quais participamos, aquele em que a comissão de acompanhamento funciona, o nível de entendimento é muito mais tranquilo. A maioria dos ruídos, dos desacordos, em algum momento foi conversado, se não resolvido. Quando a comissão de acompanhamento funciona, o processo de negociação é muito mais fácil. Dá-se de uma forma mais fluida. Quando não funciona acumula ao longo de um ano inteiro todas as diferenças, todos os desacordos para se resolver no final de um ano. Então, o nível de estresse fica mais elevado.

O caráter da comissão de acompanhamento não deve ser o de realizar um controle a posteriori. Ela realiza um acompanhamento indicativo do alcance das metas, apontando providências e redirecionamentos. Esse é o caráter da comissão, com potencialidade de facilitar os processos de negociações.

Outros desafios são as definições de normativas locais. Não tem muito isso e é preciso saber de quem é a responsabilidade pelo acompanhamento desses contratos. Quais são os prazos, os fluxos? Qual é a periodicidade? Isso dá mais clareza e conforto para as pessoas que atuam nesse processo. Então, reorganizar, normatizar esse procedimento, estabelecer fluxo, prazo. Definir

as competências da comissão, do hospital, do gestor, do setor de regulação, do setor de planejamento, do controle social. Então, a quem cabe o que nesse pedacinho do bolo.

No acompanhamento, a questão da gestão da informação também é fundamental. No Ministério também enfrentamos essa dificuldade. Tentamos informatizar o processo de certificação e não tivemos êxito. Tentamos informatizar o processo de contratualização. Ainda também não conseguimos avançar o quanto gostaríamos. Mas não é impossível nós trabalharmos com as informações que chegam no tempo certo e qualificadas.

Por último, os encaminhamentos propostos são os de ampliar a discussão em nível nacional. Certamente o Conass e o Conasems vão estar presentes, com o intuito de nos aproximar mais das secretarias de cada estado. Vamos usar uma estratégia regionalizada. Vamos sentar e ver isso. Está claro? Tanto para o MS, tanto para o Conass e também para o Conasems., Nós temos que ampliar essa discussão e levar para o maior número de pessoas envolvidas neste processo, desenvolvendo processos de capacitação.

Reativar o grupo de trabalho, instituído pela Portaria MS/GM nº 1.721, que trata do acompanhamento da contratualização dos Hospitais Filantrópicos, independente das comissões locais. Reativar a comissão interinstitucional dos Hospitais de Ensino. Realmente, em 2006 não tivemos nenhuma ação ou produto desses dois grupos, filantrópicos e Hospitais de Ensino, para que possamos fortalecer essa discussão no âmbito da tripartite. Isso também é uma discussão antiga do Conass e Conasems. Muito embora eles estejam representados nestes grupos, é preciso levar essa discussão para a tripartite de tal forma que todos os gestores possam participar e se apropriar da discussão.

Ampliar o programa de reestruturação dos Hospitais Filantrópicos. Veremos como conseguiremos isso. Temos 1.700 Hospitais Filantrópicos e 600 contratualizados. Precisamos pensar em como ampliá-los. E, no mais, realizar outros seminários como este encontro, que tem sido bem produtivo. Seminários curtos em que se façam reflexões, proposições e avaliações conjuntas e que tragam resultados concretos. Então, acho que é isso. Muito obrigada mais uma vez!

Expositor: Benedicto Accácio Borges Neto – Representante da SES/SP

O conteúdo desta apresentação está dividido em quatro partes: I – os dados gerais: Estado + Regionais de Saúde + Hospitais de Ensino (HE), Processo de Certificação e Contratualização, Informações DATASUS; II – Resultados do uso das informações do Sistema de Avaliação dos Hospitais de Ensino (SAHE), Termo de Cooperação SES/SP e Agência Nacional de Saúde (ANS); III – Resultados das entrevistas com diretores: ações para implementação; IV – Considerações finais. A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo desenvolve atividades no sentido de auxiliar os Hospitais de Ensino. O processo de Regionalização do Estado de São Paulo vem sendo construído como sequência de ações que fortalecem a gestão de um sistema de saúde equânime e que garantem instâncias de negociação, pactuação e articulação de serviços de forma regionalizada e hierarquizada conforme descrito e definido pelo SUS. O estado está dividido em cinco macrorregiões, 17 regiões administrativas – Departamentos Regionais de Saúde (DRS) e 64 regiões de saúde, cada uma com seu respectivo Colegiado de Gestão Regional (CGR). Dos 645 municípios, 275 não possuem leitos de internação, com população estimada em 42 milhões de habitantes, desses, 39% têm planos de saúde suplementar. Na proporção de um leito para cada 1.000 habitantes, há suficiência de leitos. Pelos cálculos precisaríamos de 41.663 leitos e temos mais de 73.130, sendo que 53.469 são SUS. Então, não precisamos de mais leitos, apenas otimizar a utilização dos já existentes. O SUS conta com 3.658 leitos de UTI no Estado de São Paulo.

Realizamos ao longo de 2007 pelo SUS, aproximadamente 2,5 milhões de internações com uma taxa de invasão de outros estados, próximo de 1%. A análise dos dados permite avaliar que os Hospitais de Ensino apresentam boa taxa de ocupação e média de permanência. Subsidiamos a comissão de avaliação com dados para melhor acompanhamento das metas.

O contrato de gestão permite ao gestor o planejamento e a hierarquização dos serviços e a inserção plena do hospital na região. Trabalhamos com a necessidade loco regional, com o incremento ou a redução da produção assistencial e da qualidade dos serviços prestados.

O hospital sabe o quanto vai receber e o que vai fazer. Com o contrato de gestão o hospital tem um controle das atividades envolvidas, a transparência na gestão dos recursos públicos e condições de buscar formas para conhecer e moderar o crescimento do gasto. Garantir a melhoria da qualidade

e dotar o sistema de estabilidade financeira são elementos difíceis que estamos tentando implementar.

O que exigimos do parceiro?

Facilitar o acesso aos serviços de saúde para responder ao princípio da equidade, pontualidade, exatidão e confiabilidade dos dados e informações gerais. É necessário constante acompanhamento do prestador com avaliação qualitativa e quantitativa contínua, relação transparente entre as partes e aprimoramento dos profissionais que participam do processo.

Com tudo isso, o que você evita com o contrato de gestão?

Que o prestador estabeleça unilateralmente as atividades que ele vai desenvolver e junto com o gestor perceba as necessidades da região em que se encontra; que políticas de saúde sejam desenvolvidas à margem das definições e do controle exercidos pelo Poder Público e pelos usuários e as distorções nas ofertas macrorregionais de serviços de saúde.

Qual é o nosso objetivo para trabalhar com os hospitais?

O bom relacionamento entre a Secretaria e o hospital é muito importante para que se consiga administrar "o complicado e complexo acompanhamento das informações hospitalares". Como comparar os hospitais? É muito difícil fazer a comparação entre hospitais com mais de 1.000 leitos e os que tem 50, 60, ou, por exemplo, entre um hospital geral e um especializado. Outro objetivo é o aperfeiçoamento dos planos operativos e da avaliação trimestral. Vale salientar que mesmo que as comissões se reúnam mensalmente, para o nível central da Secretaria, encaminha-se um relatório trimestral. Essa orientação visa um contato maior com os diretores e profissionais dessas unidades.

Até o final de 2008 contamos com 33 Hospitais de Ensino no estado sendo 25 sob gestão estadual, 20 hospitais gerais, 2 especializados em oncologia, 2 em cardiologia, 1 em doenças infectocontagiosas, 1 em deformidades craniofaciais e reabilitação e 8 municipais. Em fase de certificação temos 1 de gestão estadual e 3 de gestão municipal.

Das 17 Regionais de Saúde apenas 5 não possuem Hospitais de Ensino, sendo 2 com faculdade de medicina, mas sem hospitais certificados.

A primeira causa de internação no Estado de São Paulo é o parto normal. Nos HE a primeira causa de internação é o traumatismo craniano. No Estado de São Paulo a taxa média de cesárea é de 38% e nos HE 40%. Os Hospitais de Ensino são responsáveis por 8% dos partos. Como já era de se

esperar a maior parte dos transplantes são feitos nos Hospitais de Ensino. Os maiores executores dos procedimentos de alta complexidade realmente são os Hospitais de Ensino. Todas essas informações são divulgadas para os responsáveis pelos hospitais e gestores regionais.

No levantamento da emissão de AIH por residência, notamos, como era de se esperar, que a invasão de outros estados é pequena, próxima a 1%. A maior parte dos atendimentos é feita para os residentes e uma pequena parte para outros municípios. Como por exemplo, o Hospital de Anomalias Craniofaciais de Bauru – USP, conhecido como "Centrinho", que é um hospital de referência nacional, atende uma maior quantidade de pacientes de outros estados, porque tem um perfil totalmente diferente dos demais hospitais.

Com o objetivo de facilitar a coleta e avaliação dos dados para a avaliação dos Hospitais de Ensino, a SES/SP desenvolveu o Sistema de Avaliação de Hospitais de Ensino (SAHE). A primeira versão teve início em dezembro de 2005 e vem sendo aperfeiçoada desde então. Todas as informações são via *web*, sem qualquer preenchimento em papel. Com a análise desses dados nós gestores conseguimos mapear todo perfil do hospital.

A construção do SAHE justifica-se pelo grande volume de informações dos Hospitais de Ensino participantes e a falta de padronização na descrição dos indicadores utilizados, que dificultavam a análise de cada instituição e suas correlações, tornando complexa e lenta a avaliação realizada pela equipe da SES/SP.

Não menos importante, é a necessidade de agilizar a divulgação de notícias e instruções de preenchimento, e de facilitar o acompanhamento dos planos operativos em curso, possibilitando padronizar a troca de dados entre Hospitais de Ensino e a SES/SP, além de controlar o acesso às análises realizadas. Temos planilhas mensais e anuais. Estamos em busca do ideal, avançamos bastante desde 2006. Montamos grupo de estudo para aprimorar o sistema, visitamos todos os hospitais realizando entrevistas com os diretores e levantando dados regionais.

O acesso a todos os dados de todos os hospitais é feito apenas pelo nível central da secretaria. O hospital só tem acesso aos dados dele, o diretor regional aos dados dos hospitais da área de sua abrangência. O acesso ao sistema é feito por meio do endereço www.saude.sp.gov.br/sahe, mas ressalto que é necessário um cadastramento prévio e de acordo com o perfil do usuário solicitante o Grupo de Assessoria finaliza a solicitação. O SAHE é composto por dados de preenchimento mensal e anual sendo que cada modalidade

possui várias planilhas. Os hospitais têm até o dia 25 do mês subsequente para preencher os dados e o sistema fecha a planilha automaticamente. Caso não tenha conseguido digitar os dados ou precise fazer alguma correção o hospital solicita ao gestor a reabertura da planilha. É um controle do Grupo de Assessoria cobrar e/ou analisar a dificuldade de preenchimento das planilhas.

Dividimos os hospitais em sete grupos levando em consideração o tamanho e a complexidade, porque não tínhamos como comparar linearmente um hospital pequeno ou especializado com um hospital de grande porte geral. Por intermédio do sistema são gerados indicadores aos quais o hospital tem acesso direto bem como os gestores.

Realizamos anualmente seminário com os Hospitais de Ensino tendo ocorrido em junho de 2008, o último, que apresentou, em parceria com a Agência Nacional de Saúde (ANS), a elaboração de estudo sobre a mortalidade em alguns procedimentos para um grupo de quarenta hospitais do estado do qual participaram todos os Hospitais de Ensino.

Neste seminário apresentamos o menor e o maior valor encontrado dos seguintes itens:

1 – Indicadores de desempenho hospitalar – Média de permanência, índice de renovação, intervalo de substituição e taxa de ocupação.

2 – Produção mensal de consulta de urgência/emergência e de especialidades, o total de paciente/dia, total de cirurgias realizadas;

3 – Porcentagem da origem de atendimento e de internação de emergência com os dados da demanda do SAMU, resgate, polícia, hospitais/unidades de referência, espontânea, Central de Regulação e taxa de internação via Urgência/Emergência pela qual podemos analisar o quanto ele internou por meio do seu pronto-socorro. Nota-se nesse *slide* que o menor índice foi de 1,61%, o que demonstra que este hospital interna muito pouco e precisa ser analisado se não está sendo feito apenas pronto atendimento. No outro extremo temos quase 60%. A média de internação via pronto-socorro é de 17,74%. Em hospitais que não possuem pronto-socorro, não consideramos esse dado.

4 – Produção científica – Ter o dado da produção científica é o grande problema, muitas vezes o hospital não tem essa informação. Ele faz, mas não registra. E não tem controle nenhum de pesquisa, de nada. Saliento que colocamos a planilha no sistema e no início o preenchimento foi um fracasso, mas tem melhorado.

5 – Residentes e aprimorandos – Analisando o número de médico residente por leito operacional temos como menor índice 0,24 e maior 1,75 com uma média de 0,70. Comparando com a referência internacional (menor 0,01 e maior 0,25), notamos que a nossa média está muito acima da referência internacional.

6 – Distribuições de funcionários por grandes áreas – Trabalhamos o hospital por grandes áreas, que são: Infraestrutura, Diagnóstico e Terapêutica, Internação Clínica e Cirúrgica, Ambulatório/Emergência. Começamos a analisar quantos funcionários o hospital tinha por área. Tem muito? Tem pouco? E dando retorno aos gestores do hospital para esclarecimentos e providências.

7 – Indicadores de recursos humanos – Funcionário/leito, médico/leito, enfermeiros/leito, número de docentes. Nota-se uma variação grande entre os hospitais exemplificando o número de funcionário por leito menor é de 2,67 e o maior 10,07.

8 – Porcentagem de despesas de terceiros em relação à despesa total – Há hospitais que terceirizaram aproximadamente 50% e outros quase nada.

9 – Produção da subárea Infraestruturar/funcionário – Consertos/reparos, nutrição/dietética, lavanderia e limpeza. A produção por subárea também tem índice extremamente variável. Nota-se hospital que lava 1.134Kg de roupa/funcionário e outro 2.982Kg de roupa/funcionário. Até onde podemos confiar nesse dado? Com isso trazemos subsídios para a comissão de acompanhamento ir atrás e nos informar.

10 – Produção da subárea Assistência/Funcionário – Centro Cirúrgico (cirurgia), Urgência/Emergência (consulta); Ambulatório (consulta/médico), Internação (paciente/dia), UTI Adulto (paciente/dia). Com essa planilha consigo saber quantos funcionários tenho em cada área dessas e qual o número de cirurgias realizadas por funcionário. Para o cálculo consideramos para cirurgia 30 dias, para consulta especializada 22 dias.

11 – Produção Subárea/Área Física – Número de cirurgias em centro cirúrgico/sala/dia e número de consultas de especialidades/sala/dia. Nota-se que o menor é 1 cirurgia por dia por sala e o maior 2,75. Com os dados podemos ajudar aos gestores e diretores dos

hospitais a otimizar seus recursos. Vamos analisar as causas de suspensão de cirurgias e colocar isso como meta de avaliação da comissão e outras análises a que podemos chegar por meio de uma infinidade de dados.

Para não ficar sendo repetitivo, gostaria de citar que o processo se estende para os exames de imagem e patologia clínica, para taxa de utilidade pública, a existência ou não de usina de lixo, de poço artesiano. Os gastos com pessoal variam entre 33% e o máximo 78% da receita. Quando solicitamos o número de itens cadastrados, a polêmica foi grande, para quê queríamos saber quantos itens eles têm? Há hospitais com 4.300 itens de medicamentos cadastrados e outros com 350. Qual está certo? O que tem mais ou o que está na média? Nós não sabemos. Na hora que você pergunta sobre os itens de limpeza tem um com 17, e outro com 451. Não existe padrão nenhum.

Ressalto que a partir de 2007 começamos a trabalhar melhor e com maior qualidade de dados.

Realizamos visitas aos Hospitais de Ensino de todo o estado, ocasião em que fizemos entrevistas com os diretores. Começamos a ouvir o que eles tinham para falar e notamos que na parte de informação básica sem elaboração (faturamento e financiamento), havia poucos HE com centro de custos em implantação, informatização, sem elaboração. Acredito que todos nós gostaríamos de que todos os Hospitais de Ensino e Filantrópicos tivessem um Sistema de Gerenciamento de Custos. Percebe-se que poucos ainda possuem ou desenvolvem o prontuário eletrônico. Alguns já estão transferindo a imagem de filme para digital. Existe uma grande necessidade de capacitação para trabalho com informações. Perguntamos qual a demanda reprimida e foram citadas 14 especialidades, sendo a primeira tráumato-ortopedia, referindo-se que para fazer uma prótese de quadril ou de joelho tem-se uma espera de seis a oito meses. Depois vem a cirurgia cardíaca e outras demandas.

Na parte de regulação, perguntamos do ambulatório. Eles citam que o absenteísmo para consultas e mutirões chega até 30%, 40%. Perguntamos por quê? O paciente não foi informado? Não ficou sabendo? Foi avisado apenas na véspera da consulta? Temos uma oferta em excesso? Então a pactuação das metas está sendo mal feita. A Secretaria perde consulta agendada em alguns HE. A consulta está lá e ninguém está usando. Em algumas regiões vimos que fecharam os ambulatórios municipais e isso sobrecarregava os ambulatórios de especialidades. A instalação dos ambulatórios de pronto atendimento no Município de São Paulo e os ambulatórios de especialidades (AME) da Secre-

taria Estadual de Saúde, devem melhorar a demanda dos pronto-socorros dos HE. Referindo-me aos AMEs, em 2008 já foram inaugurados nove e, em 2009, serão mais 11 e até 2010 a proposta é de 40 AMEs. A proposta é que o paciente faça a consulta e volte para a origem. A contrarreferência tem que funcionar. Não vai ser o ambulatório e não deve ser aberto prontuário. Pacientes são atendidos contrarreferenciados para sua origem. Essa é a proposta, mas ainda estamos longe de atingi-la.

Já contamos com HE acreditados pela ONA, alguns com subáreas certificadas, e alguns com participação em programas de qualidade. Alguns conseguem os protocolos de procedimentos operacionais, outros não. Outra coisa que perguntamos na entrevista foi sobre o combate ao desperdício. O que fizeram para evitar o desperdício? Alguns citam parcerias com a Eletropaulo, outros com a comissão interna de racionalização; uso de fotocélula, coleta seletiva de resíduos; outros têm a usina de lixo, área para decantamento de produtos químicos; retirada de ar dos canos com certa frequência, etc.

Quanto ao mau uso do equipamento, existe hospital que fotografa o equipamento e quando acontece qualquer dano, procura a pessoa que estava responsável naquele dia, naquele mês e discute com a área. Eles acham que os contratos de manutenção teriam que ter um mês de validade, com renovação automática se a empresa tiver cumprindo o contrato. A parte de *marketing*, notamos que praticamente não existe. O hospital não faz um *marketing* bom. É necessário mostrar o hospital para a cidade, pois há muitas cidades que têm Hospital de Ensino ou Filantrópico que são pouco conhecidos e as pessoas acabam usando o hospital do outro lado.

Rever cálculos do contrato de gestão de alguns hospitais já foi citado aqui. Todos reclamaram de o cálculo ser feito em cima do primeiro quadrimestre de 2004 e pedem uma revisão do período. Portarias ministeriais que quantificam pessoal são um problema. Comentaram que quando exigem o número mínimo de funcionários, independente de o hospital ser grande ou pequeno, solicitam o mesmo número. Isso dificulta essa parte de pessoal. Plano diretor quase nenhum havia, e quando existente, era baseado em obras.

Na parte de pesquisa saiu uma normalização, quantificação e qualificação do ensino, pesquisa e assistência. A estrutura para lidar com as agências de fomento, boa parte desconhece. Alguns HE têm planos de saúde próprios. A média da receita de planos de saúde é aproximadamente de 8% do total do faturamento deles. É uma parte muito pequena.

Para terminar, precisamos conhecer melhor os HE para a solução de problemas. Isso conseguimos com o programa de reestruturação. Existe uma política de direcionamento de acordo com o contrato de gestão. Estudo das questões reprimidas, necessidade de aporte de recurso *versus* a racionalização. Avaliações mais amplas, incluindo econômica e tecnológica, realizações de processos internos, melhoria das informações e informatização. Melhorar o processo de faturamento incluindo capacitação, isso no Estado de São Paulo está sendo feito. Nós estamos capacitando o pessoal, os faturistas, para tentar melhorar a informação e fazer o máximo da apresentação da real produção deles. Está difícil e não estamos conseguindo. Para o nosso representante da região, instalamos auditoria prévia, avaliação trimestral dos HE, revisão periódica das metas, renovação anual do plano operativo, regulação de consulta, exame e internação, administração da demanda reprimida e uma negociação para inclusão ou exclusão de programas e serviços. Para o grupo de assessoria do HE, discussão das informações com o HE, então, fazemos a devolutiva. Nós passamos todas as informações para o representante na comissão de avaliação, elaboração de documentos com os dados, acompanhamento da política, acompanhamento da recertificação e contratualização e revisão dos planos operativos.

E aí fica para repensarmos a saúde, "as necessidades da população e as tecnologias do século XXI não comportam serem conduzidas com práticas do século XIX".

Muito Obrigado!

Expositora: Anna Paula L. Penteado – Diretora do Centro de Controle, Avaliação e Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba/PR

Curitiba tem uma população de cerca de 1,5 milhão de habitantes e uma região metropolitana de 3,2 milhões. Somos a sede da microrregional, sede da região de saúde e pólo estadual, então, isso faz com que nosso perfil de atendimento seja voltado parte para a população própria, e uma parte significativa para a população significativa referenciada pela pactuação. Temos um histórico de evolução na nossa gestão municipal pelo qual o município entrou em gestão semiplena em 1996, depois na gestão plena em 1998, e em 2007 foi o primeiro município da Região Sul a aderir ao pacto pela saúde.

A rede municipal tem 107 unidades de saúde, entre elas, unidades de estratégia do PSF, unidades tradicionais, unidades especializadas, os Caps e unidades do hospital, que é um hospital distrital. Quanto aos serviços hospitalares, contamos com 24 serviços credenciados, oito são unidades mistas, que são nossos Centros Municipais de Urgências Médicas. Dos 24 serviços contratados, tirando os oito próprios, oito estão contratualizados. Então, o peso da contratualização na nossa assistência é um peso muito importante.

O Hospital das Clínicas do Paraná, o Hospital Evangélico de Curitiba, o Hospital Cajuru, o Hospital da Santa Casa, o Hospital Erasto Gaertner, o Hospital Pequeno Príncipe, o Hospital do Trabalhador e o Hospital Maria das Graças Mater Dei concentram 80% da assistência de média e alta complexidade realizada no município e por consequência concentram 73% dos recursos financeiros da média e alta complexidade.

Então, como aconteceu esse processo de contratualização de Hospitais de Ensino e Filantrópicos no município? É porque houve uma mudança nas relações de gestores e hospitais com o processo da contratação. Nós tínhamos, ainda, no processo da gestão assumido as relações dos hospitais com a secretaria estadual que eram advindas dos antigos contratos com o Inamps. Mas, não tínhamos avançado em termos de mudanças de contrato de gestão. Com este peso dentro da assistência, nós mudamos a forma de relacionamento com os nossos serviços, com os nossos hospitais.

A primeira situação foram os requisitos, que eram a certificação como Hospital de Ensino e o estabelecimento do Plano Operativo Anual com a definição das metas assistenciais de ensino e pesquisa, humanização e gestão. E por que as metas precisaram estar explícitas desde o início? Porque o peso da assistência está calcado nesses hospitais, que são os pilares da assistência no município e, por consequência, na região metropolitana de Curitiba.

Nós gestores tivemos que aprender com esse processo da contratualização a fazer mudanças no nosso processo de trabalho. Então, fazer a implantação do contrato de gestão na média complexidade e manter o contrato por produção na alta complexidade e estratégico. Dessa forma, tivemos que criar ferramentas para o novo modelo de relação com os prestadores e ao mesmo tempo mantê-las para o acompanhamento da alta complexidade e do estratégico.

Manter o sistema nacional de informações que é constituído sobre a lógica do pagamento por procedimento. Isso tem sido um grande aprendizado para os gestores e para os hospitais também, porque mudamos a forma

de relacionamento dentro da contratualização da média complexidade e por outro lado mantemos a utilização dos nossos sistemas de base nacional que são construídos numa lógica de pagamento por procedimento.

A lógica dos processos de auditoria também precisou ser revista uma vez que o processo de auditoria tradicional, ou seja, de auditoria retrospectiva e emissão de glosas, ordens de ressarcimento, perde-se um pouco quando o pagamento da média complexidade passa a ser por cumprimento de metas. Ele deixa de ser uma avaliação procedimento por procedimento.

Trouxe alguns parâmetros para avaliação da comissão, que são parâmetros gerais, mas dentro da realidade do serviço de saúde. Para cada hospital foi necessário produzir indicadores e construir ferramentas para esse acompanhamento. As ferramentas de base nacional se mostram, algumas vezes, insuficientes para dar conta do processo de acompanhamento da forma proposta.

Os Hospitais de Ensino e Filantrópicos também tiveram que passar por um momento de mudanças na sua relação com o gestor. Então, primeiro uma mudança no processo de avaliação, com o estabelecimento da avaliação mensal. Sempre tivemos um serviço de controle e avaliação e auditoria bastante presente no município. Mas, mesmo assim a implantação da avaliação mensal trouxe uma necessidade de uma adequação da relação dos hospitais com o gestor. Além dos procedimentos, passamos a fazer uma avaliação da estrutura, do que foi disponibilizado de capacidade instalada, do que está em funcionamento, do equipamento que estragou, do contrato de manutenção vencido e não renovado, o que foi ou não comunicado ao gestor no período.

O Hospital das Clínicas tem uma situação de recursos humanos bastante importante que utiliza da folha do SUS quase 60% para cobrir gastos de recursos humanos. Esse dinheiro, naturalmente, falta para ser investido em assistência. E com isso, no Brasil inteiro, um hospital de médio porte fica fechado por falta de recursos humanos.

Comentarei sobre como está funcionado a produção dos serviços dentro dos Hospitais de Ensino e Filantrópicos. Como se dá o acolhimento desses usuários, como se garante a questão da visita, a questão do agendamento dos retornos, o tempo de espera para realização dos exames, o agendamento e a desmarcação de cirurgias eletivas, a questão de queixas, as denúncias na ouvidoria no setor próprio dos hospitais.

Com relação à questão de produção científica e a formação de recursos humanos é um grande desafio. Tem que contratualizar todo mundo, não dá só para contratar o diretor do Hospital Universitário e de Ensino. Tem que contratualizar com o corpo docente para que eles saibam quais são os compromissos que estão sendo assumidos, porque senão o resultado não acontece.

A produção científica e o processo de gestão de custos hospitalares têm sido outra grande dificuldade para nós no município. Os hospitais têm modelos diferentes de apropriação de custos e nós temos uma meta de que os hospitais nos apresentem a cada três meses o percentual de sustentabilidade. Existe hospital que não consegue responder qual é o seu percentual, a forma de apropriação de custos é bastante divergente entre eles, e ficamos sem saber como avaliar porque realmente não há, ainda, um aprofundamento suficiente em termos de coleta e avaliação da questão de custos hospitalares.

A avaliação de resultados é feita a partir das taxas de ocupação, média de permanência, taxa de cesárea. Fazemos um acompanhamento junto aos núcleos de epidemiologia hospitalar para ver se realmente está havendo um processo de busca ativa de todas as questões inerentes à situação de epidemiologia dentro do serviço.

Outra situação que trouxe mudanças foi a questão da avaliação pela comissão formada por representantes do gestor, do hospital, do corpo docente, discente e do Conselho Municipal de Saúde. Uma vez por mês saem passeando dentro do hospital com um roteiro e uma prancheta na mão, entrevistando pessoas que aguardavam consultas. Isso foi uma inovação e uma aproximação maior com o controle social.

A mudança do recebimento dos recursos financeiros com a implantação da parcela fixa trouxe uma perspectiva de mais fácil planejamento dos recursos financeiros, de organização de suas despesas e do seu fluxo de caixa. O processo de avaliação da parcela variável é doloroso. Temos uma parcela em 25%, e a expectativa é a de passar para 30% para o próximo ano. Acreditamos que enquanto a parcela variável tiver um percentual muito baixo, as metas terão um impacto financeiro muito pequeno no estímulo e no alcance dessas metas. Nos meses de dezembro, janeiro e fevereiro existem sazonalidades nos hospitais e as contas fixas são as mesmas. Então, nós estabelecemos mecanismo para este período, que é o mecanismo de reposição.

A comissão de acompanhamento é uma comissão técnica que faz uma análise das informações dentro do município, mas não tem autonomia para

tomar decisão no que diz respeito a financiamento, porque quem responde ao final é o ordenador de despesa, e este tem que estar plenamente resguardado de questões dentro do âmbito legal. Já fomos visitados pelo TCU porque nós temos uma boa comissão, e vieram nos visitar para saber como é que funcionava isso com relação à prestação de contas.

Tivemos um avanço muito importante com relação ao controle social com o processo de contratualização, ainda que o município tenha o Conselho Municipal de Saúde. Fazemos conferências locais, distritais e municipais de Saúde a cada dois anos. O nosso Conselho Municipal funciona com 11 comissões temáticas fixas de apoio ao Conselho e o processo de contratualização trouxe mais um momento de aproximação entre o segmento dos usuários junto aos prestadores.

É discutir realmente que o financiamento impacta lá no valor da consulta, no *router* do eletrocardiograma, do profissional que faz o plantão, do anestesista que tem que estar dentro do centro cirúrgico. Então, levamos esse tipo de aproximação ao nosso conselheiro municipal de saúde que participa e traz a sinalização das demandas dos usuários: é a rampa, é o bebedouro, é o toldo da chuva, é o laboratório que está mandando que todos venham à 7 horas da manhã, mas só começa a coletar o exame às 7h30, e a consulta especializada que é agendada pela central com um horário marcado, e que depois é feita uma sobreagenda com retorno, então isso tudo é sinalizado.

Uma questão bastante importante é que os conselheiros do segmento dos usuários estão se apropriando do plano operativo. Eles têm todas as documentações que fornecemos no início de cada renovação, com as potencialidades do convênio e as limitações. E também nós precisamos comunicar claramente aos usuários que o SUS tem um problema de financiamento, de capacidade instalada, e que temos que trabalhar dentro do limite da potencialidade dele. O controle social vem se aproximando muito dessas questões.

Na prática, nós temos uma estrutura organizacional no município instituída pelo Regimento Interno da Secretaria desde 1996, que criou o centro de controle, avaliação e auditoria. A comissão de acompanhamento dos hospitais está vinculada a esse centro pelas prerrogativas legais que ele tem no sentido de atestar as questões financeiras para pagamento. Então, temos essa comissão e existe uma designação formal para que se possa ratificar ou retificar os relatórios da comissão.

Essa comissão foi designada pela secretaria formalmente pela Portaria nº 115, de 2005, e tem a função de fazer auditoria analítica das metas contratualizadas. Cada hospital tem uma comissão formalmente determinada com três auditores que fazem o acompanhamento de cada hospital, mais dois representantes da direção do hospital com representante do corpo docente, um representante dos trabalhadores, um representante do segmento dos usuários do Conselho Municipal de Saúde. Representante do corpo docente ou do corpo discente que falta à reunião faz com que o hospital perca 75 pontos nas metas de ensino e pesquisa. Então, as reuniões são muito importantes.

Em 2005, quando iniciamos com maior volume de hospitais, nós criamos um roteiro semiestruturado para guiar essas visitas da comissão nos hospitais, para que também não ficasse uma visita perdida. Então foi criado um roteiro que nós chamamos de InovaSUS Curitiba.

Todos os registros nos nossos sistemas de ouvidorias são encaminhados diretamente à comissão que faz o contato com o hospital contratualizado, que por sua vez tem um prazo de resolução. O prazo máximo de resolução aceitável é de 60 dias. Nós trabalhamos com vários sistemas próprios de regulação. A produção informada principalmente do primeiro trimestre de 2008 é uma produção que terá que ser desconsiderada em futura série histórica, porque com a mudança da tabela unificada houve muita dificuldade para fazer o registro e processamento da fatura.

Trabalhamos com o relatório da central de marcação de consultas especializadas e exames: Central Metropolitana de Leitos Hospitalares. Todas as internações ficam registradas nesta central e geram número de reserva. Tem nome, data e horário em que foi ocupado aquele leito. Fizemos sistema na *web*, que se chama Ficha Amarela Eletrônica para o registro da urgência/emergência. As fichas amarelas podem se encerrar com a liberação para o domicílio, internada no próprio hospital, internado em outro hospital ou internato em laboratório especializado.

A comissão é responsável por fazer uma análise físico-financeira dos últimos 12 meses e fazer a emissão da apresentação dos relatórios com proposição de readequações de metas pactuadas. Então, aumentar, diminuir, modificar a comissão que tem esta responsabilidade. Fazer a visita periódica com o roteiro de acompanhamento. Esse roteiro avalia todas as áreas do hospital. Assim, faz a auditoria da parte ambulatorial e hospitalar e também da porta de entrada eletiva.

Como está o acesso das consultas especializadas para o gestor? O agendamento das consultas de retorno e o tempo de espera? Quanto tempo está demorando para marcar uma consulta de retorno? Quanto tempo está demorando para marcar um exame depois da consulta? Cada unidade pré-hospitalar do município tem um padrinho que é um Hospital Universitário. Este hospital é de retaguarda e de referência. Todos os partos são vinculados, ou seja, a gestante no dia em que ela tem um exame positivo já sabe em qual maternidade ela terá o seu bebê. Toda consulta antes da alta da maternidade, obrigatoriamente, já está agendada com a enfermeira na unidade básica. Então, esses hospitais contratualizados participam dos programas.

Esses hospitais são grandes e precisam ter sinalização para que os usuários não se percam dentro dessas estruturas. A organização do fluxo de atendimento, inclusive com a classificação de risco. A avaliação da rotina hospitalar com a questão da entrevista dos familiares para a captação de órgãos. O fluxo de referência e de contrarreferência. Isso também é uma dificuldade.

A Secretaria Municipal tem um sistema que chamamos de Sistema de Integração que é para registrar a consulta de retorno e o exame que foi pactuado. Então, cobramos a utilização deste sistema de regulação para que possamos ter um acompanhamento melhor para quem está sendo atendido por ele. Ainda, cada hospital tem que apresentar no mínimo, quatro projetos por ano de treinamento para os profissionais que são avaliados pelo gestor. Nós temos o Centro de Educação em Saúde que avalia se aquela proposta está dentro das prioridades dos gestores.

Nós apresentamos o resultado da comissão, no mínimo duas vezes por ano, na Comissão de Assistência do Conselho Municipal e na Plenária do Conselho Municipal. Essa Plenária ainda delibera sobre a aprovação de todas as renovações financeiras do Plano Operativo Anual.

A melhor situação observada é a questão da integralidade. Com a contratualização garantimos a porta de entrada inicial da consulta eletiva, do atendimento de urgência/emergência e temos um pacto de garantia da integralidade até o limite daquilo que existe dentro do hospital. Com isso a integralidade está garantida.

Houve uma melhora nos procedimentos dos registros porque cobramos reapresentações quando existe alguma perda de informação. É um desafio ter a implantação de um sistema de informação adequado. Fiquei com bastante vontade de conhecer o sistema de acompanhamento de São Paulo, é preciso ter um sistema de acompanhamento de base nacional para que se

possa, não só comparar no mau sentido, mas conhecer o que os outros estão fazendo.

Tem que existir o aprimoramento técnico da comissão. Inclusão de novos indicadores, em especial os de resultados, pois acabamos detendo muito no processo. Acho um desafio enorme, não só para a contratualização, mas para o SUS, o de aproximar a questão do custo do procedimento com o que remuneramos. Então, a proposta que trazemos é a revisão dos valores do incentivo. Isso era muito bom na época, mas não faz sentido hoje, em 2008. É pertinente essa revisão. A implementação de outros indicadores assistenciais de gestão, de ensino, pesquisa e humanização e o sistema de informação de base nacional são questões relevantes associadas à capacitação técnica para a comissão de acompanhamento. Enfim, trouxemos aqui uma frase da Helena Colodi que é uma poetisa paranaense: "para quem viaja ao encontro do sol é sempre madrugada". Então, a comissão está procurando construir essa madrugada. Muito obrigada!

Expositor: José Luis Spigolon – Representante da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB)

Só entendo a contratualização, ou qualquer outra política ou ação do Ministério da Saúde – aí entendido o SUS também – se efetivamente ela vier em benefício do cidadão. Todos nós, que lutamos há anos pela Reforma Sanitária e pelo SUS, que brigamos por isso, não podemos admitir de forma alguma a má gestão. Não defendemos a incompetência. Temos uma Confederação para propagar melhorias, para buscar realmente auxiliar os hospitais a se integrarem ao Sistema Público de Saúde.

Não podemos deixar de olhar para o direcionamento do sistema. O sistema é muito bem conceituado e muito bem concebido. Aliás, recebe elogios do mundo todo, mas é preciso que entendamos que é um processo que está em atualização, em permanente evolução e temos que nos integrar a isto também.

Quero colocar algumas questões para vocês. Primeira: a contratualização foi o principal passo dado pelos gestores do SUS na direção de uma efetiva reforma da assistência hospitalar brasileira. Ouvimos aqui colegas batendo na questão da centralização dos hospitais. Isso é um problema da cultura do Brasil que temos que romper. Mas o primeiro grande passo que eu vi nesses

meus 36 anos na área hospitalar foi exatamente a contratualização. Eu abracei a contratualização e saí Brasil afora propagando as coisas boas e com que tínhamos a oportunidade de nos envolver.

Quero destacar, fechando aqui o foco da nossa mesa e da minha fala, a importância da Comissão de Acompanhamento da Execução do Convênio. Senhores, é a alma disso. Infelizmente os membros da comissão podem ir além ou ficar aquém das suas competências, mas entendo que como existem representantes do controle social, da Secretaria de Saúde e dos hospitais, terão, acima de tudo, de verificar se as metas negociadas estão corretas e no foco da demanda da população. Quer dizer, têm que atender às necessidades da população.

Não adianta imaginarmos um grande sistema, o papel aceita tudo. Fazemos a concepção e não avançamos na execução, no ordenamento correto das questões. Penso que cabe à comissão – depois de todos esses anos que estamos batalhando por melhor relacionamento público/privado – um papel fundamental, uma verdadeira "missão" para com o Sistema Público de Saúde na avaliação correta desse novo modelo para prestação de serviços. E aí eu faço uma pergunta: Quem das senhoras ou dos senhores integra a Comissão de Avaliação? Pela manifestação, percebo que temos um terço ou um pouco mais. Isto é muito bom, realmente.

Neste evento, também já se falou um pouco do histórico de como aconteceu a contratualização, em 2004, com os Hospitais de Ensino do MEC. Ainda em 2004, a Portaria nº 1.702 envolveu a reestruturação dos Hospitais Filantrópicos de Ensino e, em julho de 2005, foi criado o Programa de Reestruturação dos Hospitais Filantrópicos no SUS. Quero fazer uma homenagem ao secretário de Atenção à Saúde de então, Jorge Sola. Em maio de 2005, fomos ao ministro Humberto Costa e levamos uma reivindicação: o segmento filantrópico pretendia receber, do Ministério da Saúde, o pagamento de um estoque de 1 milhão e 200 mil internações, realizadas num prazo de 14 meses, para as quais os gestores locais do SUS não tinham fornecido as AIHs, mesmo tendo autorizado formalmente os laudos médicos dos procedimentos. Alegavam falta de teto financeiro para tal. Vocês podem imaginar o quanto isso representava em valor? O ministro reconheceu a legitimidade da reivindicação, mas diante da ausência de recursos orçamentários, solicitou ao Jorge Sola que estudasse o assunto e encontrasse uma solução para o problema. Já na semana seguinte veio, como contrapartida, a proposta de liberar R$ 200 milhões como incentivo para adesão à contratualização, além da pretensão de se acabar com

as frequentes situações de laudos excedentes. A contratualização teria, então, a missão de corrigir essa distorção.

Nós também assumimos o compromisso de reverter a persistência de laudos excedentes, considerando ser este um dos eixos norteadores da contratualização. Quer dizer, os hospitais iriam fazer a contratualização pela média histórica dos últimos 12 meses, incluindo-se aí o acréscimo de eventuais demandas da população, mas teriam de acabar com muitas das internações consideradas desnecessárias, sem prejuízo para o financeiro dos hospitais, considerando que não havia orçamento para melhorar a questão do financiamento. Isto foi muito do início e da origem do processo da contratualização.

Incorporamo-nos a essa proposta e isto começou a nos trazer preocupação imensa: houve uma sequência de prorrogações dos prazos estabelecidos para a finalização da contratualização, o que chegou a cinco vezes. Tivemos cinco portarias alterando isso, por um período superior a um ano e meio. Mas, de toda forma, acabou acontecendo e tivemos em 2007 o maior volume dos hospitais contratualizados. Entretanto, as demandas para o Ministério da Saúde e para a Confederação eram muito grandes. Convivemos com a descaracterização do programa em vários estados e municípios. Isso levou o ministro a convocar uma reunião com o Conass, Conasems e a CMB.

A consequência foi a elaboração de uma Nota Técnica Conjunta, no dia 26 de julho de 2007, tentando desmistificar aquilo que foi inicialmente estabelecido para o processo de contratualização. O item "e" dessa Nota Técnica conjunta tratava, exatamente, sobre pontos fundamentais da competência da Comissão de Acompanhamento da execução do convênio.

Caberá à Comissão verificar eventuais anormalidades que venham ocorrer durante o contrato/convênio, tanto relativas à execução das metas quanto às relativas ao encaminhamento de pacientes e que possam resultar em prejuízo financeiro às partes, ou dificuldades de atendimento (acesso) à população. Quer dizer, se é uma parceria, se é uma pactuação, que haja justiça nisso. Não se pode evidentemente estar prejudicando qualquer uma das partes: nem o gestor que tem compromisso com isso, nem a população e nem o prestador, porque este tem compromissos assumidos em função da contratualização. Tem folhas de salários para pagar, fornecedores e, evidentemente, não se pode permitir que se coloque alguma dificuldade para isto.

Mesmo com esses esclarecimentos, o que ocorreu? Continuaram a existir problemas muito complicados. Então, estou fazendo agora, como disse a vocês no início, o papel de apontar dificuldades do setor prestador de

serviços. Reuni aquilo que nos chegou. Não vamos dar nomes aqui, mas evidentemente temos todas as distorções apontadas por município e por estado, porque isso nos chegou na Confederação.

O que temos hoje e que podemos dizer é que os membros que compõem a Comissão de Acompanhamento, na grande maioria, não conhecem e não sabem do seu papel na Comissão.

Esse evento vem realmente em hora importante. É muito bom ouvir as experiências do Paraná, mas não é a realidade brasileira. Dificilmente você encontra uma Comissão cujos membros saibam exatamente o papel que lhes cabe nesse processo. Então, se ela é a alma, se é a principal peça para que tudo funcione de forma adequada, fica tudo muito complicado no âmbito da contratualização.

Outra constatação que temos: não há uniformidade na aplicação do regramento da contratualização. Em cada lugar se entende o IAC, a contratualização, a questão das metas físicas ou qualitativas de forma diferente. É preciso que uniformizemos o Programa nacionalmente, mantendo as características iniciais, mesmo se preciso for respeitar a peculiaridade de cada região, de cada estado brasileiro. Os eixos principais devem ser observados e respeitados por todos os gestores.

Na prática encontramos muita inovação. Em cada município o programa tem uma face diferente. Temos casos de município que tem exigido prestação de serviços como contrapartida ao IAC, sem o que os valores tenham sido liberados. Neste final de ano, um número muito grande de gestores municipais vêm dizendo para os hospitais que a partir de janeiro não tem mais IAC, ele se encerra no dia 31 de dezembro. Não tem mais IntegraSUS.

Olha, o Ministério da Saúde tem todas as portarias regulando os valores por hospitais e os está repassando para o teto financeiro de estados e municípios. Não tenho receio em dizer que, toda vez que o gestor deixa de repassar os valores do IAC e ou do Integrasus para um determinado prestador, está cometendo crime de apropriação indébita, tipificado no Código Civil Brasileiro. É crime. É caso de polícia. Mas, infelizmente, tem ocorrido e muito.

Há também os casos de não observância da preferência constitucional que deve ser dada às entidades filantrópicas. Não queremos nenhuma benesse. Se há problemas de financiamento e todas as Mesas trataram disso aqui precisamos de escala para baixar o custo dos Hospitais Filantrópicos.

Havendo volume maior de serviços prestados, isto é, se os hospitais tiverem escala, mais factível será baixar seus custos. A Constituição Federal e a Lei Orgânica da Saúde são muito claras: o gestor tem de esgotar a capacidade de todos os serviços públicos, sejam eles da União, do estado e do município, e em seguida esgotar a capacidade ofertada pelos Hospitais Filantrópicos. Só após isto deve comprar serviços da iniciativa privada com fins de lucro. Mas isto não é a regra. Em nossa opinião a contratualização deve respeitar isso.

Quero lhes falar sobre outra coisa que considero muito importante: a produção dos Hospitais Filantrópicos no SUS. Eles responderam por 4.552.929 internações das 11.200.000 que foram realizadas pelo sistema em 2007, segundo o banco de dados do DATASUS. Isto significa que 41% de todo o movimento foi feito pelos Hospitais Filantrópicos. Adicionem a isto outras 450.000 internações realizadas, no mesmo ano, sem cobertura de teto financeiro e que estão "voando por aí" como laudos excedentes, aguardando a liberação de AIHs para faturamento e pagamento. Portanto, cerca de 10% das internações realizadas pelos Hospitais Filantrópicos.

É muito difícil você manter uma boa estrutura diante de uma situação em que os serviços que presta são subfinanciados, por meio de uma tabela que remunera reconhecidamente aquém dos custos. A contratualização veio para tentar eliminar isso. Veio para priorizar o Hospital Filantrópico que tem disposição em parceiro efetivo do SUS. Mas, conhecemos inúmeros municípios onde se está cortando metas físicas do Hospital Filantrópico e repassando-as para o lucrativo. No geral os hospitais lucrativos representavam 30% do movimento de internação do País há cerca de dez anos atrás. Hoje essa participação não passa de 14%. Estão "caindo fora" do SUS. Estão saindo do SUS porque este paga mal.

Quando vamos para a área de diagnósticos, dos R$ 10 bilhões que o Ministério da Saúde gastou em 2007, aproximadamente R$ 6 bilhões ficaram com os prestadores públicos, ou seja, 54%. O setor privado lucrativo com 21,91% e o filantrópico com 24%. Aqui o lucrativo tem mais interesse, porque complementa a sua produção e lhe dá escala. Vamos eleger os parceiros adequados. Vamos ver quem, de fato, é parceiro, quem está trabalhando no sentido de ajudar a implantar o Sistema Público de Saúde do País. Chamo atenção para isso porque realmente é da maior importância manter um equilíbrio econômico-financeiro para diminuir as dificuldades.

Finalizo dizendo que, o que mais está preocupando neste momento é a demora na revisão dos planos operativos. Já tem contrato que está com

dois anos e não se reviu o Plano Operativo Anual. Constata-se uma distorção abissal entre o que prevê vários planos de metas e o volume de atendimentos efetivamente realizados. O programa precisa dessa dinâmica e a Comissão de Acompanhamento tem esse papel de fiscalizar e acompanhar o que vem ocorrendo. Tem o papel de fiscalizar se o contrato está sendo bem executado, se está respeitando a legislação pertinente, a Constituição Federal e se realmente guarda sintonia dos planos operativos com aquilo que a população está precisando.

Fiquei muito feliz ao ver que em Curitiba há punição para quem não vai à reunião da Comissão de Acompanhamento. Vocês sabem que eu estou falando a verdade ao afirmar que existem comissões que há mais de seis meses não se reúne, pois ninguém consegue acertar as agendas. Não há a regularidade que deveria existir e o gestor, por cautela e para não ser punido, prefere punir o hospital. Mantém o corte de parcelas do valor pré-fixado por período de até seis meses, aguardando a comissão se reunir. Isso não é justo. Isso não é parceria.

Quero mostrar o último *slide*: esse livro fez e ainda faz sucesso, é o Repensando a Saúde, do Michael Porter. Segundo ele, "toda tentativa de acomodar interesses conflitantes está fadada ao fracasso. A única real solução é unir num propósito comum todos os participantes do sistema". O SUS somos todos nós. A segunda citação que esse livro faz em várias ocasiões, é que "todos os atores do sistema compartilham da responsabilidade".

Portanto, ninguém pode fugir da sua responsabilidade. O gestor, a Comissão de Acompanhamento, o prestador de serviços, etc. Mudanças significativas como esta que estamos fazendo na direção da reforma da atenção hospitalar serão necessárias, não apenas por parte dos prestadores, mas por parte de todos os participantes do sistema. Muito obrigado!

Debatedor: Pedro Barbosa – Representante da ENSP/Fiocruz/MS

Gostaria de fazer algumas colocações e algumas proposições. O que parece estar mais claro aqui é a parte da dimensão da proposta na sua operacionalização. Quer dizer, aquilo que foi proposto que seja feito a partir do conjunto das portarias, ou seja, como estamos fazendo. Mas, antes de entrar nessa discussão, gostaria de colocar um pouco sobre outra análise, ou dimensão de análise que eu diria ser mais estratégica que está por trás do processo de contratualização.

Eu diria que o SUS, dada a sua complexidade, opera numa complexa reforma de base administrativa e de modo muito incremental. O que está por trás do processo de contratualização é um diagnóstico da incapacidade do modelo clássico de administração pública, de administração do estado de simultaneamente fazer políticas, financiar, regular, prover serviços e como se isso fosse um processo simples.

Parece que a contratualização expressa um processo de separação de funções entre um determinado campo do estado, enquanto espaço de formulação de política, planejamento, regulação e financiamento daquele papel de prestação de serviço. Há uma separação e o instrumento para consagrar essa separação sem que isto elimine uma característica sistêmica, ao contrário, que fomente característica sistêmica, de base do SUS, é o contrato de gestão.

Isso já foi colocado como um movimento que estamos operando em nível mundial, com mais avanço e menos avanço. Se na França essa operação é fortemente centrada na contratualização de hospital, temos também outros países com experiência de contratualização no âmbito mais regional, como a Espanha, que realiza contratos com regiões. Então, ter isto como referência da reforma da administração, do modelo da forma com que o Eestado se organiza para cumprir papel de Eestado, qual seja saúde como direito do cidadão e dever do Eestado.

Essa operação no Brasil, por termos uma enorme complexidade, não se faz de modo mais radical. Ao contrário, faz-se de modo incremental e o processo incremental eleito até agora com certo sucesso é esse processo da contratualização sem que necessariamente tenhamos feito. É bom que se registre isso, uma reforma administrativa mais explícita, mais clara, inclusive com proposta de reforma administrativa congelada no Congresso e que tem na sua natureza ou por trás, a lógica de contratualização. Então, é uma operação incremental, complexa e com grau importante de sucesso.

A partir dessa dimensão tática e estratégica, quero trazer à discussão o debate entre contratos com base em planos operativos e de caráter operacional anual *versus* uma perspectiva de cumprimento de políticas de médio e longo prazo. Se olharmos para alguns relatos, especialmente o relato de Curitiba, percebemos o quanto várias das operações de caráter programático dentro de um ano estão referidos.

Esta situação tem como pano de fundo um planejamento de base regional que tem por referência ações de médio e longo prazo, de tal modo a alcançar a satisfação de seus interesses: ou de base epidemiológica, ou de

modelo de gestão, ou de oferta e demanda de modo que essa contratualização esteja de fato produzindo uma inflexão no sistema.

Isso significa dizer que o Estado cumpre um papel mais visionário, um pouco mais formulador, um pouco mais de quem tem que ter a clareza de onde se quer chegar daqui a cinco anos, seja em função de pressões de natureza demográfica, epidemiológica, tecnológica, de gestão e organização de sistema. É preciso que se acumule uma capacidade de fazer com que essa dimensão estratégica se expresse em programação, se expresse em metas contratualizadas.

São vários serviços, observados individualmente, que devem formar um adequado mosaico para o sistema. O contrato, que tem uma base individual, pode gerar o risco da atomização frente à pretensão de se construir um modelo sistêmico, mais integral e que dê conta de algumas dimensões, como, por exemplo, a dimensão da equidade, a tecnológica, a institucional visando se adequar aos novos modelos de gestão.

Tem outras coisas que precisam ser enfrentadas e que estamos enfrentando novamente de modo incremental. Mas, é importante ter claro aonde queremos chegar. Não há dúvida de que com a lógica da contratualização o gestor necessita ser cada vez mais capaz de desenvolver uma nova *expertise*, novas competências profissionais que precisam ser acumuladas.

Essa não é simplesmente uma questão de contar pessoas que têm dedicação nas Comissões. O que está por trás disso é que o gestor de fato possui uma concepção estratégica. Ele precisa se configurar com o novo papel de Estado, como um novo gestor, onde essas funções de formulação de política, planejamento, regulação, financiamento e avaliação sejam a essência do seu papel, descentralizado, separando da função de provisão, sem deixar que essa função de provisão seja uma função que se atomize ou desregule o sistema.

Essa lógica, diria que merece ser bem salientada, pois estamos fazendo uma operação de base incremental visando alcançar, em algum momento, um novo papel para o gestor e para esses provedores. Não é a toa que nessas funções de gestor aparecem desafios novos para as comissões de avaliação, que necessariamente precisam cumprir funções relacionadas com um acompanhamento financeiro, com a produção, com o epidemiológico e com capacidades novas no âmbito do monitoramento da qualidade de gerar novos indicadores que expressem aquilo que se quer alcançar na frente.

Há um desafio bem próximo de que possamos realizar contratualizações de caráter mais plurianual no sentido de acelerar o processo de indução para o alcance de metas estratégicas como uma condição para ser atingida daqui a cinco anos. Isso requer uma qualificação, uma *expertise* bem mais diferenciada e que vai impor também novas condições aos próprios prestadores porque serão obrigados a terem planos diretores, não apenas planos de obra, que possibilitem de fato qual o futuro papel dessa organização nesse sistema.

E aqui faço um parêntese para falar de algumas coisas que estão debaixo do tapete, quando olhamos a estrutura no caso da questão hospitalar nesse País. Falamos de ociosidade, na ordem de 40% a 50% que estão presentes nas internações desnecessárias, dados de movimento forte tanto de incorporações tecnológicas do ponto de vista tecnológico mais duro, quanto da introdução de novos modelos de atenção.

Do ponto de vista estratégico então é preciso perguntar quantos hospitais e quantos leitos se querem ter daqui a cinco anos. Na apresentação de Curitiba falou-se de números de hospitais fechados. Se olharmos o PRO-HOSP de Minas Gerais está claro que esse sistema tem uma política, ainda que não explícita associada a quantos hospitais eu preciso de fato em Minas Gerais.

Devemos ser mais corajosos em algumas coisas. Não sei se precisaríamos ter esse conjunto de hospitais que temos no País, ainda mais esse conjunto onde quase 60% desses hospitais não têm escala e escopo ajustado ao presente, muito menos o que é o futuro. Então, realça-se essa dimensão estratégica para dar conta de que precisamos realizar a análise se estamos operando no plano instrumental adequadamente. Isso é perfeito? O contrato está adequado?

Agora, estamos realizando o alinhamento desses planos operativos anuais com metas estratégicas nesses grandes desafios que estão colocados para o sistema? Equidade, o modelo de gestão, a questão demográfica, a questão da carga da enfermidade que evolui e que tem gerada uma dada condição daqui a cinco ou dez anos, ou, pura e simplesmente, a questão tecnológica que é absurdamente avassaladora e que transforma e elimina práticas por conta da introdução de novas tecnologias.

O Ministério da Saúde tem um mérito extremamente importante ao formatar, propor, tocar e induzir essa política. Primeiro, porque acho que vale a pena o Ministério pensar em outros processos que não se restringissem a análise do papel exercido pelo Ministério para aquilo que está dentro de sua

política. É preciso que isso alcance também outros processos em âmbitos estaduais e municipais de contratualização do ponto de vista dessa inovação da gestão.

Que o Ministério possa também, junto com o Conass e Conasems, pensar em estratégias para fazer com que esse processo de contratualização alavanque outras iniciativas. Como vamos associar iniciativas e apoiar processos de contratualização, de inovação hospitalar, de renovação da atenção hospitalar de modo que continuemos a consagrar algo que de fato é o marco muito recente nesse País: de ter política de atenção hospitalar integrada ao sistema, mas assumindo que temos uma complexidade e desafios específicos.

Precisamos olhar para algumas experiências inclusive internacionais. No caso, citarei a França, onde organismos podem ser instituídos para permanentemente induzir, apoiar, fomentar e transferir tecnologias nesse processo de inovação da gestão hospitalar de tal modo que possamos aproveitar esse momento não apenas para fomentar que cada vez mais estejamos aptos a operar no plano instrumental esses novos instrumentos, mas conceber um pouco mais adiante algumas estratégias que podem dar sustentação em médio e longo prazo, inclusive radicalizando um pouco mais essa iniciativa que julgo absolutamente muito bem-vinda. É isso, obrigado.

Debatedor: Sigisfredo Brenelli – Representante da Secretaria da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde/MS

Quanto à missão da comissão de acompanhamento gostaria de lembrar duas coisas que ficaram bem apontadas nos debates. Primeiro, a questão dessa comissão de cuidar daqueles estados que se consideram importantes na contratualização do Hospital de Ensino e também no papel da educação permanente que esses hospitais têm no sistema.

Sabemos que desde 2001, quando foram firmadas as novas diretrizes curriculares da saúde, isso vem com uma discussão ampla, longa e que contempla também a questão da desospitalização do ensino. Mas, o desospitalizar não é mais o mesmo, porque não precisamos formar recursos humanos para a questão do hospital. Neste contexto, o hospital de ensino nasce com um novo papel que é o de formar o profissional que queremos para o sistema, inserido nos conceitos da rede do SUS. Enquanto não dermos conta de mudar a formação do profissional, e ensinarmos a importância dessa questão, ficaremos frágeis nesse ponto.

A própria Segets nasce em 2003 com essa missão de cuidar da formação de recursos humanos e tem voltado, sistematicamente, todas as suas ações nessa questão. E temos sentido isso, em alguns projetos que tentam integrar, por exemplo, ensino e serviço. No Pró-Saúde, por exemplo, as Comissões de acompanhamento têm sido importantes, não com um papel primitivo de polícia, mas na criação de conceitos e de mecanismos para darmos conta de realizar essa missão que é formar um profissional adequado para o SUS.

Então, a questão é como vamos incentivar, motivar e normatizar comissões de acompanhamento que estejam preocupadas com a questão do ensino presente nos itens da contratualização? Isto contempla desde a implantação de biblioteca, espaços físicos, integração com a rede, até outros papéis fundamentais que não se limitam à questão de atenção direta e especializada. Envolve, ainda, aspectos da atenção multiprofissional como a visita domiciliar e outros programas afins que estão relacionados com a questão da contratualização.

É bom lembrar que a educação permanente é outra política importante, mas que tradicionalmente, é esquecida. Foi falado sobre outros países e sabemos da responsabilidade que temos neste tema específico. Surgiu uma ideia que foi a de mostrar os instrumentos que Curitiba e São Paulo utilizam e que já começam a valorizar essas questões relevantes. Quem sabe poderíamos estar fazendo um projeto piloto usando esses instrumentos que eles têm, elaborando-os um pouco mais com a expertise da comissão interministerial, de forma a difundi-los como provável caminho a ser seguido. Só queria levantar esses dois dados para avançarmos nesta importante discussão. Muito obrigado.

Coordenador de Mesa: Adail de Almeida Rolo – Representante do Departamento de Redes Assistenciais/DARAS/SAS/MS

Tivemos a fala do Ministério colocando o norte, o sentido da contratualização. Depois tivemos duas experiências do papel do gestor nesse processo e, as falas finais são direcionadas na lógica de apontar estratégias, uma agenda, enfim, apontar novas diretrizes. Toda essa reflexão feita traz uma série de elementos para conversamos agora.

Mas, queria colocar o que poderíamos oportunizar este momento para fazer, no que se refere à reavaliação da questão da contratualização, ao fortalecimento da capacidade de negociação e contratualização dos gestores dos

municípios de médio porte e de pequeno porte que também fazem contratualização com as filantrópicas.

As realidades de Curitiba e Belo Horizonte são bem diferentes quando comparamos a municípios menores. Embora esses grandes municípios sejam responsáveis pelo atendimento da maioria da população dos estados, das capitais e das grandes cidades, existe uma quantidade relativamente grande de municípios de pequeno e médio porte que também fazem contratualização. E a dificuldade desse gestor é muito grande.

Então, é preciso pensar em políticas de apoio a estes gestores municipais para qualificar o acompanhamento e o trabalho da comissão de monitoramento. Esse é o primeiro ponto. A segunda coisa que foi colocada aqui é a questão da revisão dos valores da contratualização. Acho que toda aquela expectativa que se tinha de rever a forma de pagamento por procedimento e gradativamente ir se trabalhando com metas e planos operativos para superar o pagamento por procedimento ou faturamento com, vamos dizer assim, a não atualização desses valores, houve uma estagnação nessa questão.

É mais do que urgente aperfeiçoar o sistema de informação, a capacitação dos gestores para fazer essa negociação, mas tem que serever também os recursos para o incentivo da contratualização, porque isso também garante maior governabilidade para a discussão do gestor com o prestador. Se, por um lado, colocamos que a tabela por procedimentos acaba perpetuando essa forma de pagar, se não atualizarmos a tabela e ao mesmo tempo não atualizarmos os valores do incentivo da contratualização, acabamos por gerar um impasse.

A contratualização do ponto de vista de proposta é o que tem de mais avançado. Contrato de gestão, acompanhamento, mas também tem o incentivo que não ajuda nesse sentido por estar defasado. Portanto, esse é um dos pontos que a discussão precisa avançar.

Por último, sobre a questão do Hospital de Ensino, o que é importante é a sua participação no sistema. Nós vimos os hospitais dos grandes municípios, mas acho que central nessa discussão é o fortalecimento da regionalização a partir do funcionamento dos colegiados de gestão regional, conforme previsto no Pacto pela Saúde.

A participação dos gestores municipais desses colegiados, que demandam pacientes para os Hospitais de Ensino também precisa ser acompanhada. É essa a visão de contratualização dos Hospitais de Ensino, que não é só do

município sede do grande hospital, mas que atua em rede com outros municípios, uma vez que a grande dificuldade na maioria das situações é a de ter um Hospital de Ensino de fato inserido no SUS. Há uma diferença entre atender um paciente do SUS e estar inserido no SUS. Se nós estamos construindo redes de cuidado, é fundamental que haja uma inserção real desses hospitais nas políticas do SUS. Muito obrigado!

Considerações Finais

Realmente este encontro primou não apenas por ser agradável, mas também por mostrar as arestas. E justamente essas arestas trabalhadas adequadamente é que vão redundar num melhor atendimento para a população brasileira,, que é a maior interessada em tudo isso que estamos fazendo aqui nesses dois dias.

Pensar assistência hospitalar é uma agenda presente que temos que ter nesse balanço de 15 anos de implantação do SUS e 20 anos de legislação na constituição. A contratualização é uma estratégia estruturante na visão macro do sistema e também deverá avançar nas estratégias micro de produção de saúde com os especialistas, com os contratos internos da gestão das clínicas, em cada local.

A complexidade desta discussão não pode ser desconsiderada, sob pena de ter pouca potência diante dos esforços realizados. Estamos num momento muito rico da agenda tripartite, visando maior efetivação do SUS. Um dos temas principais é o da regionalização e das redes de atenção à saúde, inclusive com várias interfaces de relação entre a contratualização e as regiões de saúde, que apareceram constantemente neste debate. Temos uma agenda desafiante para a próxima década. A experiência da contratualização acumulada com os Hospitais de Ensino e com os Hospitais Filantrópicos apresenta muitos elementos para enfrentarmos o que está sendo proposto para o SUS, em tempo real.

Portanto, encerra-se este encontro com uma missão de responsabilidade e de um desafio muito grande para buscar novas estratégias que deem conta das questões apresentadas. Aperfeiçoar é nosso dever como gestores, prestadores e profissionais do SUS para dar continuidade a esse belo movimento que tem apontado para avanços consistentes no SUS. E isso, sem dúvida, exige reflexão, tomada de decisão e perseverança.

Anexo

PROGRAMAÇÃO

8 de dezembro de 2008

16h – Credenciamento

17h a 17h45 – Abertura Oficial

Cleusa Rodrigues da Silveira Bernardo – Secretária de Atenção à Saúde – Substituta/Ministério da Saúde

Maria Paula Dallari Bucci – Secretária de Educação Superior – Ministério da Educação

Jurandi Frutuoso – Representante do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – Conass

José Ênio Servilha Duarte – Representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – Conasems

Antônio Brito – Presidente da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas – CMB

Alair Benedito de Almeida – Presidente da Abrahue

17h45 – *Coffee Break*

18h30 a 19h30 – Palestra

Os desafios e as perspectivas do processo de contratualização no contexto brasileiro.

Ana Maria Malik – Professora da Fundação Getúlio Vargas/SP

9 de dezembro de 2008

9h a 11h30 – Mesa-Redonda I

O Processo de Contratualização dos Hospitais Filantrópicos e de Ensino: Dificuldades, Perspectivas e Propostas.

Perfil dos Hospitais de Ensino Contratualizados no SUS: Aspectos Produtivos e de Qualidade.

Karla Larica – Coordenadora-Geral de Atenção Hospitalar/DAE/SAS/ Ministério da saúde

A experiência do processo de contratualização no Estado de Mato Grosso

Victor Rodrigues – Secretário Adjunto da SES/MT

A experiência do processo de contratualização no Município de Fortaleza Luís Odorico Monteiro de Andrade – Secretário Municipal de Saúde de Fortaleza/CE

Coordenador:

Alair Benedito de Almeida – Presidente da Abrahue

Debatedores:

Samuel Goihman – Representante da Sesu/Ministério da Educação

Sheila Lemos – Representante da Fiocruz/MS

Alzira de Oliveira Jorge – Representante do Conasems

11h30 a 12h – Mesa-Redonda I – Debate Geral

12h – Almoço

14h a 16h45 – Mesa-Redonda II

A Missão da Comissão de Acompanhamento no Processo de Contratualização: Dificuldades, Perspectivas e Propostas.

Karla Larica – Coordenadora-Geral de Atenção Hospitalar/DAE/SAS/MS

Benedito Accácio Borges Neto – Representante da SES/SP

Eliane Regina da Veiga Chomatas – Representante da SMS/Curitiba/PR

José Luiz Spigolon – Superintendente da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas – CMB

Coordenador:

Adail de Almeida Rollo – Diretoria de Articulação de Redes de Atenção/SAS/MS

Debatedores:

Jorge Solla – Representante do Conass

Pedro Barbosa – Representante da Fiocruz/MS

Sigisfredo Brenelli – Representante da Secretaria de Gestão, Trabalho e Educação em Saúde/SGTES/MS

16h45 – *Coffee Break*

17h a 17h30 – Mesa-Redonda II – Debate geral

17h30 – Encerramento

Alberto Beltrame – Diretor do Departamento de Atenção especializada/SAS/MS

ISBN 978-85-334-1693-2

Disque Saúde
0800 61 1997

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs

SUS Sistema Único de Saúde

Ministério da Saúde Governo Federal