

## **HOSPITAIS DE ENSINO NO BRASIL PERSPECTIVAS PARA 2004**

O Brasil tem 148 hospitais de ensino (HE) ligados ao Sistema Único de Saúde, com responsabilidades e características peculiares. Durante o ano de 2003 desenvolveu-se um amplo debate sobre a natureza da crise, ou das crises, que afeta(m) esses hospitais, apresentadas em geral por seu aspecto mais aparente, as dificuldades de financiamento. O Governo Federal criou a Comissão Interinstitucional para a Reestruturação dos Hospitais de Ensino (CIRHE), que se reuniu mensalmente entre abril e novembro, e promoveu um seminário nacional em julho. O Congresso Nacional, através de suas Comissões de Seguridade Social e de Educação, promoveu várias audiências públicas referentes diretamente ao tema, que também surgiu quando da mobilização coordenada pela Frente Parlamentar da Saúde pelo cumprimento da emenda constitucional 29 na elaboração e execução do Orçamento Nacional de 2004.

Tal movimento gerou um certo conjunto de ações, entre as quais se destacam o aumento dos recursos suplementares e a contratação de 6.000 funcionários técnicos para os 45 hospitais universitários (HU) ligados ao MEC, com mais 1.700 vagas já reservadas. Houve alguns reajustes na tabela do SUS, e em dezembro foram liberados mais de R\$ 60 milhões para investimentos (obras e equipamentos) em projetos cadastrados no Ministério da Saúde. A CIRHE procurou alternativas para solucionar diversas questões, tais como o equacionamento das dívidas dos HE, novos critérios para classificação de hospitais como de ensino, padrões para o desenvolvimento de contratos de metas/gestão entre os gestores do SUS e os HE, e novos modelos administrativos para os HE públicos.

Os diretores de hospitais universitários e de ensino, representados pela ABRAHUE, avaliam que em 2003 houve portanto avanços significativos, especialmente pela clara atitude de diálogo e envolvimento do Governo Federal com o tema. Naturalmente, e reconhecendo que várias ações importantes foram executadas, as limitações orçamentárias e a necessidade de tempo para um novo governo adaptar-se e coordenar suas políticas impediram que medidas de maior porte fossem adotadas.

Mas para 2004 já não será possível, nem razoável, que mudanças em profundidade deixem de ser tomadas. O ciclo de crises financeiras, a desorganização administrativa e o sucateamento a elas ligados, as dificuldades com o modelo de gestão envolvendo terceirização de pessoal da atividade-fim e sua contestação legal, e conflitos de toda ordem na gestão do SUS (cortes financeiros ligados a tetos; glosas; desvalorização do FIDEPS; descontinuidade na prestação de serviços associada a greves ou funcionamento irregular de equipamentos; insuficiente integração dos HE na rede SUS) têm raízes fundas, que ainda não foram de fato tocadas.

Assim, com base em seus documentos anteriormente divulgados, nos consensos estabelecidos na CIRHE e em deliberação de sua reunião de diretoria em janeiro de 2004, a ABRAHUE vem apresentar as seguintes propostas:

1.O modelo atual de relacionamento entre os gestores do SUS e os hospitais de ensino, baseado em: remuneração por procedimentos; tabela SUS defasada dos custos reais;

FIDEPS calculado em base histórica; ausência de indicadores de eficiência e eficácia, inclusive de custos; dissociação das metas assistenciais das de ensino e pesquisa; dissociação de custeio, investimentos e necessidades de pessoal deve ser substituído por um outro modelo, baseado em contrato de gestão, com financiamento global anual, baseado em estrutura de custos; previsão de metas assistenciais, de ensino e pesquisa; integração assistencial completa ao SUS, que deve ter seus gestores local e regional responsáveis por toda a capacidade instalada do HE disponível pelo contrato; acompanhamento regular de desempenho, com previsão de ajustes conforme a necessidade; plano de investimentos e de estruturação de pessoal compatíveis com as metas pactuadas, e obrigatoriamente examinado pela Comissão Intergestores Bipartite.

A implantação do novo modelo deve ser iniciada no primeiro semestre de 2004. Sem prejuízo de algumas experiências que procurem em curto prazo a dimensão global da mudança, ela deve ser iniciada para todos os HE, preferencialmente através de um chamado para apresentação de indicadores econômicos, assistenciais e acadêmicos, cuja validação permitirá a pactuação de algum grau de rearranjo financeiro.

Face à situação generalizada de déficit e dívidas, especialmente de hospitais federais e filantrópicos, será indispensável a provisão de novos recursos para o SUS, a ser feita pelo MS, sempre de acordo com a negociação local. A meta imediata deve ser o equilíbrio financeiro anual, sem aumento de dívidas, a ser alcançado com o esforço de cada segmento envolvido (os três entes federativos, a instituição responsável pela gestão do HE).

2. Outro aspecto decisivo para o desenvolvimento institucional dos HE estatais é a reforma administrativa do setor público, dirigida ao aumento da autonomia de instituições tais como as universidades e os hospitais de ensino. Em primeiro lugar, devem ter a possibilidade de trabalhar com liberdade para fixar seu orçamento e a maneira como o aplicam, nos termos dos contratos de gestão estabelecidos com os órgãos públicos a que estão ligados (MEC, MS, estados, municípios etc). Isto deve incluir as despesas de pessoal, a fixação do quadro, a previsão de remuneração complementar para situações previstas (trabalho extra, trabalho por períodos prolongados), possibilidade de quadro emergencial (contratos provisórios) e gratificações por produtividade. Evidentemente, a tal grau de autonomia deve corresponder rigorosa obediência aos princípios da lei de responsabilidade fiscal, aprovação dos orçamentos e planos de trabalho em instâncias colegiadas, controle social da aplicação dos recursos e seus resultados.

Estas duas diretrizes principais procuram atender ao princípio de que organizações complexas, voltadas à produção do conhecimento e à atenção à saúde encontram seus melhores resultados em clima de liberdade e autonomia, sem prejuízo de seus compromissos com a sociedade. O atual modelo leva à fragmentação do planejamento, cujo custo é a ocorrência de vultuosos investimentos que não confirmam suas possibilidades por falta de correspondente previsão para pessoal e custeio; à adoção de mecanismos legalmente contestados de adaptação às dificuldades de pessoal, tais como contratação através de fundações de apoio, complementações salariais, busca de fontes alternativas de receitas e suas conseqüentes querelas jurídicas; insuficiência de financiamento pela lógica da produção, implicando em irretratáveis déficits e suas conseqüências em desabastecimento, queda na quantidade e qualidade de serviços prestados, dívidas e seus reflexos em aumento de custos diretos e indiretos, irregularidade de ação institucional e insegurança do público; sérias deformações no atendimento às necessidades do ensino e da população, pois o fluxo de recursos passa a seguir a lógica “do que rende mais”, “do que implica em menos despesas”.

A tais diretrizes de mudança no modelo de financiamento e de contrato, devem corresponder ações incisivas para fazer avançar o papel social dos hospitais de ensino, concentradas em quatro vertentes principais:

- completa adesão dos HE ao processo de educação permanente dos profissionais do SUS, conforme diretrizes pactuadas nos pólos;
- início, sob as diretrizes do MS, do processo de avaliação científica de tecnologias assistenciais, em rede nacional, em particular visando a novos procedimentos propostos para a tabela SUS;
- disponibilizar a capacidade instalada dos HE à regulação local e regional do SUS, em termos pactuados e explícitos em metas contratuais;
- constituição de redes, locais e nacional, para troca permanente de informações gerenciais e de desempenho acadêmico e assistencial entre os HE, de modo a tornar transparentes e úteis a todos os melhores padrões de gestão.

Também julgamos essencial que em 2004 seja encontrada uma solução para a amortização da dívida, que no caso dos HU federais está declarada em torno de R\$ 320 milhões. É perfeitamente razoável que seja feita uma avaliação para definir o padrão dos débitos em cada hospital, e que seja criada uma regra para sua inclusão no redimensionamento global.

Estamos em um período em que há largo consenso quanto às medidas a serem adotadas para o melhor aproveitamento deste imenso patrimônio nacional, que são os hospitais de ensino. Há vários passos a cumprir, mas eles não constituem uma marcha: muito mais uma dança, em que deve haver harmonia e integração entre vários partícipes. Dinheiro novo é indiscutivelmente necessário, mas não fará real diferença se não houver melhorias na gestão dos HE, do próprio SUS, da administração pública, das informações gerenciais. Esperamos que este posicionamento da ABRAHUE possa contribuir para o desenvolvimento de nosso sistema de saúde, que vai se tornando padrão mundial de inclusão e integralidade.

**Documento aprovado, após consulta aos associados e revisão, pela diretoria da ABRAHUE em 10 de fevereiro de 2004.**

Amâncio Paulino de Carvalho  
Presidente