

INTERVENÇÕES REALIZADAS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PARA CONSOLIDAÇÃO DE SUA AUTONOMIA ADMINISTRATIVO-FINANCEIRA E MUDANÇA DO PERFIL ASSISTENCIAL

Claudio Bezerra Dantas

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

cb_dantas@ig.com.br

RESUMO

O presente trabalho apresenta as intervenções realizadas em um hospital universitário objetivando, principalmente, a conquista da autonomia administrativa e financeira deste hospital, como também a realização de mudança do seu perfil assistencial e, conseqüentemente, do modelo do tipo da assistência prestada.

Exigências dos Ministérios da Educação e da Saúde tornaram absolutamente preciso a necessidade das intervenções para adequação do hospital aos parâmetros do processo de certificação que lhe dará o título de Hospital de Ensino e, em decorrência disso, o seu ingresso no novo modelo de financiamento desses hospitais: a Contratualização.

As intervenções tiveram duas abordagens principais: a) aspectos econômico-financeiros: análise das origens e aplicações dos recursos, e b) mudança do modelo assistencial: atenção multi e interdisciplinar, regionalização, hierarquização e inserção do hospital em rede, a garantia de acesso à população e a humanização da assistência.

Os resultados alcançados mostram que o hospital conseguiu um equilíbrio financeiro necessário a sua autonomia administrativa (esta ainda não alcançada). Também houve mudanças significativas no modelo assistencial, as quais tornaram o hospital referência especializada na assistência à saúde da criança e do adolescente, nos níveis ambulatorial e hospitalar, para todo o Estado.

Palavras-chave: Intervenção. Autonomia financeira. Contratualização. Modelo assistencial;

Área Temática: Desempenho do Setor Público.

1. INTRODUÇÃO

O Hospital em estudo integra um complexo hospitalar de uma universidade federal. Com uma área total construída de 2.945m², mantém 45 leitos ativos, realizando serviços hospitalares e ambulatoriais de média e alta complexidades em todas as especialidades.

Comprometido com a justiça social e a cidadania, tem como missão servir como campo para o desenvolvimento do ensino (formação acadêmica e capacitação multiprofissional), da pesquisa (produção de conhecimento científico e tecnológico em saúde da criança) e extensão universitária, num contexto assistencial diferenciado e de qualidade, assegurando a referência especializada. Constitui-se como espaço de natureza pública de grande relevância para o Estado, voltado ao atendimento à saúde da população infanto-juvenil, usuária do Sistema Único de Saúde - SUS.

No plano acadêmico, o Hospital contribui para a formação de alunos do ensino de graduação de todos os cursos da área da saúde servindo, inclusive, como campo de estágio e de práticas supervisionadas.

Na pós-graduação oferece Programa de Residência Médica em Pediatria, com duração de dois anos para a formação de Pediatra geral, podendo chegar a três anos com a formação no terceiro ano do Pediatra especializado em Neurologia, Gastroenterologia, Endocrinologia e Neonatologia.

No campo da pesquisa científica, o Hospital abarca a base de pesquisa “Atenção integral à saúde da criança e do adolescente” coordenada por docente do Departamento Acadêmico na área de atuação do Hospital.

Na Extensão Universitária, são desenvolvidos pelo Hospital e pelo Departamento, projetos de cunho assistencial, de interesse da academia para o desenvolvimento do ensino e de disseminação de conhecimentos técnicos à comunidade.

No entanto, apesar de desenvolver todas essas ações, o Hospital não é reconhecido pelo Ministério da Saúde como Estabelecimento de Saúde, por não estar inscrito no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, fato este não realizado por questões econômico-administrativas.

Este cadastro é base para operacionalizar os Sistemas de Informações em Saúde, sendo estes imprescindíveis a um gerenciamento eficaz e eficiente. Propicia ao gestor o conhecimento da realidade da rede assistencial existente e suas potencialidades, visando auxiliar no planejamento em saúde, em todos os níveis de governo, bem como dar maior visibilidade ao controle social a ser exercido pela população.

A ausência do registro no CNES impede a apresentação de faturas e cobranças ao SUS pelo hospital, o que o obriga a utilizar o CNES de outro estabelecimento hospitalar da universidade a que pertencem para poder receber a receita gerada pela produção dos serviços prestados.

Com isso, toda a estatística da produção dos serviços prestados pelo Hospital fica na base de dados do Departamento de Informática do SUS do Ministério da Saúde (DATASUS¹) como realizados pelo outro hospital a que está vinculado, o que dificulta a análise desses dados separadamente, para tomada de decisões.

Além disso, o fato de o Hospital não possuir CNES o coloca em uma situação de inabilitação junto a organismos financiadores (inclusive junto ao Fundo Nacional de Saúde, órgão do financiador do Ministério da Saúde), para recebimento de recursos financeiros, em forma de convênios, objetivando desenvolvimento de suas atividades e melhoria ou ampliações de sua estrutura física e de equipamentos.

¹ DATASUS: Órgão da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde que tem por objetivo coletar, processar e disseminar informações sobre saúde.

O fato de o Hospital manter a situação exposta até então, certamente repousa na vantagem de poder ter adicionado a sua produção um incentivo de 75% do FIDEPS – Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde, criado através da Portaria nº 15/91, de 08/01/1991, da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Com o advento de um novo modelo de financiamento dos hospitais de ensino já apontado por Comissão Interinstitucional através de Resolução nº 07/2003, de 26/08/2003, os Ministérios da Educação e da Saúde publicaram Portaria Interministerial nº 1.000/2004, de 15/04/2004, que iniciou o processo de Certificação² e, posteriormente, a portaria nº 100/2004, de 27/05/2004, que cria o programa de reestruturação dos Hospitais de Ensino e a conseqüente Contratualização³ com metas quantitativas e qualitativas definidas, pressupondo ações estratégicas, fundamentadas nos princípios e diretrizes do SUS.

Este novo modelo extingue o incentivo adicional do FIDEPS, absorvendo-o à composição do novo processo de financiamento.

Em conseqüência também da introdução deste modelo de financiamento, surge uma nova necessidade: a de definição do perfil assistencial, do papel da instituição e de sua inserção articulada e integrada com a rede de serviços de saúde do SUS.

2. INTERVENÇÕES

Desde 2003, a atual gestão do Hospital vem introduzindo iniciativas para mudança do perfil assistencial do hospital, como também preparando-o para funcionar como unidade autônoma, desvinculada do outro hospital da universidade nos processos de Certificação e Contratualização como hospital de ensino.

As intervenções objetivam principalmente a conquista da autonomia administrativa e financeira do hospital, como também realizar a mudança do seu perfil e, conseqüentemente, do modelo da assistência prestada, com a finalidade precípua de adequação do hospital às exigências da Portaria Interministerial para a sua certificação como hospital de ensino e, em decorrência disso, o seu ingresso no novo modelo de financiamento dos hospitais de ensino (contratualização).

2.1 AUTONOMIA ADMINISTRATIVO-FINANCEIRA

O Hospital é vinculado funcional e hierarquicamente à Reitoria da Universidade como Unidade Suplementar. Possui regimento próprio, aprovado pelos Colegiados Superiores da universidade (Conselho Administrativo e Conselho Universitário) e tem registro no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas – CNPJ – da Receita Federal do Brasil. Portanto, possui personalidade jurídica própria. É reconhecida como Unidade Gestora no Sistema Integrado de Administração Financeira (SIAFI) que é o principal instrumento utilizado para registro, acompanhamento e controle da execução orçamentária, financeira e patrimonial do Governo Federal. Falta-lhe apenas o CNES, que é o cadastro pelo qual o hospital é reconhecido pelo Ministério da Saúde como estabelecimento de saúde.

No entanto, apenas o cadastro no CNES não garante sua autonomia financeira. O novo modelo de financiamento dos hospitais universitários traz uma série de requisitos obrigatórios regulados pelas portarias interministeriais que versam sobre a Certificação e Contratualização dos hospitais de ensino.

² Certificação: processo pelo qual a instituição hospitalar é avaliada quanto aos requisitos obrigatórios para estabelecer-se como hospital de ensino, de acordo com os critérios divulgados em Portaria Interministerial (Ministérios da Saúde e Educação).

³ Contratualização: processo pelo qual as partes — o representante legal do hospital de ensino e o gestor local do SUS — estabelecem metas quantitativas e qualitativas do processo de atenção à saúde, de ensino e pesquisa e de gestão hospitalar.

Visando o atendimento dessas exigências, o Hospital tem se preparado para a solicitação do pedido de certificação.

Para tanto, programou as seguintes medidas:

- Redirecionamento do foco da assistência na atenção de média e alta complexidades;
- Garantia de acompanhamento vinte e quatro horas aos estudantes da Residência Médica em Pediatria, através de preceptorial, de acordo com os critérios vigentes para a avaliação das condições de ensino e da Residência Médica. Esta medida tornou-se possível com a implantação da escala de plantão médico nas enfermarias do hospital;
- Constituição ou ativação das comissões de Ética em Pesquisa, Documentação Médica e Estatística e de Óbitos, além de desenvolver atividades de vigilância epidemiológica, hemovigilância, farmacovigilância e tecnovigilância em saúde. As atividades de vigilância epidemiológica são coordenadas pela Comissão para o Controle da Infecção Hospitalar, que alimenta informações no Sistema Nacional de Informação para o Controle de Infecções em Serviços de Saúde (Sinais). Já a vigilância em hemoderivados, fármacos e tecnologias e equipamentos é coordenada através das ações realizadas como Hospital Sentinela⁴.
- Participação ativa no Pólo de Educação Permanente em Saúde. Em 2007, 100 pediatras da rede de assistência do SUS participaram do projeto Capacitação para Pediatras. Outros projetos encontram-se aguardando aprovação e recebimento de recursos do referido Pólo para sua realização;
- Constituição de comissão para atualização do regimento interno do hospital e atualização do Conselho Gestor, inclusive reorganização do organograma objetivando maior horizontalidade na hierarquização; Espera-se com a implantação destas mudanças uma gestão mais descentralizada através da efetiva participação do conselho no exercício do seu papel, dando mais transparência e legitimidade às ações desenvolvidas no âmbito do hospital;

A autonomia financeira do Hospital, que é pré-requisito para sua autonomia administrativa, contempla ações para o controle de seus gastos, incluindo a avaliação do impacto dos custos produzidos nas unidades de produção de serviços do hospital sobre as receitas geradas nos mesmos.

Nesse sentido, as seguintes ações foram programadas:

- Implantação de um Plano de Redução Despesas objetivando reduzir gastos desnecessários e eliminação de desperdícios;
- Reativação da Comissão de Apuração de Custos e do Serviço de Apuração de Custos;
- Racionalização de atividades com adesão ao Sistema Integrado (implantado pela Universidade) de administração de material e patrimônio, contratos/convênios e gestão de recursos humanos;
- Identificação de procedimentos realizados e não cobrados e/ou procedimentos cobrados e não pagos por não estarem contratados, objetivando reformulação do Plano Operacional junto ao SUS, para regularização e garantia do financiamento.

⁴ A Rede Sentinela é um projeto criado pelo setor de Vigilância em Serviços Sentinela, da Anvisa, com objetivo de notificar eventos adversos e queixas técnicas de produtos de saúde; insumos, materiais e medicamentos, saneantes, *kits* para provas laboratoriais e equipamentos médico-hospitalares em uso no Brasil, para ampliar e sistematizar a vigilância de produtos utilizados em serviços de saúde e, assim, garantir melhores produtos no mercado e mais segurança e qualidade para pacientes e profissionais de saúde.

2.2 MODELO ASSISTENCIAL

O perfil assistencial de um hospital está atrelado a fatores diversos, internos e externos. Mudá-lo é missão árdua e complexa, visto que alguns desses fatores já estão arraigados e integrados à cultura institucional.

As mudanças se iniciaram com o foco na necessidade de o hospital assumir seu papel na rede estadual do SUS, como referência especializada, de complexidades média e alta à população infanto-juvenil usuária do serviço público de saúde.

2.2.1 ATENÇÃO MULTI E INTERDISCIPLINAR

Numa das primeiras ações para a concretização dessas mudanças, o atendimento ambulatorial realizado pelos médicos pediatras gerais, no nível da atenção básica, ficou restrito às necessidades do ensino, não se constituindo mais o grande volume de atendimentos.

Essa medida também trouxe benefícios à assistência hospitalar, uma vez que se conseguiu absorver parte da carga horária desses profissionais nos plantões das enfermarias, possibilitando acompanhamento durante vinte e quatro horas diárias aos médicos residentes também plantonistas.

A organização do atendimento ambulatorial através de programas multidisciplinares ajudou a se deixar de prestar menos atenção fragmentada, partindo-se para uma “abordagem mais completa, holística, portanto integral, de cada pessoa portadora de necessidades de saúde” (CECÍLIO, 2003).

Ainda segundo Cecílio (2003), “o cuidado, nas organizações de saúde, mas no hospital em particular, é, por sua natureza, necessariamente multidisciplinar”. Por isso estes programas agregam profissionais de medicina, enfermagem, fonoaudiologia, fisioterapia, farmácia, nutrição, psicologia, odontologia e serviço social, distribuindo-se da seguinte forma:

- Assistência ao Paciente Portador de Anomalias Craniofaciais (fenda labiopalatal);
- Assistência ao Paciente Portador de Câncer;
- Assistência ao Paciente Portador de Constipação Crônica;
- Assistência ao Paciente Portador de Diabetes;
- Assistência ao Paciente Portador de Distrofia Muscular;
- Assistência ao Paciente Portador de Doença Celíaca;
- Assistência ao Paciente Portador de Epilepsia de Difícil Controle;
- Assistência ao Paciente Portador de Fibrose Cística;
- Assistência ao Paciente Portador de Genitália Ambígua;
- Assistência ao Paciente Portador de Hepatopatias Crônicas;
- Assistência ao Paciente Portador de Nefropatias Crônicas;
- Assistência ao Paciente Portador de Obesidade;
- Assistência ao Paciente Portador de Pé Torto Congênito;
- Assistência ao Paciente Portador de Síndrome de Down;
- Assistência ao Recém-nascido de Risco.

Com a utilização deste modelo de atenção integral à saúde da criança e do adolescente, aumentou-se o nível de complexidade na assistência hospitalar, como pudemos observar através de internações para tratamento na clínica de oncologia e cirurgias mais complexas, como as de correção de fendas labiopalatais, por exemplo. Esse fato originou a necessidade de o hospital construir uma Unidade de Terapia Intensiva para assistências aos casos mais graves.

2.2.2 REGIONALIZAÇÃO E INSERÇÃO NA REDE

A integralidade da atenção à saúde passa também pelo acesso a todos os serviços de saúde, desde a atenção básica até a mais complexa. O Estado está dividido em sete regiões. Porém, na prática, se concentra na capital os serviços mais complexos.

Há a necessidade de se efetivar uma adequação da assistência prestada pelas Unidades de Saúde da rede do SUS ao perfil epidemiológico das suas áreas de abrangência.

Para tanto, as Unidades de Saúde precisam ter bem definido seu papel na assistência a fim de se inserirem, com maior resolutividade e mais qualidade, numa rede integrada gerida pelo SUS. É importante salientar que numa rede como essa, há a necessidade de implantação e funcionamento de um sistema de referência e contra-referência para toda a rede. Atualmente, no município de Natal, este sistema vem funcionando timidamente, justamente por indefinição dos perfis assistenciais das Unidades de Saúde.

O Hospital, juntamente com os gestores do SUS e dos serviços afins, vem participando de reuniões sistematizadas pela Promotora de Saúde com a finalidade de organizar a atenção da saúde à criança e ao adolescente no município no qual está inserido.

Melhoria contínua da qualidade da assistência e racionalização de serviços para a diminuição de custos são objetivos que devem nortear as idéias e ações neste processo de regionalização e inserção, em rede, das Unidades de Saúde.

2.2.3. GARANTIA DE ACESSO

A defesa da ampliação do acesso da população às ações e serviços assistenciais e, também, às estratégias de prevenção e promoção da saúde, objetivando eliminar as iniquidades que comprometem a legitimidade do sistema são ações estratégicas inseridas no Pacto pela Saúde⁵. Segundo Campos (1991), “é imprescindível a função social do sistema público de saúde, garantindo-se a universalidade e equidade na distribuição de benefícios”.

Em atenção às políticas nacionais de saúde do Ministério da Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde do município implantou a Central Metropolitana de Regulação⁶, inicialmente operando apenas com o módulo de consultas.

A regulação consiste em articular e conjugar as respostas potenciais do sistema, para o conjunto dinâmico das demandas das populações, operacionalizando o acesso aos serviços (MAGALHÃES JR. apud SANTOS & MERHY, 2006).

Na fase de inserção do agendamento das consultas na Central, a Direção do hospital conversou individualmente com cada profissional para explicar o processo, planejar o quantitativo a ser oferecido e estabelecer metas físicas mensais por consulta especializada.

Atualmente, metade das consultas realizadas por profissionais de nível superior no ambulatório do Hospital é ofertada aos usuários do SUS através da Central: são as consultas de primeiro atendimento. As consultas de retorno são agendadas pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do hospital.

Quase sempre esses agendados são encaminhados pelos próprios profissionais do hospital, o que possibilita o acompanhamento aos pacientes pelos mesmos profissionais, melhorando a assistência com a utilização do tratamento mais adequado. Por outro lado, essa

⁵ “O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde. Ao mesmo tempo, o Pacto pela Saúde redefine as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social.” (Ministério da Saúde).

⁶ Instância responsável por operacionalizar o fluxo qualificado e ordenado do paciente ao longo dos vários serviços da rede de serviços do SUS.

“fidelização” aos profissionais limita o acesso de outros pacientes também com necessidades de diagnósticos e cuidados adequados, que não encontram espaço para suas consultas.

Merece um estudo mais aprofundado o fato de que as consultas agendadas pelo próprio hospital apresentam um índice de comparecimento bem maior do que as agendadas pela Central de Regulação. Como o hospital é referência especializada para todo o Estado e a Central dá cobertura a todos os municípios pactuados na PPI⁷, talvez a falta de transporte gratuito para o deslocamento do usuário de sua cidade até o hospital dificulte esse acesso.

De qualquer modo, apesar dos agendamentos serem apenas para consultas, a implantação da Central Metropolitana de Regulação trouxe uma melhoria na ampliação do acesso dos usuários aos serviços de saúde, garantindo maior equidade neste processo.

É necessário um processo contínuo de ampliação da oferta de serviços através da Central, inclusive para os Serviços Hospitalares (disponibilização de leitos) e exames (laboratoriais e de diagnósticos).

2.2.4 HUMANIZAÇÃO

Objetivando adequação aos Parâmetros Nacionais de Humanização do Ministério da Saúde e convencida de que o desafio de adotar o “lugar” do paciente e suas necessidades singulares como ponto de partida para qualquer intervenção hospitalar (Cecílio, 2003) a Direção do Hospital implantou o Programa de Humanização com o objetivo de lidar com fatores vinculados à humanização da instituição como um todo, considerando sempre os aspectos interligados à qualidade da assistência prestada, à instituição, à comunidade e aos profissionais envolvidos.

No Hospital, as atividades de humanização consideram as relações entre os componentes: paciente, família/acompanhante, equipe de saúde, funcionários, discentes e docentes, visando oferecer mudanças e melhorias na assistência, no ensino e na extensão. Para alcançar os objetivos, abarcam-se os seguintes projetos:

- Apoio psicopedagógico a crianças hospitalizadas;
- Projeto de acolhimento no Centro Cirúrgico;
- Projeto vida, amor e alegria;
- Projeto contação de histórias;
- Projeto de estimulação precoce em recém-nascidos de risco filhos de mães adolescentes: uma proposta de intervenção em um ambulatório de pediatria;
- Educar para nutrir;
- Redução da permanência da hospitalização infantil;
- Promoção de estímulo à ampliação do conhecimento para os profissionais de saúde, estudantes, professores;
- Bom dia, Hospital: Acolhimento e integração do estudante;
- Acolhimento às crianças internas na enfermaria;
- Criança cidadã.

⁷ “A Programação Pactuada e Integrada da Assistência em saúde é um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, onde em consonância com o processo de planejamento são definidas e quantificadas as ações de saúde para população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde. Tem por objetivo organizar a rede de serviços, dando transparência aos fluxos estabelecidos e definir, a partir de critério e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios.” (Ministério da Saúde).

Além desses projetos o Programa de Humanização possibilitou a realização de pesquisas temáticas sobre o tema:

- Humanização na assistência hospitalar: as repercussões dos diferentes contextos;
- Saúde psíquica de quem faz saúde: uma análise crítica da humanização direcionada aos profissionais de saúde;
- Satisfação do usuário e profissionais do Hospital;
- Humanização e equipe: uma caracterização da saúde psíquica do cuidador;
- Análise da saúde psíquica dos profissionais de saúde no hospital de pediatria;
- Os significados do espaço brinquedoteca no imaginário dos profissionais de saúde.

De maneira geral, a aplicação de ações humanizadoras promove mudanças no modelo da atenção à saúde, na produção dos serviços em saúde e no próprio processo de trabalho. Essas mudanças resgatam os direitos do paciente como cidadão, o fortalecimento do trabalho em equipes multiprofissionais e a valorização e cuidado aos trabalhadores da saúde.

3. RESULTADOS DAS INTERVENÇÕES

3.1 MUDANÇA DO PERFIL

As intervenções implantadas para a mudança do perfil do hospital e do modelo da assistência prestada surtiram efeitos positivos e esperados. Atualmente o hospital realiza assistência ambulatorial especializada, de média complexidade, com atendimento médio mensal de 3.841 consultas/procedimentos, dentre as quais, 1.898 são consultas médicas, distribuídas nas diversas clínicas pediátricas – Alergia e Imunologia, Cardiologia, Cirurgia, Dermatologia, Endocrinologia e Metabologia, Gastroenterologia, Genética, Infectologia, Nefrologia, Neonatologia, Neurologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Onco-hematologia, Pneumologia, Urologia e Reumatologia. Demais consultas são realizadas por outros serviços assistenciais como: Nutrição, Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Serviço Social, Odontologia e Psicologia.

Ainda em nível ambulatorial, são realizados procedimentos diagnósticos e terapêuticos diversos, alguns deles oferecidos exclusivamente pelo hospital (não ofertado por nenhum outro prestador público).

- Colonoscopia (exclusivo);
- Retossigmoidoscopia (exclusivo);
- Endoscopia digestiva (exclusivo);
- Gastroduodenoscopia (exclusivo);
- Biópsias do intestino, renal, sinovial, jejunal e hepática;
- Provas de má absorção intestinal (exclusivo);
- Manometria anorretal (exclusivo);
- Pulsoterapia para pacientes renais;
- Cateterismo vesical;
- Urocultura;
- Punção supra púbica;
- Punção lombar e suboccipital;
- Eletrocardiograma;
- Eletroencefalograma;
- Infiltrações articulares;
- Nutrição enteral;
- Phmetria (exclusivo).

A assistência hospitalar de média complexidade comporta, atualmente, 38 leitos distribuídos em enfermarias, sendo 08 leitos destinados às cirurgias e 30 distribuídos entre as diversas clínicas – Psiquiatria (03 leitos), Neonatologia, Neurologia, Gastroenterologia, Nefrologia e Pneumologia (27 leitos). Em média são registrados 120 internamentos/mês, dedicados integralmente ao SUS (100% dos leitos ativos).

Na alta complexidade o hospital vem realizando tratamento hospitalar em oncologia, com 7 leitos disponibilizados, enfermaria especial e equipe multidisciplinar.

São realizadas aproximadamente 20 cirurgias/mês no centro cirúrgico, classificadas como de média e alta complexidade. Entre as cirurgias de alta complexidade encontram-se as destinadas à extirpação de tumores do intestino, cirurgias oncológicas, ortopédicas, e cirurgias do aparelho geniturinário. O hospital é referência na correção cirúrgica de malformações labiopalatais (04 a 06 cirurgias/mês), por estar inserido no Plano Estadual de Assistência ao Portador de Fenda Labiopalatal, como Centro de referência para tratamento clínico, cirúrgico e de reabilitação.

Também confecciona nutrição enteral para pacientes internos com essa necessidade. Para isso, reformou o lactário e o adequou às normas da vigilância sanitária para o seu perfeito funcionamento.

Em função da mudança do perfil assistencial do hospital, surgiram necessidades de adequações e reformas. Para melhor atendimento a essas necessidades, três importantes obras foram realizadas:

- Construção da Unidade de Terapia Intensiva, com 6 leitos;
- Reforma da enfermaria de Oncologia, com 7 leitos;
- Construção do ambulatório de oncologia, com espaço apropriado para a realização da quimioterapia;

Na área da vigilância em hemoderivados, tecnologia e fármacos, o hospital foi reconhecido, pela Agência Nacional de vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, como Hospital Sentinela, integrando uma rede nacional.

Na Extensão Universitária, são desenvolvidos pelo Hospital e Departamento Acadêmico, projetos de cunho assistencial, para o desenvolvimento de ensino, e de capacitação de profissionais da Rede Básica de Saúde, através do Pólo de Educação Permanente em Saúde.

3.2 AUTONOMIA ADMINISTRATIVO-FINANCEIRA

As intervenções para a conquista definitiva da autonomia administrativo-financeira também tiveram efeitos positivos conforme esperados, principalmente os relacionados ao equilíbrio financeiro entre a receita arrecadada através dos serviços prestados ao SUS e as despesas realizadas para a manutenção das atividades do hospital. Isto foi possível com o resultado do aumento da receita e diminuição da despesa.

3.2.1 ORIGEM DOS RECURSOS

Embora vinculado hierárquica e funcionalmente à Universidade, o Hospital não possui outra fonte de financiamento para manutenção de suas atividades, senão recursos oriundos da prestação de serviços ao SUS, através da Contratualização. Neste modelo de financiamento, a alocação de recursos é constituída por uma programação orçamentária, com as seguintes características:

$$\text{Orçamento Misto} = \text{Pré-fixado}^8 + \text{Pós-fixado}^9$$

Atualmente, o Hospital recebe o valor mensal de R\$ 133.021,62 resultantes do contrato estabelecido com o SUS, que se baseia apenas na produção de serviços de média complexidade ambulatorial e hospitalar, visto que os serviços de alta complexidade, embora sejam realizados, não são reconhecidos pelo gestor local do SUS.

Este valor é constituído pelas estimativas de produção hospitalar e ambulatorial, como também de outros incentivos (com valores fixos) exclusivos dos hospitais de ensino:

Tabela 1 - Composição da Receita Contratualizada.

| DESCRIÇÃO | VALOR R\$ |
|---|-----------|
| Produção Hospitalar (internações e cirurgias) | 52.005,02 |
| Produção Ambulatorial (consultas, exames e procedimentos) | 32.456,05 |

⁸ Pré fixada - Recursos financeiros recebidos pela produção de serviços - série histórica dos 12 últimos meses - em procedimentos de média complexidade ambulatorial e hospitalar.

⁹ Pós fixada - Alta Complexidade e FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (pagamento por produção).

| | |
|---|-------------------|
| FIDEPS (Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa em Saúde) | 21.797,50 |
| Incentivo à Contratualização | 26.763,05 |
| Total | 133.021,62 |

Apesar de o valor mensal ser insuficiente para financiar suprir todas as necessidades do hospital, com a Contratualização o hospital obteve um aumento de 23,88% em relação ao valor anteriormente contratado com o SUS, que era de R\$ 107.374,01.

3.2.2. APLICAÇÃO DOS RECURSOS

Os recursos financeiros são utilizados para a realização de todas as despesas necessárias para o funcionamento do hospital: aquisição de materiais, serviços de manutenção e de terceirização de pessoal, dentre outras.

Gastos com Pessoal - O hospital dispõe de 235 funcionários desempenhando suas funções nos mais diversos serviços, incluindo as áreas meio e fim. Destes, apenas 138 são servidores do quadro da Universidade e 6 são cedidos de outros órgãos públicos. Como o número é insuficiente para se atingir os objetivos propostos e o alcance da sua missão, o Hospital mantém 51 funcionários terceirizados, através de Contratos com empresas e 40 bolsistas remunerados através de convênio com o Instituto Euvaldo Lodi, bem como alunos da própria Universidade, cadastrados na Seção de Bolsa.

A necessidade da terceirização decorre também do fato de algumas funções não serem mais disponibilizadas para concurso público por extinção dos cargos de nível de apoio, ficando a terceirização como saída aos entraves causados pelo problema da falta de pessoal.

Por esta mão-de-obra terceirizada, o hospital desembolsa o valor mensal de R\$ 68.067,44, o que totaliza 51,17% da receita arrecadada.

Gastos com Materiais - O hospital desembolsa por mês aproximadamente R\$ 40.000,00 com o consumo de materiais, sendo distribuído da seguinte forma:

Tabela 2 – Composição dos Gastos com Material de Consumo.

| TIPO DE MATERIAL | VALOR R\$ |
|------------------------------------|------------------|
| Gêneros de Alimentação | 12.000,00 |
| Medicamentos e Material Hospitalar | 24.000,00 |
| Oxigênio Gasoso Medicinal | 2.900,00 |
| Outros Materiais | 1.100,00 |
| Total | 40.000,00 |

Gastos com Serviços - As despesas realizadas com serviços prestados por Pessoas Jurídicas, totalizam aproximadamente R\$ 29.000,00 por mês, conforme demonstramos:

Tabela 3 – Composição dos Gastos com Serviços.

| TIPO DE SERVIÇO | VALOR R\$ |
|---------------------------|------------------|
| Energia Elétrica | 17.000,00 |
| Telefone | 3.200,00 |
| Coleta do Lixo Hospitalar | 550,00 |
| Outros Serviços | 8.250,00 |
| Total de Serviços | 29.000,00 |

Outros Gastos - O hospital também realiza despesas com diárias, passagens, serviços executados por pessoas físicas, contribuições previdenciárias sobre serviços de pessoas físicas e outras despesas necessárias. Para tanto, desembolsa mensalmente o valor aproximado de R\$ 1.200,00.

Tabela 4 – Comparativo da Receita x Despesa

| RECEITA | R\$ |
|----------------------------|-------------------|
| Contratualização com o SUS | 133.021,62 |
| Total da Receita | 133.021,62 |

| DESPESAS | R\$ |
|---------------------------|-------------------|
| Pessoal | 68.067,44 |
| Material | 40.000,00 |
| Serviços | 32.000,00 |
| Outras | 1.200,00 |
| Total das Despesas | 141.267,44 |
| Déficit | 8.245,82 |

Em 2006, o déficit mensal se estabeleceu na média de R\$ 37.386,53, ou quatro vezes e meia maior que o apurado em 2007.

Consideramos a relação Receita/Despesa em 2007 equilibrada, visto que o hospital é beneficiado por um convênio interministerial (Ministérios da Saúde e da Educação) que transfere ao hospital anualmente um valor de aproximadamente R\$ 130.000,00, o que dá uma média mensal de aumento na receita de R\$ 10.833,33.

Este resultado de equilíbrio só pôde ser alcançado em função de dois principais motivos:

- Aumento da receita com o incentivo aos hospitais de ensino, advindo com a contratualização; e
- Redução dos gastos com a implantação do Plano de Redução de Despesas no segundo trimestre de 2007, no qual destacamos uma diminuição das despesas de 11,78% (de R\$ 77.158,82 - gasto médio mensal em 2006 - para R\$ 68.067,44, em 2007).

O Hospital conseguiu sua autonomia financeira relativa. Como qualquer outro hospital, carece de investimentos de infra-estrutura física e de equipamentos. Contudo, sua autonomia administrativa ainda está por vir. A desvinculação administrativa com o outro hospital da mesma Universidade precisa acontecer. Para isso, falta ao hospital o seu registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, já que possui todos os outros registros que o tornam juridicamente personificado. Este primeiro passo é imprescindível para a conquista dos demais: sua certificação e contratualização como hospital de ensino, já que atende aos requisitos exigidos nas portarias interministeriais dos Ministérios da Educação e da Saúde.

4. PROPOSTA DE CONTINUIDADE DA INTERVENÇÃO

As dificuldades enfrentadas pelo Hospital se deram por vários fatores, incluindo: orçamento reduzido, inadequação do espaço físico, de equipamento e de pessoal para a abertura de novos serviço e ampliação dos já existentes, a fim de atender plenamente a sua missão.

a) Financeiro - A crise financeira que atravessou, coloca o hospital numa posição de premente necessidade de apoio, para continuar a desenvolver ensino de graduação e pós-graduação de qualidade, como também para seguir como principal centro de pesquisa científica na área da saúde da criança e, ainda, como a mais importante unidade de referência para a realização de procedimentos assistenciais de maior complexidade na rede pública de assistência a saúde.

b) Estrutura Física – As instalações físicas do hospital são as mesmas utilizadas no início da década de 70. Algumas reformas e construções já se deram ao longo desses anos objetivando adequações para funcionamento dos serviços da melhor maneira possível. Contudo, algumas outras reformas precisam ser realizadas para possibilitar um maior crescimento e melhor desempenho das atividades acadêmicas, assistenciais e administrativas do Hospital. São elas:

- Reforma/construção do Centro Cirúrgico, salas de aula, consultórios, salas de procedimentos ambulatoriais, enfermarias, centro cirúrgico, SAME, recepção (ambulatório), farmácia e almoxarifado;
- Instalação de elevador para pacientes;
- Recuperação da fachada do hospital;
- Adequação e ambientação de espaço físico para a implementação de programas e projetos de humanização da assistência (Brinquedoteca, Classe Hospitalar, Acolhimento, etc.).
- Substituição da rede de gases medicinais, com sua devida ampliação atendendo a todas as necessidades.
- Implantação de rede de ar comprimido.

c) Aquisição e manutenção de equipamentos – o hospital assume, na rede do SUS, um papel de referência terciária e de serviços mais complexos. Por este motivo, a utilização de equipamentos e tecnologias mais modernas são cada vez mais necessárias. A manutenção dos equipamentos já em uso é uma constante necessidade, e requer alocação de recursos específicos, dos quais o hospital não dispõe nas quantidades adequadas;

d) Deficiência de pessoal – O fato de o Hospital ter que desembolsar 51% de seus recursos para o pagamento de mão-de-obra terceirizada o deixa sem recursos financeiros para investimentos em áreas prioritárias, como também na sua própria manutenção e renovação de suas tecnologias. Apesar desses gastos para manter a mão-de-obra terceirizada, esta não está na quantidade necessária para o desempenho das atividades acadêmicas, assistenciais e administrativas realizadas no hospital. Algumas especialidades apresentam demanda elevada e o hospital não tem profissionais suficientes, como na cardiologia (1 profissional), reumatologia (apenas 01 docente) e neurologia (com 02 docentes e uma demanda elevadíssima). Também temos deficiência de pessoal para suprir as necessidades da UTI pediátrica: espaço físico já reformado, com 06 leitos; uma parte dos equipamentos já em fase de licitação. Porém, não dispomos de pessoal para fazê-la funcionar;

e) Serviços de Alta Complexidade - Apesar da garantia e realização da assistência aos pacientes portadores de agravos à saúde reconhecidos como de altos custo e complexidade, o Hospital ainda não conseguiu inserir-se na Política de Atenção em Alta Complexidade do Ministério da Saúde, por não ser ainda cadastrado como Unidade de Assistência em Alta Complexidade. Este fato serve como agravante às dificuldades do hospital, no tocante ao desenvolvimento de ações assistenciais de pacientes que fazem parte do mencionado grupo, como é o caso de aplicação de terapias nutricionais (enteral e parenteral), tratamento de crianças portadoras de fenda labiopalatal¹⁰, tratamento de crianças com câncer e portadoras de uma grande diversidade de doenças crônicas, como a fibrose cística, por exemplo.

f) Serviços não cadastrados - Outro fator agravante são procedimentos realizados pelo hospital e não pagos, por não estar incluído na tabela de procedimentos do SUS, como o teste do suor, por exemplo. Além disso, o não credenciamento dos leitos de oncologia e psiquiatria¹¹ traz prejuízos financeiros ao hospital em função de pagamentos inadequado aos custos produzidos por aquelas especialidades. A falta de regulação dos leitos pelo Gestor Local do SUS também acarreta prejuízos financeiro, tanto quanto na assistência ao usuário. A inexistência de regulação gera uma demanda espontânea que, em determinado momento, pode superlotar ou esvaziar os leitos de uma Unidade Assistencial em detrimento de outra.

¹⁰ Apesar da aprovação do Plano Estadual de Atendimento ao Portador de Fenda Labiopalatal em que o Hospital é localizado como referência, ocorrem ainda gastos desnecessários e de elevado custo com tratamento de pacientes fora do Estado, encaminhados pela Secretaria Estadual de Saúde.

¹¹ Disponibilização de 03 leitos a partir de termo de ajustamento de conduta que estabelece a internação em hospital geral de criança com transtorno mental e que necessita de internação.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Ministérios da Educação e da Saúde. Portaria Interministerial nº. 1000, de 15/04/2004. Publicada no Diário Oficial da União em 16/04/2004. [on-line] Disponível em http://abrahue.org.br/pdf/portaria_interministerial_1000.pdf. Arquivo capturado em 29 de novembro de 2007.
- BRASIL. Ministérios da Educação e da Saúde. Portaria Interministerial nº. 1006, de 27/05/2004. Publicada no Diário Oficial da União em 28/05/2004. [on-line] Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1006.htm>. Arquivo capturado em 29 de novembro de 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização Coordenação de Integração Programática. Regionalização Solidária e Cooperativa. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 3. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministérios da Educação e da Saúde. Pacto pela Saúde. [online] Disponível na internet via http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1021. Arquivo capturado em 29 de novembro de 2007.
- BRASIL. Ministérios da Educação e da Saúde. [on-line] Disponível na internet via http://portal.saude.gov.br/SAUDE/area.cfm?id_area=993. Arquivo capturado em 29 de novembro de 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. SGTES/DGES. O processo de trabalho em saúde. Pg. 69-80. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. O Financiamento da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 3. Brasília : CONASS, 2007.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. A saúde pública e a defesa da vida. São Paulo: HUCITEC, 1991.
- CAMPOS, Gastão W. e AMARAL, Márcia A. Diretrizes para a reforma dos hospitais – em fase de publicação, 2007.
- CAMPOS, R. O. Reflexões sobre o conceito de humanização em saúde. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 27, n. 64, 2003, p. 123-130.
- CAMPOS, G. de S. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: HUCITEC, 2000.
- CECCIM, Ricardo B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. In: Interface-Comunic, Saúde, Educ. V.9, n. 16, p. 161-177. Set/2004 a fev/2005.
- CECÍLIO, Luis C. O. O desafio de qualificar o atendimento prestado pelos hospitais públicos (p. 293-319). In: Agir em saúde: um desafio para o público. (Org. Merhy, Emerson Elias; Onocko, Rosana). São Paulo: Editora Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.
- CECÍLIO, Luis C. O. & MERHY, Emerson E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. [online] Disponível na internet via <http://www.hc.ufmg.br/gids/Integralidade.doc>. Arquivo capturado em 30 de novembro de 2007.
- MAGALHÃES JR. apud SANTOS, F. P. & MERHY, E. E. A regulação pública no Estado brasileiro – uma revisão. [online] Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000100003&lng=pt&nrm=iso. Arquivo capturado em 02 de dezembro de 2007.
- MERHY, Emerson E. & CECÍLIO, Luis C. O. Algumas reflexões sobre o singular processo de coordenação dos hospitais. [online] Disponível em <http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/concurso/coordenacaohospitalar.pdf>. Arquivo capturado em 02 de dezembro de 2007.

- MERHY, Emerson Elias. Saúde. A cartografia do trabalho vivo. São Paulo: HUCITEC, 2ª Edição, 2005.
- Natal. Secretaria Municipal de Saúde. Plano municipal de saúde: 2006-2009 / Secretaria Municipal de Saúde de Natal. Natal-RN, 2006.
- Organização Pan-Americana da Saúde. A transformação da gestão de hospitais na América Latina e Caribe. Brasília: OPAS/OMS, 2004.
- PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Ver. Saúde Pública, v. 35, n. 1. São Paulo, fev/2001.