

**ARTIGO ORIGINAL****Relato da experiência da implantação do Incentivo de Adesão a Rede 100% SUS em
Belo Horizonte****Account the experience of the implementation of the accession incentive network 100%
SUS in Belo Horizonte**

Christine Ferretti Santiago¹, Ester Cardozo Dias², Fábio Augusto de Castro Guerra³,
Marcelo Almeida Campos⁴, Marcelo Gouvea Teixeira⁵, Meire Chucre Tannure⁶, Ninon de
Miranda Fortes⁷, Rafael dos Santos Malheiros⁸, Wagner Costa Coelho⁹

RESUMO

Trata-se de um relato de experiência sobre a implantação de uma nova metodologia de contratualização entre hospitais de Belo Horizonte e a Secretaria Municipal de Saúde por meio da Portaria SMSA/SUS-BH Nº 018/2010 que criou o Incentivo de Adesão à Rede 100% SUS-BH. A medida visa à expansão da oferta de leitos, à melhoria da qualidade de atendimento aos usuários do sistema público de saúde do município, à prestação de atendimento hospitalar exclusivo ao SUS e ao aprimoramento da contratualização dos hospitais públicos e filantrópicos do SUS-BH, com vistas a minimizar os déficits de financiamento, com a garantia de leitos prioritários para atendimento da média complexidade em ortopedia, clínica médica e UTI adulto, que representa grave problema de oferta de leitos na rede SUS-BH. Após a assinatura do termo por 3 hospitais filantrópicos do Município de Belo Horizonte, foi possível observar um acréscimo no número de leitos ofertados ao SUS-BH com melhora no processo de regulação destes, havendo um aumento real de 550 leitos, após a fase de adequação da área física das unidades, a um custo acessível do ponto de vista do orçamento público.

Descritores: Política de Saúde, Hospitais, Financiamento Sistema Único de Saúde, Contratualização de Hospitais, Gestão Hospitalar.

¹ Médica pediatra. Assessora da Gerência de Regulação e Atenção Hospitalar da SMSA SUS-BH.

² Médica pediatra. Gerente do Controle e Avaliação da SMSA SUS-BH.

³ Médico pediatra. Especialista em Terapia Intensiva Pediátrica. Gestor de Contratos da Gerência de Regulação e Atenção Hospitalar da SMSA SUS-BH

⁴ Cirurgião dentista. Especialista em Saúde Coletiva. Gestor de Contratos da Gerência de Regulação e Atenção Hospitalar da SMSA SUS-BH

⁵ Administrador. Mestre em Administração. Secretário Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

⁶ Enfermeira. Especialista em Terapia Intensiva de Adultos. Mestre em Enfermagem. Doutoranda em Enfermagem. Docente da PUC Minas - Coração Eucarístico. Gestora de Contratos da Gerência de Regulação e Atenção Hospitalar da SMSA SUS-BH.

⁷ Enfermeira. Mestre em Ciências Sociais. Docente da PUC Minas - Coração Eucarístico. Gerente de Regulação e Atenção Hospitalar da SMSA SUS-BH

⁸ Médico. Cirurgião de Cabeça e Pescoço. Gestor de Contratos da Gerência de Regulação e Atenção Hospitalar da SMSA SUS-BH

⁹ Enfermeiro. Gestor de Contrato da Gerência de Regulação e Atenção Hospitalar da SMSA SUS-BH.

ABSTRACT

This is a report of an experience about the implementation of a new methodology of contracts between hospitals of Belo Horizonte City and The Municipal Health Secretariat through an Ordinance of the SMSA / SUS-BH No. 018/2010 , that created the incentive of adhesion to the Network 100 % SUS-BH, aimed at expanding the supply of beds, betterment the quality of service for users of public health in the county, the provision of hospital services exclusive to the SUS and the improvement on the contracts of public and philanthropic hospitals of SUS-BH , in order to minimize the deficit of funding, with the guarantee of priority beds to attend the average complexity in orthopedics, internal medicine and adult ICU, which represents a serious problem of bed availability in the SUS-BH. After signing the terms of three philanthropic hospitals in Belo Horizonte, it was possible to observe an increasement in the number of beds offered by the SUS-BH with a better process of regulation and a projection for a real increase of 550 beds, after the phase of adjustment in the physical area of the units, at an affordable cost according to the point of view of the public budget.

Keywords: Health Policy, Hospitals, Health Sistem Funding, Hospital Contract, Hospital management.

INTRODUÇÃO

Trabalhar na gestão pública da saúde é conviver ao mesmo tempo com uma visão simplista da realidade, de planejadores que se orientam por metas de um inalcançável custo mínimo para atender uma imensa demanda, de administradores preocupados com a economia da saúde, de como fazer caber no orçamento dedicado ao setor os custos crescentes dos insumos, dos meios diagnósticos, das internações hospitalares e da força de trabalho.

A atenção hospitalar tem sido um dos grandes temas de debate acerca da assistência no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo marcada por uma crise que possui dimensões de financiamento relacionadas ao custeio e investimento;

relativas às escolhas das políticas públicas prioritárias; relacionadas aos aspectos organizacionais da gestão, seja no interior das instituições hospitalares ou na composição da rede hospitalar. Além disso, é importante observar que a oferta de uma assistência integral e oportuna e a formação profissional das equipes de saúde também impactam na atenção hospitalar¹.

Em cada uma das dimensões descritas, é possível destacar variáveis que permitem a identificação de problemas específicos que, no seu conjunto, contribuem para tornar a situação hospitalar extremamente complexa e desafiadora¹.

Todo esse cenário de embates e conflitos é permeado por uma baixa regularidade na produção de instrumentos jurídicos, marcada principalmente pela

precariedade e ausência de vínculos contratuais, o que gera impasses a serem superados, muito embora se possa afirmar que exista uma relação de dependência entre o SUS e os prestadores de serviços privados e vice-versa².

É preciso reconhecer que a ausência de definições sobre a situação contratual dos prestadores de serviços de saúde ao SUS, além das situações ilegais e/ou irregulares que os permeiam, tem causado prejuízos e gastos não focalizados nas prioridades assistenciais. Essa questão deve ser debatida e enfrentada à luz do interesse público. Para tanto, os contratos devem ser elaborados de modo a atender e estar à disposição da sociedade, em geral, e dos gestores do SUS, em particular. Os prestadores de serviços devem, então, ser chamados à discussão, de modo a orientar seus empreendimentos em sintonia com as necessidades da população usuária do SUS².

A essência dos arranjos contratuais reside em exigir das partes contratantes clareza e foco sobre o que uma quer contratar e o que a outra pode oferecer. Estes arranjos, quando formais, são materializados por um contrato, ou seja, por um documento que proporciona uma especificação quantificada dos resultados esperados de um serviço de saúde, segundo padrões de qualidade e financiamento pré-

definidos durante um determinado período³.

Outro aspecto que merece ser destacado é que, apesar de todos os esforços dirigidos ao fortalecimento da atenção básica (promoção da saúde e prevenção de agravos às doenças) via Programa de Saúde da Família (PSF), ainda existe a necessidade de atendimento a uma demanda reprimida por serviços de média e alta complexidade, o que gera um ponto de estrangulamento no sistema, que nem sempre tem conseguido atender tais necessidades².

Segundo Lopes et al. (2010), esta sobrecarga na atenção hospitalar decorre da imensa pressão da demanda existente em uma população com carga de doença alta, condições de vida precárias e poucos recursos disponíveis⁴.

Contribui também para essa situação, a pouca valorização financeira dos procedimentos de atenção em média complexidade, ficando sob sua responsabilidade o imenso universo de “tudo o que não está incluído na atenção básica e na alta complexidade”. Os longos períodos de congelamento dos valores atribuídos aos procedimentos de média complexidade na tabela de referência nacional do SUS e os reajustes esporádicos e insuficientes têm levado ao seu subfinanciamento e demonstram o descaso

da administração pública com este nível de assistência⁵.

O resultado é o estrangulamento das ações aí compreendidas, com insuficiência de oferta em muitos municípios e estados da federação, que se veem compelidos a complementar os valores de remuneração aos prestadores com recursos próprios. O mecanismo de pagamento vigente na tabela SUS não está alinhado com os custos reais dos serviços prestados, não oferecendo aos prestadores incentivos para a melhoria da eficiência⁶.

Essa situação gera distorções na relação entre a remuneração e custos, o que acarreta o desenvolvimento de uma estratégia de sobrevivência financeira por parte dos hospitais, que passam a buscar a especialização em procedimentos específicos com melhor rentabilidade. Assim, oferece incentivos à superprodução ou subprodução, pagando demais por procedimentos de baixo volume, mas de alta complexidade, e pagando pouco por procedimentos de alto volume, mas de baixa e média complexidade⁶.

Além disso, é importante enfatizar que a rede hospitalar brasileira permanece caracterizada pela existência de inúmeros estabelecimentos com grande fragilidade gerencial, e está longe de atender às exigências para se constituírem em verdadeiros espaços para uma atenção

hospitalar resolutive, adequada e otimizada¹.

Todo o cenário anteriormente descrito foi vivenciado também em Belo Horizonte (BH) ao longo das últimas décadas. Porém, cabe ressaltar que, comprometendo ainda mais esta situação, desde 1990 vem ocorrendo uma redução do número de hospitais vinculados aos SUS-BH e uma gradativa desativação de leitos em hospitais então contratados⁷.

A implantação de políticas específicas de atenção à saúde (saúde mental e obstétrica), a menor necessidade de internações (pediatria) e a incapacidade de financiamento das unidades (clínica médica), dentre outros fatores, foram os responsáveis pela redução do número de leitos.

Com o intuito de solucionar os problemas acima descritos e buscando aprimorar os mecanismos de regulação, controle, avaliação e auditoria dos sistemas de saúde e, ao mesmo tempo, dotar os dirigentes hospitalares de instrumentos adequados a um melhor gerenciamento dos hospitais vinculados à rede pública de saúde, o Ministério da Saúde (MS) elaborou uma política de reestruturação hospitalar para os hospitais de pequeno porte, filantrópicos e de ensino, condicionando o repasse adicional de incentivo financeiro à formalização de

contratos entre eles e as secretarias de saúde estaduais e municipais⁸.

Embora a política concebida pelo MS avance em relação à situação anterior, dado seu caráter normativo e sua abrangência nacional, ela não tem sido suficiente para suprir as especificidades dos municípios, que diferem entre si conforme a capacidade gerencial das secretarias e hospitais, a disponibilidade de informações para elaboração de indicadores de contrato e estimativa de custeio, assim como em relação à habilidade de negociação dos gestores e prestadores⁸. Além disso, o volume dos recursos de incentivos propostos por esta regulamentação é insuficiente.

Dessa forma, tornou-se necessário, por parte do gestor municipal, o desenvolvimento de mecanismos capazes de atender às necessidades locais e minimizar os déficits de financiamento, com a garantia de leitos prioritários para atendimento da média complexidade em ortopedia, clínica médica e UTI adulto, cuja oferta era em menor quantidade. Esses mecanismos surgem como alternativa para um novo modelo contratual entre hospitais e secretarias de saúde. Como exemplo cita-se a estratégia de regulamentação do Incentivo de Adesão a Rede 100% SUS, proposta pela Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) de Belo Horizonte, por

meio da Portaria SMSA/SUS-BH N° 018/2010.

No período anterior à implantação da Portaria SMSA/SUS-BH N° 018/2010, que regulamenta o incentivo de adesão à rede 100% SUS-BH, o que se observava em BH era a redução do número de prestadores de serviços vinculados ao SUS, de 57 hospitais nos anos de 1990, para 35 em 2008.

Os motivos que levaram a essa redução foram: a exigência de qualificação da assistência sem uma resposta positiva por parte dos prestadores, especialmente por conta das recomendações da Vigilância Sanitária (VISA) no que se refere à estrutura, processos e indicadores de qualidade; e também em função da implementação, pelo gestor municipal, de políticas específicas para a melhoria da qualidade assistencial⁷.

Apesar dos problemas existentes, é importante relatar que no final de 2008 toda a rede hospitalar de Belo Horizonte estava contratualizada nos moldes do MS, com clareza de compromissos bilaterais, reconhecendo-se que ainda havia muito a se avançar em relação à melhoria do acesso e qualidade da assistência prestada.

Deste modo, pensar e desenvolver estratégias que permitissem a ampliação dos leitos hospitalares no município tornou-se uma demanda urgente, uma vez que se constatava diariamente nas centrais

de regulação da SMSA um aumento gradativo e considerável da demanda por leitos hospitalares, principalmente para as clínicas médica e ortopédica, bem como por vagas em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) de adultos.

Para que houvesse o aumento do número de leitos nos serviços hospitalares, tornou-se imperativo também repensar a sustentabilidade financeira das instituições, uma vez que o subfinanciamento se concentrava, sobretudo, nas especialidades anteriormente mencionadas. Para garantir que a ampliação dos leitos fosse destinada exclusivamente aos usuários do SUS, buscou-se anular a competitividade entre pacientes vinculados aos planos de saúde e ao SUS, e a tendência de escolha por procedimentos SUS mais rentáveis, os de alta complexidade, em detrimento aos de baixa e média complexidade.

Para viabilizar a proposta anteriormente apresentada, e em observância aos preceitos jurídicos vigentes, foi elaborado o instrumento normativo municipal, referendado pelo Conselho Municipal de Saúde, com vistas à regulamentação do incentivo 100% SUS, que vinculou o repasse do custeio dos serviços nas especialidades estranguladas à exigência de expansão dos leitos e sua destinação exclusivamente ao SUS-BH.

O cálculo dos valores de custeio pactuados foi obtido a partir da análise de

centros de custos bem estruturados e mais confiáveis do ponto de vista contábil, disponibilizados por parte das instituições prestadoras, sendo este fator primordial para a operacionalização do projeto.

Este incentivo foi assumido inicialmente pelo Fundo Municipal de Saúde de Belo Horizonte e a discussão de seu financiamento foi levada às instâncias Estaduais e Federais.

Processo de adesão ao incentivo

Para fazer jus ao incentivo, a Instituição de saúde deve encaminhar uma proposta de plano de ação para a abertura de novos leitos SUS nas especialidades prioritárias para a gestão municipal, contendo: ampliação de atendimento hospitalar ao SUS, com cronograma de desativação do atendimento privado; oferta de procedimentos de média complexidade em conformidade com a demanda requerida pela SMSA; regulação da totalidade dos leitos pelo Complexo Regulador do SUS-BH; responsabilização da instituição pelos procedimentos necessários à integralidade da assistência hospitalar, observando-se o perfil assistencial da unidade; aferição da qualidade e eficiência na assistência à saúde, melhoria da estrutura física do hospital; humanização do atendimento e a criação e o funcionamento do Conselho

Local de Saúde⁹. Um comitê definido pela Gerência de Regulação e Atenção Hospitalar da SMSA realiza uma análise técnica para avaliação e aprovação da proposta encaminhada pelos hospitais. Esta, para ser aceita, deve estar de acordo com as recomendações da Portaria.

Após a formalização, estabelecida a partir da assinatura do termo de adesão ao incentivo à rede 100% SUS-BH, os valores adicionais de custeio, a título de incentivo, e as regras de repasse presentes no Termo de Adesão são incorporados ao contrato global, no padrão estabelecido pelo MS. Cabe ressaltar que, neste termo de adesão, o repasse do incentivo financeiro está condicionado ao cumprimento dos indicadores pactuados e negociados de forma específica e de

acordo com o perfil assistencial de cada instituição. Os indicadores, monitorados mensalmente, subsidiam a apuração desse valor.

Impactos da Adesão ao Incentivo 100% SUS-BH

Três hospitais filantrópicos de BH aderiram à Portaria SMSA/SUS-BH nº 18/2010 desde a sua publicação. Fica evidente na TAB.1 um incremento de 550 leitos para SUS-BH. O aumento no número de leitos vem ocorrendo gradativamente, à medida que os hospitais adequam sua área física às exigências pactuadas.

TABELA 1

Expansão do número de leitos dos hospitais que aderiram ao Incentivo de Adesão à Rede 100% SUS-BH e valor mensal do incentivo

Hospitais	Nº Iniciais	Leitos Finais	Expansão		Valor Incentivo	
			Física	%	Total	P/Leito Novo
Hospital A	773	1.085	312	40,36	4.369.904,83	14.006,11
Hospital B	93	200	107	115,05%	824.491,20	7.705,53
Hospital C	83	214	131	157,03%	1.352.605,50	10.325,23
TOTAL	949	1.499	550		6.547.001,53	

Fonte: Termos de adesão dos hospitais filantrópicos ao Incentivo 100% SUS-BH

O repasse do incentivo está condicionado à comprovação da abertura do leito, sua ocupação efetiva regulada pela Central de Internação e ao faturamento apurado no período. Cabe ressaltar que o incentivo financeiro destina-se à complementação do custeio dos leitos de Clínica Médica, Ortopedia e UTI de Adultos.

Permanecem como desafios para a consolidação da proposta de Adesão ao Incentivo 100%SUS-BH:

- Aprimorar os controles internos da SMSA, aperfeiçoando e integrando os sistemas de informação, possibilitando a disponibilização dos dados necessários à regulação dos fluxos assistenciais em tempo oportuno;
- Adequar e sistematizar o acompanhamento dos instrumentos contratuais pelo grupo de gestores de contrato;
- Garantir o total cumprimento das normas pré-estabelecidas nos contratos;
- Facilitar a interlocução entre as partes de forma a garantir agilidade na solução de problemas;
- Garantir a efetiva participação do Controle Social;
- Garantir e manter o financiamento para viabilidade da proposta;
- Viabilizar o reajuste sistemático do incentivo financeiro de custeio, assegurando a manutenção do equilíbrio econômico da relação de contratação;
- Estimular a autonomia gerencial das unidades hospitalares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando que após dois anos de implantação da metodologia apresentada, já podemos perceber que o principal impacto da criação do Incentivo de adesão à rede 100% SUS-BH tem sido o aumento do número de leitos, em um curto

período de tempo, a um custo acessível do ponto de vista do orçamento público.

Tendo em vista a clareza do processo de pactuação, em que as competências estão absolutamente definidas, percebe-se um maior estreitamento da relação prestador/gestor municipal, permitindo a concretização desta parceria.

Soma-se a isso a melhoria no processo de regulação dos leitos por parte da Central de Internação (CINT), propiciando a ampliação de acesso equânime da população aos serviços hospitalares, especificamente no que se refere aos atendimentos em clínica médica, ortopedia e UTI adulto, que motivaram esta política assistencial.

Há ajustes importantes do ponto de vista do processo de trabalho das equipes de saúde e, também da gestão hospitalar, que precisam ser realizadas para dar conta do cumprimento das metas pactuadas. Portanto, a contratualização parece ser um dispositivo de mudança no processo de organização interna dos hospitais que fizeram a adesão.

REFERÊNCIAS

- 1 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Atenção Hospitalar. Reforma do Sistema de Atenção Hospitalar Brasileira. Cadernos de Atenção Especializada. nº 3, Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- 2 Matos CA, Pompeu JC. Onde estão os contratos? Análise da relação entre os prestadores privados de serviços de saúde e o SUS. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8(2):629-43, 2003.
- 3 England R. La Contratación y la Gestión del Rendimiento en el Sector Salud. Conceptos, indicaciones y ejemplos para su puesta en práctica. (DFID). Centro de Recursos en Sistemas de Salud (HSRC), Londres, 2002.
- 4 Lopes MIP, Matos SG, Melo JA, Amorim MA, Andrade RMG. A construção da mudança do modelo de atenção com ênfase na atenção primária. In: Magalhães Júnior HM. *Desafios e Inovações na gestão do SUS em Belo Horizonte: a experiência de 2003 a 2008*. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2010. P. 127-147.
- 5 Carvalho DMT. Financiamento da Assistência Médico Hospitalar no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*. 12(4):879-92, 2007.
- 6 Forgia GM, Coutollenc BF. Desempenho hospitalar no Brasil. Em busca da excelência. The Word Bank, Instituto Brasileiro para estudo e desenvolvimento do setor de saúde/IBEDESS. Editora Singular. São Paulo, 2009.
- 7 Jorge AO, Fuzikawa A, Martins CA, Dias EC, Vasconcelos LLC, Drummond MCF et al. O desafio da regulação como facilitadora de acesso e garantidora da equidade. In: Magalhães Júnior HM. *Desafios e Inovações na gestão do SUS em Belo Horizonte: a experiência de 2003 a 2008*. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2010. p. 219-69.
- 8 Lima SML. Possibilidades e limites da contratualização no aprimoramento da gestão e da assistência nos hospitais: o caso dos hospitais de ensino no Sistema Único de Saúde Brasileiro. 2009. 327f. Tese (Doutorado em Ciências/ Saúde Pública) - ENSP. Rio de Janeiro. 2009.
- 9 SMSA. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Portaria SMSA/SUS-BH Nº 018/2010, de 17 de Setembro de

2010. Belo Horizonte (Brasil): SMSA;
2010.

Correspondência:

Secretaria Municipal de Saúde de Belo
Horizonte

Contato: Prof. Ninon de Miranda Fortes

E-mail: cynon@uol.com.br

Recebido em: 01/04/2013

Aceito em: 10/05/2013