

NOTA SOBRE A PROPOSTA DE CO-GESTÃO ENTRE OS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS E AS SECRETARIAS ESTADUAIS DE SAÚDE

*Francisco Eduardo de Campos
**Sábado Nicolau Girardi

Nesse momento, vive-se a oportunidade de se promover uma ampla reforma do setor saúde no Brasil. Um claro indicador desta oportunidade foi a aprovação pela Assembleia Nacional Constituinte de um texto que, apesar de não conter a íntegra da proposta feita por aqueles segmentos mais comprometidos com a melhoria radical das condições de vida e saúde da população, representa expressivo avanço.

A proposição da legislação ordinária que regulamenta o Sistema Único de Saúde, nesse contexto, é de fundamental importância para impedir que as dúvidas constantes do texto constitucional representem retrocesso aos ganhos que se conseguiu até o presente momento. Neste sentido a Universidade de Brasília, atendendo a uma solicitação dos Ministérios da Saúde, da Previdência Social, do IPEA/SEPLAN e da Organização Panamericana da Saúde, reuniu um grupo de especialistas daquela casa e de outras Instituições de Ensino e Pesquisa, para elaborar o projeto de lei para o Sistema Único de Saúde. Tal projeto, de elaboração coletiva, foi discutido em diversas ocasiões, com representações de diferentes segmentos interessados na matéria em pauta.

Em linhas gerais, no que diz respeito às atribuições e responsabilidades dos diferentes níveis de governo,

optou-se, no referido anteprojeto, pela supressão de qualquer tipo de prestação de serviço de saúde pelo nível federal. Trata-se de uma proposição distinta das que até então vinham sendo trabalhadas, até mesmo nos documentos elaborados pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária. Ali se previa serviços de referência nacional executados diretamente pelo novo Ministério da Saúde. Dentre outros fatores, justifica a nova opção a dificuldade de se definir os serviços de referência nacional, uma vez que muitas vezes estes não existem isoladamente mas se encontram complexamente imbricados em instituições que têm, em outras áreas, abrangência apenas estadual ou loco-regional. O exemplo típico desta situação são aqueles Hospitais Universitários onde determinados serviços detêm alta tecnologia e funcionam, efetivamente, como referência nacional, enquanto outros serviços, de menor complexidade tecnológica, atendem tão somente à nosologia regional. Nestes casos, seria muito difícil, quando não impossível mesmo, desmembrar tais serviços, repartindo-os pelos níveis de referência correspondentes. Tal procedimento seria como esquartejar tais instituições. Justifica por outro lado esta nova opção a existência de serviços ligados à esfera estadual que vêm assumindo efetivamente papel de refe-

rência nacional. Assim, optou-se, no projeto de lei, por uma configuração onde as referências nacionais serão executadas pelos Estados, garantidos mecanismos de compensação financeira nos repasses federais para aquelas Secretarias Estaduais que assumam tais encargos.

Entende-se, portanto, que desaparece a presença federal na prestação direta dos serviços de saúde. O papel da União se circunscreve, assim, a esferas como a formulação e a compatibilização das políticas, o desenvolvimento de ações de apoio estratégicas que transcendam o nível estadual como o controle de qualidade, a informação sobre endemias que ultrapassam os limites estaduais, a produção de insumos e imuno-biológicos, a preparação estratégica de Recursos Humanos etc. A expressiva rede de ambulatórios e unidades mistas da FSESP, as estruturas descentralizadas da SUCAM, os hospitais da SNPES/MS, os serviços da Fundação das Pioneiras Sociais, os serviços próprios dos demais Ministérios, e em tempo de paz os serviços das Forças Armadas, deverão se incorporar ao SUS, dentro de um cronograma elaborado de sorte a evitar descontinuidade na prestação dos serviços. Alguns destes serviços, que têm atuação supra-municipal deverão ser estaduais e aqueles cuja abrangência se limita ao município deverão ser descentralizados para a esfera municipal. Todos os equipamentos de saúde bem como os recursos que os sustentem serão transferidos para a esfera de governo correspondente (estadual ou municipal) e administrados por este nível. Uma outra discussão que não deve ser confundida com esta primeira, qual seja a do princípio do comando único em cada nível, é a forma de garantir mecanismos de gestão democrática destes serviços. Deve-se atentar para o risco sempre presente da mera substituição do gestor dos serviços. Para isso se propõe no ante-projeto um papel destacado para os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde. Tais conselhos deverão ser constituídos por representações da sociedade civil organizada e do Estado e na sua pauta de funções deverão ganhar maior relevo as questões de deliberação em relação às de assessoramento.

Ressalte-se, ainda, que pela fórmu-

* Professor Adjunto, Faculdade de Medicina da UFMG

** Pesquisador, NESCON-UFMG



la proposta ficam extintos, por se tornarem totalmente dispensáveis, os mecanismos de convênio dentro do setor público. Com isso deverão desaparecer os acordos hoje feitos entre órgãos públicos de diferentes níveis para prestação de serviços de saúde. A gestão convencional, que tantas distorções produziu, deve ficar assim superada. Assim sendo, cada esfera de governo passa a contar, para fazer frente aos compromissos com a saúde, de frações das receitas tributárias geradas no próprio nível de governo acrescidos de recursos repassados pelos níveis mais centrais. Espera-se que o primeiro componente seja reforçado com os adicionais gerados, para cada nível, pela reforma tributária ora em curso.

Como era esperado, reações mais ou menos localizadas estão surgindo contra as mudanças propostas. De um lado se agrupam aqueles setores privilegiados nas conjunturas anteriores que se opõem à supressão de suas tradicionais vantagens. Por outro lado passam a manifestar-se com intensidade crescente reações corporativas vindas de diferentes segmentos da sociedade. É o caso das resistências de profissionais de saúde, funcionários públicos e dirigentes das instituições atingidas pelo projeto que se sentem inseguros com as mudanças propostas. É este também o caso dos reclames de parte da comunidade acadêmica contra a nova situação que se desenha para os Hospitais Universitários.

A PROPOSTA DO ANTEPROJETO DA LEI DO SUS PARA OS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS

O 15º artigo do Anteprojeto de Lei, que determina a co-gestão dos Hospitais Universitários, é um dos pontos que vem causando mais polêmica e que tem levantado contra si maiores reações por parte da comunidade acadêmica. Por esse artigo os HU's passam a ser co-geridos pela instituição acadêmica e pela respectiva Secretaria Estadual de Saúde. Essa é, naturalmente, apenas uma solução intermediária no espectro de soluções possíveis. Uma solução mais radical seria, por exemplo, a praticada em países como Cuba, onde o Ministério da Saúde detém o controle completo da rede pública, incluindo aí os Hospitais Universitários. Num outro polo estaria a organização descentralizada do Sistema Único da Saúde deixando de fora os Hospitais Universitários. Enquanto a primeira al-

tenativa, no contexto da sociedade brasileira, pode ferir de morte a autonomia universitária, princípio consagrado na nova Constituição, a segunda traz o risco de insular por completo as instituições acadêmicas, colocando-as à margem do SUS e alienando-as de seu compromisso social. Entende-se, pelas razões sumariamente expostas, que nenhuma das formas apontadas deva ser a indicada no caso brasileiro. A opção pela co-gestão, da forma proposta, pareceu a mais conveniente.

Na verdade uma das questões que fundamentam essa discussão e que motivaram a opção tomada pelo Grupo de Assessoramento é a da especificidade que possui a ação assistencial em "ambientes" acadêmicos. Ocorre que, enquanto o enfrentamento dos problemas de saúde, sejam elas prestadas por profissionais da Secretaria, do INAMPS, da FSESP, do Ministério da Saúde, ou de qualquer outro órgão, as prestadas pelas instituições acadêmicas devem ter em si uma representação ponderal diferenciada, vez que nela ganham relevo os aspectos de ensino-aprendizagem e de investigação. Aí, precisamente, a razão que justifica o tratamento singular que deve ser dado aos HU's na reorganização do Sistema de Saúde.

Polemizando com os que propõe a co-gestão colocam-se alguns setores acadêmicos contra-argumentando que ela atentaria contra a autonomia universitária, princípio consagrado no texto constitucional. É necessário abordar essa questão com o devido cuidado no sentido de se evitar que preconceitos, reações corporativas e interesses menores possam deter o ritmo de uma reforma setorial ansiosamente aguardada e de fato parcialmente gestada no interior da própria Universidade. Por outro lado, é também indesejável que uma "ânsia de racionalização" irrealística — ingênua ou mal-intencionada — ponha a pique as instituições acadêmicas sem qualquer contrapartida. Impõe-se, nessa medida, uma profunda reflexão sobre a questão da autonomia universitária.

Em primeiro lugar, é importante que se diga que o princípio da autonomia universitária é uma conquista constitucional de inquestionável valor. Trata-se de reivindicação transcendental, essencial para garantir o cumprimento das funções finalísticas da Universidade. Entretanto, não menos importante, é o reconhecimento de que há diferentes formas de conceber a au-

tonomia e mais ainda de se praticá-la. A Autonomia, na concepção aqui defendida, não pode significar, nem mesmo remotamente, algo como a alienação ou o enclausuramento da Universidade em relação às demandas da sociedade. Afinal, entende-se que os que sustentam a Universidade, o conjunto de cidadãos, o fazem para que ela tenha como compromisso mais importante a busca incessante de respostas aos seus problemas e inquietações. Certamente não interessa aos segmentos majoritários da população que a Universidade lhes seja refratária enclausulando-se numa autonomia corporativista e elitista. Esse tipo de "autonomia", em realidade, interessa sim às elites tradicionalmente privilegiadas em nosso país, à conta das quais se pode imputar, sem qualquer dúvida, entre outras coisas a situação caótica em que se encontram os setores de Educação e Saúde. É certo que não é essa "autonomia" que deva ser resguardada. A autonomia que se quer assegurar implica, necessariamente, em aumentar e qualificar a participação da Universidade, democratizando sua gestão. E esta é, seguramente, a única fórmula capaz de fazer efetivamente frente aos contra-tempos propiciados pelas conjunturas políticas instáveis e autoritárias que frequentemente assombram nossas paragens. A qualificação do papel da Universidade e sua democratização é a única maneira de legitimamente evitar que se outorgue ao poder de plantão interferência sobre os rumos acadêmicos.

Nesse propósito, no projeto de lei em tela, os Hospitais Universitários foram os únicos a receber tratamento diferenciado, entre os atuais prestadores federais de serviços de saúde. A eles foi assegurado a não incorporação às redes estaduais de saúde, regra geral para os demais estabelecimentos, mas se propôs o funcionamento em co-gestão com a Secretaria Estadual, que será a gestora do Sistema Estadual de Saúde e administradora do Fundo Estadual de Saúde. Entre as hipóteses que poderiam ser aventadas, esse tratamento privilegiado parece ser a melhor maneira de garantir a integridade dessas instituições no cumprimento do importante papel que lhes cabe. Constitui-se esse, na verdade, em tratamento privilegiado entre as hipóteses que poderiam ser aventadas e a que pode garantir de melhor maneira a continuidade destas instituições no importante papel que lhes cabe.

BREVE LEVANTAMENTO DA PARTICIPAÇÃO DOS HOSPITAIS DE ENSINO NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

De maneira simplificada pode-se dizer que, em sua primeira fase, os Hospitais Universitários existiram com o intuito maior de dar suporte às atividades de ensino e pesquisa. Nessa fase, conforme afirmam muitos autores, concebia-se a assistência como mero sub-produto dos processos didático-pedagógicos. Os esquemas de financiamento provinham, no caso das Universidades Federais, quase que exclusivamente de recursos orçamentários regulares da União. Assim, sem maiores preocupações com aspectos econômicos envolvidos na prestação dos serviços, as instituições podiam se dar ao luxo da permanência de doentes por largos períodos para servirem como "matéria prima" para a pesquisa e o ensino. Cumpria assim atender a doentes, em geral indigentes, que no mais das vezes por serem mais dóceis se viam objeto da mais pura manipulação. Nesta fase vivia-se uma situação de "autonomia" saudosa a muitos. Uma Universidade que autonomamente, através de seus colegiados decisórios, traçava, aparentemente sem qualquer pressão externa, a sua política de ensino, pesquisa e assistência. Sabe-se, contudo, que este modelo era vulnerável a interesses extra-institucionais. Um dos exemplos desta vulnerabilidade era o entrecruzamento de interesses de determinados segmentos de docentes e pesquisadores com indústrias farmacêuticas e de equipamentos, para citar apenas um exemplo.

A partir da Reforma Universitária, mais precisamente nos anos 70, com a expansão do ensino superior, esta relação sofreu mudanças significativas. Impôs-se às estruturas acadêmicas a busca de maior integração com as estruturas de serviço. O financiamento externo implicou condições que redundaram, na prática, numa ruptura do esquema de autonomia até então vigente. Nesse segundo momento, a relação entre os Hospitais Universitários e a Previdência Social passou a ganhar importância crescente. Aplicou-se às Universidades o mesmo mecanismo de compra e venda dos serviços utilizados nas relações com o setor privado. Apenas em meados da década de 70 é que se passou a adotar uma proposta diferenciada, concretizada na minuta padrão MEC/MPAS que substituiu, na

rede de ensino, o mecanismo de pagamento baseado em procedimentos, as malsinada e corruptoras US (Unidades de Serviço). Pode-se dizer que este novo tipo de relacionamento, o pagamento por altas hospitalares constituiu-se num importante campo de experimentação que tornou possível, cinco anos depois, no bojo das medidas racionalizadoras propostas pelo CONASP, a substituição das Guias de Internação Hospitalar (GIH) pelo sistema AIH para toda a rede contratada.

Esta brevíssima e talvez mesmo pouco rigorosa digressão tem um sentido modesto. Quer-se tão somente apontar para a paulatina substituição das fontes orçamentárias regulares do orçamento do Tesouro Nacional (via MEC) por outras fontes, especialmente as receitas previdenciárias, para as despesas de custeio e de capital dos HUs. Este quadro de diversificação pode-se dizer compulsória das fontes de financiamento para os HUs se viu reforçado no decorrer dos anos 80 com o agravamento da crise financeira-fiscal do Estado Brasileiro ao ponto de, no presente momento, o orçamento previdenciário representar mais de 4/5 dos recursos de OCC da maioria dos Hospitais Universitários. O que se tem hoje, então, na prática, é a adoção do mecanismo convenial de venda de serviços à Previdência determinada longe do ascetismo da academia. Dessa forma, pode-se dizer que a autonomia universitária esbarra hoje nas portarias da secretaria de Serviços Médicos do MPAS e nas decisões da CIPLAN, sendo por aí também condicionada. Isto, é claro, tem como resultado algumas situações completamente indesejáveis. É o caso de uma grande quantidade de Hospitais Universitários funcionarem hoje como balcões de venda de serviços, intentando algumas vezes, inclusive, inutilmente, competir com a rede privada. Competição essa desigual, diga-se de passagem, mas em inúmeras vezes estimuladora de uma relação incestuosa entre os HUs e o setor privado.

Uma constatação muito clara é, portanto, a de que sob uma autonomia formalmente assegurada para os HUs pesa o fardo de uma real subsunção das instituições acadêmicas às decisões dos financiadores externos, fardo esse tão mais pesado quanto maior o volume e o grau de "exclusivismo" da participação do financiador. Note-se a esse respeito a formação de um forte oligopsonio do setor saúde no Brasil.

Cabe portanto antes de pomposamente se discursar a apologia de uma autonomia metafísica e esvaziada, qualificá-la. Trata-se de uma discussão muito atual, especialmente nos HUs que assumiram um formato mais empresarial (onde coexistem a captação de recursos públicos, privados e até mesmo de pré-pagamento) nos quais os resultados financeiros passaram a se sobrepor ao compromisso social. Esta discussão não é exclusividade da área de serviços, mas vale também para os projetos de pesquisa majoritariamente financiados, hoje, a partir de fontes externas ou específicas. Nesse último caso há quem pense que o ideal seria que a própria Universidade recebesse e gerisse os recursos para a investigação de acordo com prioridades livre e autonomamente estabelecidas.

ALTERNATIVAS PARA O RELACIONAMENTO ENTRE OS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS E O SUS

Não são muitas as hipóteses de relacionamento entre os HUs e o SUS. Algumas delas estão abaixo delineadas pela seguinte ordem, discutidas uma a uma: (a) — a produção *motu proprio* dos serviços pelos HUs; (b) — a venda mercantil de serviços; (c) — a integração programática (d) — a co-gestão (e) — integração ao SUS.

1ª opção: É possível (e desejável) o nostálgico retorno à produção *motu proprio* dos serviços de saúde?

Esta posição, aparentemente, é a que mais coadunaria com o princípio constitucional da autonomia universitária. Os HUs funcionariam paralelamente ao SUS intervindo naquela parcela de casos que lhe interessasse. A elevação do percentual dos recursos orçamentários destinados à educação, por dispositivo constitucional, poderia dar guarida a esta proposta. Seria o retorno à situação original dos HUs onde a determinação principal não seria a da prestação de serviços mas a produção e divulgação do saber, a pesquisa e a docência. Esta é, no entanto, apenas a face aparente da questão. Em realidade, e isto é consensual dentro e fora do ambiente da educação médica, as distorções trazidas pela reintrodução deste modelo seriam excepcionalmente grandes. Os benefícios produzidos seriam também bastante discutíveis; quer em termos da adequação do perfil dos profissionais egressos das instituições acadêmicas, quer das investi-

gações efetuadas, uma vez que pouco teriam ambos a ver com o mundo real. Ademais, haverá que se discutir a factibilidade orçamentária deste modelo. Parece ser também consenso que esta não existe, uma vez que os recursos a mais para o setor educação dificilmente aumentarão a porção que toca ao ensino superior e dentro deste último, certamente os HU's, vorazes

consumidores de recursos dentro das IES, não serão os privilegiados.

2ª opção: É interessante manter a venda mercantil de serviços ao SUS?

Sob a aparência de uma situação formal que preserva a autonomia o que se observa hoje é uma mera relação mercantil, de balcão, entre os compradores — colegiados interinsitucionais —

e os vendedores de serviços — as academias. Teria sido desejável que as instituições académicas tivessem, nesse passado bem recente, rompido com essa modalidade de relacionamento participando não somente da produção e venda de serviços mas também da formulação e implementação das políticas de saúde. Isso entretanto, por razões diversas, não ocorreu. Na maioria dos



casos a participação das representações universitárias nos colegiados interinstitucionais da Saúde se resumiu à negociação privilegiada das condições da venda dos serviços.

Se se aceita a assertiva que a situação criada não é de autonomia mas de subsunção às políticas definidas pelos organismos e entidades financiadoras há que se fazer algumas considerações adicionais. Em primeiro lugar, é nítido que a produção e venda de serviços dos HU's para a Previdência não deve e nem pode concorrer "pari passu" com o setor privado, mesmo porque as atividades de produção acadêmica e de ensino necessariamente elevam os custos da prestação de serviços, e isto por si só já os colocaria em franca desvantagem. Isso ocorreria mesmo numa situação hipotética onde as demandas dos hospitais de ensino públicos e da rede privada fossem rigorosamente semelhantes. Nem é isto, no entanto, o que se observa. Ademais do espectro de patologias a própria clientela atendida pelos HU's implicam custos mais elevados. Isso ocorre principalmente pelo maior fluxo de casos complexos e com prognósticos mais reservados aos HU's, o que necessariamente implica em propedêutica e terapêutica mais cara, o que por sua vez, e por motivos óbvios, não interessa ao setor privado.

O que se pode concluir, então, é que esta modalidade de relacionamento não é conveniente nem interessante porque nem mesmo remotamente preserva a autonomia. A possibilidade de se romper com a relação mercantil na prestação de serviços, constatada a inoportunidade do retorno ao modelo de produção *motu proprio* dos mesmos, aponta na direção de três alternativas, a saber: a integração programática, por muitos considerada a única que preserva a autonomia universitária; a co-gestão dos HU's, da forma proposta no anteprojeto de lei e a subordinação administrativa dos HU's ao SUS. Analisar-se-á a seguir mais de perto cada uma dessas alternativas.

3ª opção: É factível e suficiente a "integração programática"?

Uma das propostas alternativas que vem sendo aventada para a situação, que ultrapassaria a mera relação de venda de serviços, é a proposta de integração a nível programático. Está implícito nesta proposta que as instituições se assentariam em torno de uma mesma mesa e dividiriam os encargos e

responsabilidades mantendo cada uma delas, entretanto, sua própria identidade institucional. Trata-se na verdade de uma reedição mais elaborada da forma com a qual se trabalhou ao longo do desenvolvimento das Ações Integradas de Saúde. No tempo das AIS as instituições prestadoras de serviços de uma mesma região se assentavam em volta de uma mesa e desenhavam metas a serem atingidas pelo esforço comum. Naquele momento o que determinava tal estratégia era a constatação da inviabilidade da imediata unificação, o que colocava como horizonte imediato o da Integração Interinstitucional. Assim, as instituições, preservando sua identidade, passaram a integrar, programática e orçamentariamente, as ações de saúde desenvolvidas. Tratava-se, na verdade, de um passo para que no futuro se viabilizassem formas mais efetivas de interatuação. Apesar de alguns evidentes avanços, a experiência demonstrou que as AIS traziam também algumas importantes distorções, na medida em que o poder de cada um dos que se assentava à mesa era diretamente proporcional à disposição institucional de integrar efetivamente os serviços e ao lastro de recursos que dispunha para as atividades a serem programadas integralmente.

Deve ser ressaltado que nem no período das AIS o conjunto das Universidades brasileiras conseguiu delinear uma integração programática que ultrapassasse a venda dos serviços produzidos por suas próprias unidades, avançando na área de definição de modelos assistenciais, de revisão dos perfis dos recursos humanos por ela preparados e do delineamento de novas linhas de investigação que respondessem às necessidades reais, apenas para citar alguns exemplos. Os mesmos fatos que obstaculizam a participação acadêmica nas AIS continuam presentes, não havendo fato novo que garanta que o que não deu certo no passado recente tenha mais chances agora. Pelo contrário, é provável que a partir da implementação do SUS a situação certamente se complicará: ter-se-á de um lado uma poderosa Secretaria Estadual de Saúde, gestora única do Fundo Estadual de Saúde, discutindo critérios de repasse a centenas de prefeituras municipais e a tão somente uma instituição não partícipe do SUS — a Universidade. Há que se perguntar se a tendência das Secretarias Estaduais seria de valorizar e

reforçar os esforços acadêmicos, reconhecendo sua transcendência, ou se ao contrário, a médio prazo a premência por resultados imediatos dos dirigentes dos serviços de saúde não levaria a aventuras como a implementação de serviços próprios superpostos a áreas de vocação claramente acadêmicas, como a High-Tech. Note-se adicionalmente que não se fala de uma Universidade ideal e genérica mas da Universidade brasileira, com todos os seus problemas de realização e produtividade.

Na verdade, a integração programática com um único interlocutor financeiramente muito mais poderoso corresponde a uma co-gestão inespecífica e não assumida. Isso porque, necessariamente o poder financeiro diferenciado entre a Secretaria Estadual e a Universidade poderá colocar a segunda, como revel, à mercê de decisões da primeira. Ainda que se preserve a aparência não se modificará a essência da sutil moldagem feita desde fora, por meio dos efeitos da indução econômica. O argumento que através deste artifício seria preservada a autonomia é meramente formal. Trata-se de uma defesa da forma e de uma fuga à discussão de como influenciar mais efetivamente um processo de mudança participando e contribuindo ativamente.

Como explicar aos usuários-contribuintes a ausência de quem poderia dar a mais qualificada das contribuições, a academia, da empreitada da reformulação setorial? A proposta de integração programática corresponde, na verdade, ao entendimento que a reformulação setorial é mais um evento externo ao qual a academia *comparece* como num projeto de extensão, por um singular e "autônomo" ato volitivo unilateral. Esta postura repete, na verdade, um anacrônico vício de classificar as ações que se passam fora dos muros acadêmicos como de extensão, o que carrega uma conotação ideológica indefensável. A simples integração programática não assegura sequer à Universidade a influência na determinação de prioridades assistenciais, por exemplo. Constatada a penúria das dotações orçamentárias acadêmicas, e ao contrário do que poderia inicialmente parecer, corre-se o risco de uma integração programática atentatória à autonomia. De resto, integração implica necessariamente em uma vinculação mais frouxa que não significa compromisso efetivo. Que

autoridade sanitária, planejador ou conselho comunitário de saúde responsável e competente desenharia toda sua referência terciária num parceiro com base apenas numa vaga declaração de intenção que é o que pode vir a ser a "integração programática", se o não funcionamento deste setor pode por a pique todo o esforço feito no restante do sistema?

4ª opção: Quem tem medo da co-gestão?

A proposta da co-gestão pode amarrar mais firmemente os compromissos a serem traçados além de trazer a discussão da participação da academia para um espaço mais circunstanciado e específico. O que se propõe é que a nível de cada um dos HU's se crie uma instância que represente o nível de discussão e deliberação sobre a participação desta Instituição no conjunto da prestação de serviços à saúde. Ao invés de se discutir num foro inespecífico, onde se farão presentes centenas de prefeitos e secretários municipais, se discutirá num foro criado especialmente para tal fim, onde estarão paritariamente representadas as instituições envolvidas: de um lado a Secretaria Estadual e de outro a instituição acadêmica.

Trata-se, na verdade, de uma co-gestão atípica por ser favorável à Instituição acadêmica. As experiências de co-gestão, levadas a efeito entre os Hospitais do Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais com a Previdência Social, previam que a participação na decisão como diretamente proporcional à participação financeira no custeio. Traduzindo, a despesa de custeio era rachada meio a meio. No caso das instituições acadêmicas, a se manter a tendência dos últimos anos, certamente a participação do SUS será maior que o da instituição acadêmica. Ainda assim se propõe a co-gestão.

A co-gestão significaria a participação das instâncias acadêmicas e de serviço mais além da prestação de serviços na formulação da política assistencial a nível de cada um dos HU's. Neste caso, haverá que se levar em conta as especificidades da assistência que convive com a pesquisa e o ensino, necessariamente mais onerosa e de maior complexidade. Pode-se superar desta forma o risco de que as Secretarias Estaduais tenham que fa-

zer descompromissadamente a opção pela compra dos serviços de saúde. Neste caso certamente nada mais terá influência nesta relação — que poderá se dar em termos econômicos puramente mercantis — que a possibilidade de se comprar serviços ao mais baixo preço.

Evidentemente há que se ter cuidado com esta opção uma vez que a experiência da co-gestão é bastante recente em nosso país. Em muitos casos a experiência falhou pelo fato de que a participação financeira ou o poder político entre as instituições co-gestionárias era distinto. Certamente não será este o caso da instituição acadêmica, ciosa de suas próprias potencialidades. Por fim, há que se ter cuidado ao se analisar as experiências de co-gestão acumuladas até o momento. Existem problemas que são mais políticos, ligados à própria filosofia do projeto co-gestionário como os anteriormente apontados. Outros problemas têm natureza claramente gerencial, e podem ser resolvidos com outros remédios. E ainda neste caso a existência do mecanismo co-gestionário poderá vir a resolver problemas hoje detectados na administração pública federal. Muitos hospitais têm hoje alas e andares e serviços fechados pela inflexibilidade "daspiana" para administrar seu quadro de pessoal. A expansão física e os complexos equipamentos adquiridos nos últimos anos muitas vezes estão ociosos e se sucateando pela dificuldade de manejar pessoal e outros recursos. Uma das hipóteses com a qual poderá trabalhar a co-gestão deverá ser a criação de mecanismos ágeis de gestão de um fundo único a ser autonomamente co-gerido que poderá dar uma flexibilidade antes não experimentada.

Trata-se de uma proposta corajosa, que necessariamente implica em riscos não experimentados antes pelas instituições acadêmicas. Sem se correr este risco, contudo, não há como se pensar uma proposta que rompa com a situação existente. Não há possibilidade de mudança sem risco.

Impõe-se por conseguinte uma reflexão e abertura não preconceituosas e que poderá inaugurar uma nova era tanto na saúde quanto na educação.

5ª opção: Seria prudente a incorporação dos HU's ao SUS?

A convicção estabelecida entre planejadores de sistemas de saúde de al-

guns países que transformaram radicalmente seu setor saúde e que ostentam bons indicadores sanitários, como Cuba, é de que não tem sentido a existência autônoma de serviços de saúde vinculados às instituições acadêmicas. O argumento é que apenas o comando único destas instituições assegura seu funcionamento como uma rede regionalizada e hierarquizada com padrões técnicos normatizados e com o controle das ações e custos envolvidos. Tais argumentos são procedentes. Sob a ótica do planejamento de saúde, a subordinação de todas as instituições públicas a um único comando facilitaria sobremaneira a definição de tarefas e a atribuição de responsabilidades às distintas instituições. Adicionalmente se poderia unificar procedimentos, salários e obrigações, entre outros.

Esta opção traz em si, entretanto, o risco de que se estabeleça tratamento igual a desiguais. É importante que fique caracterizado que a assistência em ambiente acadêmico deve ser, necessariamente, indissociável dos processos de ensino e da investigação. Seus custos tendem a ser inexoravelmente mais elevados. Não se pode compará-los indiscriminadamente com outros serviços com base em parâmetros econômicos estandarizados para outras realidades assistenciais. Neste caso as administrações centrais puderam, diante das premências sanitárias, da crise orçamentária e das conjunturas específicas, não valorizar adequadamente as atividades de corte acadêmico. É exatamente aí que está a diferença que leva Cuba, que tem um sistema político estável e voltado para as necessidades populares, poder subordinar os hospitais de ensino ao sistema de saúde. Ambos, no caso, conforme se sabe, respondem efetivamente às necessidades da população.

A pergunta que se deve fazer é se estrategicamente compensa correr este risco na situação brasileira, onde é prática política usual o loteamento de cargos entre distintas correntes políticas. Como se portarão os policy-makers do setor saúde, ansiosos por resultados imediatistas, tendo subordinados a si os HU's? Poderia se correr o risco de jogar por terra um patrimônio arduamente construído e que representa efetivamente um investimento no futuro, e que portanto não se destina a dar apenas respostas imediatas?