



HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS E DE ENSINO NO BRASIL: DESAFIOS E SOLUÇÕES

1. Introdução:

Entre os mais de 6.000 hospitais integrados ao Sistema Único de Saúde 154 foram reconhecidos pelos Ministérios da Saúde e da Educação como de ensino, ou auxiliares de ensino, segundo critérios estabelecidos em portaria de 1994, credenciando-se a parcela adicional de recursos do SUS, o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa em Saúde (FIDEPS).

Em 2001, esses hospitais foram responsáveis por aproximadamente 9% dos leitos, 12% das internações e 24% dos recursos do SUS destinados ao pagamento de internações (FIDEPS não incluso). Tal concentração reflete maior dimensão média, e envolvimento significativo com a alta complexidade. Responderam, no mesmo período, por algo em torno de 50% das cirurgias cardíacas, 70% dos transplantes, 50% das neurocirurgias e 65% dos atendimentos na área de malformações craniofaciais. Por seu caráter de referência, concentram os pacientes mais graves, que exigem mais recursos e atenção.

Tal posição corresponde ao papel assistencial para eles desenhado pelo próprio Conselho Nacional de Saúde, em documento aprovado por unanimidade em 1999, que considera essencial sua concentração no atendimento em níveis terciário e quaternário, abrangendo ações de média e alta complexidade.

Ao par deste destacado e bem definido papel assistencial, esses hospitais respondem pela formação de praticamente todos os estudantes da área de saúde de nível superior, de boa parte dos residentes do país, além de sediar muitos cursos de pós-graduação em senso estrito e amplo. São ainda responsáveis por boa parte dos projetos cadastrados na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, o que bem demonstra sua relevância neste campo.

2. Financiamento:

O universo de Hospitais credenciados para o FIDEPS, por definição, está integrado ao SUS, e tem em seus recursos parte de seu financiamento. Hospitais sem ligação com o SUS que exerçam alguma atividade formal de ensino existem, mas são muito poucos, e podem ser desconsiderados nesta análise sem prejuízo para as ordens de grandeza envolvidas.

A tabela de remuneração por procedimento do SUS, que vem sendo objeto de reavaliação sistemática pelo Ministério da Saúde, sabidamente não permite a cobertura integral dos custos de um hospital. As instituições filantrópicas vêm progressivamente comprometendo sua capacidade instalada com atendimento a planos de saúde e a clientes privados. As que não o fizerem apresentaram graves problemas financeiros.

Nos hospitais públicos, em geral, o quadro de pessoal é financiado pelos instituidores, mas de modo insuficiente. Para os 45 Hospitais Universitários (HU's) ligados as Instituições Federais de Ensino Superior (IFES), o Ministério da Educação (MEC) arca com tal despesa; no caso das Universidades Estaduais, o respectivo orçamento estadual.

Há também instituições públicas que direcionam recursos orçamentários para custeio de seus hospitais, que se somam aos provenientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Este é o caso de algumas unidades vinculadas ao Ministério da Saúde (MS), e a governos estaduais (São Paulo e Paraná, por exemplo).

Inúmeros hospitais públicos também têm recorrido ao atendimento de pacientes privados e de convênios, o que lhes oferece fonte de recursos e oportunidades de ganho adicional para seu corpo docente médico. Recentemente, a justiça estadual de São Paulo reconheceu, em 1º e 2º instâncias, a legalidade de tal procedimento.

Em linhas gerais, podemos assumir que há os seguintes padrões de financiamento dos Hospitais Universitários e de Ensino (HUE's) integrados ao Sistema Único de Saúde (SUS), do qual todos recebem por prestações de serviços:

- a. Recursos públicos exclusivamente do SUS (hospitais filantrópicos) – toda a despesa, inclusive pessoal, depende da prestação de serviços. Atendem ao SUS e ao mercado de planos de saúde, em proporções variadas. Entre os que comprovam mais de 60% de compromisso com o SUS, alguns fazem jus a um adicional baseado no faturamento de internações, o INTEGRASUS. Beneficiam-se de isenção de impostos, e encargos sociais;
- b. Recursos públicos para pessoal.

É o caso dos HUE's do Ministério da Educação. As despesas de pessoal estão

incluídas no orçamento das Universidades. No entanto, como não houve reposição sistemática através de concursos nos últimos anos, virtualmente todos os hospitais de sua rede têm trabalhadores contratados através das Fundações de Apoio, para o quê utilizam-se principalmente recursos do Sistema Único de Saúde (SUS). Têm apresentado problemas financeiros, por conta dessa dificuldade. Quase não têm verbas em seu orçamento de origem para custeio, mas se beneficiam do Programa Interministerial de Apoio (Ministério da Educação e Ministério da Saúde). São recursos distribuídos desde 1999, mas em volume inferior aos gastos de pessoal “terceirizado” (60 milhões em 2001, para um gasto com pessoal de aproximadamente 190 milhões).

Empresa pública de direito privado - Variante deste padrão são as empresas públicas, que contratam em regime CLT, de que são exemplos o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Universidade Federal do Rio Grande do Sul) e o Grupo Hospitalar Conceição (MS). Dispõem de quadros mais completos, e maior flexibilidade para administração de pessoal. Não comprometem recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) com folha de pessoal complementar. Mantêm seu custeio adequadamente, mesmo sem provisão orçamentária para tanto além do Sistema Único de Saúde (SUS).

c. Recursos públicos para pessoal e custeio. São exemplos os hospitais próprios do Ministério da Saúde, rede formada essencialmente por Institutos Nacionais que têm função normativa, além de assistencial, como o INCA (RJ). A maioria tem custeio orçamentado, e alguns têm acesso aos recursos do SUS. As dificuldades no quadro de pessoal são inferiores às vividas pelos HU's ligados ao Ministério da Educação. Regra geral, não apresentam crise de financiamento. Outros nesta categoria são hospitais de gestão estadual e municipal – a maioria tem recursos orçamentados pelo Estado para custeio, além de pessoal. São exemplos os da rede estadual de São Paulo (USP, UNESP e Unicamp) e a UEL (PR).

3. Principais dificuldades de financiamento:

a. Tabela SUS – estudos de custos concluídos este ano em alguns hospitais (HC/UFMG, HCPA, Hospitais São Lucas, HC/FMRP/USP, UNIFESP, HCPR, Grupo Hospitalar Conceição) - indicam que a tabela do SUS sub-remunera muitos procedimentos. O Ministério da Saúde tem trabalhado sistematicamente para corrigir distorções, e vem valorizando a área de alta complexidade, além de recentemente reajustar muitas consultas e procedimentos cirúrgicos. Tem havido permanente canal aberto de diálogo nesse aspecto, e o que se espera é que assim continue. O aperfeiçoamento da tabela SUS é relevante para todos, e vital para o setor filantrópico, que não dispõe de

recursos orçamentários para pessoal e custeio.

- b. Pessoal – a situação mais preocupante, nesse aspecto, é dos Hospitais Universitários (HU's) das Instituições Federais de Ensino Superior – IFES (MEC). No momento há aproximadamente 20.000 profissionais terceirizados pelos 45 HU's das IFES, embora nem todos atuem no atendimento público, ou diretamente para os Hospitais. De todo o modo, é significativo o valor oriundo do SUS destinado a custeio que é gasto com pessoal (em média, em torno de 36%).

Além do impacto financeiro, a terceirização extensa tem sido questionada no plano legal, com ações do Ministério Público Federal (MPF) e do Tribunal de Contas da União (TCU), principalmente. Várias IFES foram instruídas a demitir pessoal terceirizado, posto que a Constituição prevê o concurso público oficial, e investidura pública, como obrigatórios para os que trabalham em atividades-fim em instituições do Estado. Está caracterizado um conflito entre dois princípios fundamentais do serviço público, a saber, o do benefício social (o fechamento de hospitais ou serviços por falta de pessoal seria desastroso) e o de legalidade (a admissão ao serviço público deve ser por concurso oficial).

O Ministério da Educação fez realizar recentemente concurso público para 3.300 vagas de técnicos para seus HU's, passo importante para enfrentar o problema. Em uma proposta orçamentária para 2003 prevê mais 4.500 vagas com a mesma destinação.

Há outro aspecto muito relevante, ainda no que se refere ao setor público, quanto a pessoal. Inúmeros HUE's, federais e estaduais, utilizam recursos do SUS e de outras fontes de receita própria para complementar os salários de seus funcionários, seja na forma de carga horária adicional contratada, no pagamento por certos procedimentos (produtividade), seja para remunerar trabalho assistencial de docentes. A percepção geral é de que tais práticas estão associadas a melhor desempenho assistencial e acadêmico, embora lhes falte base legal clara e mínima regulamentação.

- c. Investimentos:

A condição de unidades de referência terciária e quaternária, a concentração de serviços médicos especializados com forte demanda por atualização tecnológica, a existência de cursos de pós-graduação senso estrito e amplo, e o crescimento da população idosa com suas demandas específicas, fazem com que os HUE's tenham grande necessidade de investir em equipamentos e novos espaços físicos. No entanto, a maioria dos instituidores não oferece programas de investimentos integrados ao orçamento, e de um modo geral o que se consegue não está articulado ao planejamento

das necessidades locais do Sistema de Saúde. Muitas oportunidades de investimento surgem de iniciativas nacionais (REFORSUS e PRORECON, por exemplo), ou de recursos federais na forma de emendas parlamentares. Em regra, não estão associados à necessária previsão de pessoal e fontes de custeio que assegurem a manutenção (freqüentemente muito cara) e atividade dos equipamentos.

4. A demanda social por atenção hospitalar de alta complexidade:

A pirâmide populacional brasileira está em pleno processo de alargamento em seus segmentos superiores. As capitais de estado já têm 8% de seus habitantes, em média, com mais de 60 anos, chegando a quase 13% no Rio de Janeiro. Esta tendência em muito se acentuará nas próximas décadas, precisamente porque tivemos um grande crescimento populacional nos anos 30, 40, 50 e 60 do século passado, e um acentuado aumento de expectativa de vida a beneficiar precisamente essa geração.

Ora, os idosos são a principal clientela da atenção hospitalar, especialmente a de alta complexidade. Ao receberem tratamento eficaz, para inúmeras doenças crônicas e degenerativas, vivem mais e melhor, mas freqüentemente dependentes de medicamentos e cuidados assistenciais por longos anos.

Fenômeno semelhante ocorre no outro extremo da vida. A melhor atenção a doenças congênitas e outras, que afetam as crianças no período perinatal, não apenas consome intensamente recursos (UTI's neonatais) como dá lugar a uma população que precisará de acompanhamento em longo prazo. Isto faz prever um crescimento significativo dos custos de assistência pública daqui em diante.

Os procedimentos assistenciais para deter ou amenizar os efeitos de uma moléstia geram uma expectativa pública muito intensa (vide o exemplo dos transplantes), afetam a população mais madura (que em geral tem maior capacidade de pressão política) e incorporam intensamente tecnologia de alto custo, o que estimula a indústria (de medicamentos e equipamentos) a utilizar-se de recursos de “marketing” para definir padrões de consumo que lhe sejam favoráveis.

Assim, a sociedade brasileira tem diante de si o enorme desafio de prover atenção à saúde a uma crescente população idosa, com um padrão qualidade cada vez mais aperfeiçoado, e arcar com os custos derivados, altos a ponto de podermos afirmar que nenhuma nação contemporânea, nem mesmo as mais desenvolvidas, resolveram de modo completo a relação entre disponibilidade e acesso “versus” financiamento adequado.

5. O papel dos HUE's:

Com o destacado papel que lhes compete na assistência de alta complexidade, e a crescente demanda por financiamento público, certamente cabem desafios aos HUE's na dimensão e complexidade da sociedade brasileira. Podem ser definidos, essencialmente, assim:

- ⑩ Desenvolver a qualidade assistencial de modo a que a maior parte possível da população beneficie-se do progresso tecnológico;
- ⑩ Estabelecer os padrões que otimizem o uso tecnologia estabelecida, evitando desperdícios e excesso de intervenções, sempre prejudicial aos pacientes (medicina baseada em evidências);
- ⑩ Avaliar de modo rigoroso, em rede nacional, os novos padrões de incorporação tecnológica, definindo as relações custo/benefício para os indivíduos e a sociedade, e assessorar o Ministério da Saúde na sua disponibilização;
- ⑩ Formar pessoal com capacidade de indicar e utilizar técnicas adequadas, mas também com visão crítica sobre as relações custo/benefício;
- ⑩ Formar pessoal capaz de articular e desenvolver a rede de pesquisa clínica avançada indispensável ao processo de avaliação tecnológica;
- ⑩ Colaborar com a formulação e desenvolvimento dos programas preventivos para as doenças crônicas e degenerativas mais comuns, forma mais adequada de evitar seus danos aos indivíduos e à sociedade;
- ⑩ Integrados às unidades acadêmicas, contribuir para um ensino de saúde equilibrado, nas esferas relativas a promoção, prevenção e reabilitação, bem como no uso de recursos de atenção primária, secundária e terciária, evitando-se o ensino excessivamente especializado e hospitalocêntrico.

6. Propostas para realizar esse papel social:

Considerando a análise feita da atual situação dos HUE's, e a projeção de sua importância social para o futuro, consideramos essencial apresentar, para o debate com toda a sociedade, um conjunto de diretrizes e ações a eles associadas, bem como dos principais atores institucionais a serem envolvidos.

- ⑩ Planejamento integrado das ações de ensino, pesquisa e assistência em cada Hospital Universitário. É importante que os planos anuais e plurianuais de ação dos HUE's sejam aprovados em seus Conselhos de Administração ou similares, e em órgão superior das Universidades, no caso dos HU's, assegurando-se a devida articulação de metas acadêmicas com as assistências.

- ⑩ Projetos e programas assistenciais, com suas metas, devem prever investimentos, necessidades de pessoal, nível e fonte de custeio, e serem aprovados no âmbito da gestão local do SUS, para assegurar benefício social e racionalizar gastos, bem como descompasso entre capacidade instalada e financiamento. O princípio de precedência dos hospitais públicos no atendimento ao SUS deve ser observado.

- ⑩ Tal processo de planejamento integrado, que também pode ser desencadeado por iniciativa centralizada em nível de município, estado ou federação, deve ser consolidado em forma jurídica que se assemelhe a um contrato de gestão entre o HUE e o SUS, provendo metas físicas e de qualidade, recursos materiais e humanos, responsabilidades de cada parte, ultrapassando a atual lógica de remuneração por serviços, mas evitando o desperdício associado à dotação orçamentária sem compromisso de metas.

- ⑩ Desenvolver um modelo jurídico para gestão dos HUE's públicos, oferecendo mais flexibilidade administrativa, em especial no que diz respeito ao quadro de pessoal e à utilização da capacidade instalada para atendimento a clientes institucionais extra-SUS.

- ⑩ Os contratos de gestão incluiriam metas de ensino e pesquisa, tais como formação e aperfeiçoamento de pessoal de nível médio e superior, inclusive dos trabalhadores que integram a base local do SUS. A ênfase nos planos de pesquisa deve estar com a avaliação tecnológica, ou seja, os HUE's devem constituir uma rede nacional de pesquisa clínica capaz de avaliar eficiência, eficácia e custo-efetividade social de novas tecnologias (medicamentos, equipamentos e meios de diagnóstico e tratamento), de modo a assegurar racionalidade e equidade no uso dos recursos da sociedade, visando ao bem comum.

- ⑩ Tais aspectos de relevância predominante na relação entre HUE's e SUS obviamente não podem interferir com a autonomia própria das instituições de ensino, que continuarão a desenvolver projetos de ensino e pesquisa de seu próprio moto nessa e em muitas outras áreas de interesse, buscando as devidas fontes de financiamento, públicas ou não.

- ⑩ Para dar início, ou continuidade, a tal projeto de consolidação do papel dos HUE's para a sociedade brasileira, julgamos que o primeiro passo deve ser a constituição de um grupo de trabalho, se possível de iniciativa governamental, com representantes do Ministério da Educação (MEC), Ministério da Saúde (MS), Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT), poder judiciário, associações representativas de profissionais de saúde, Conselho Nacional de Saúde, hospitais universitários, universidades, Congresso Nacional, secretarias estaduais e municipais de saúde, que elaboraria um projeto geral de trabalho, com seu respectivo arcabouço legal.

- ⑩ É importante que um subgrupo se encarregue de avaliar as principais e mais urgentes pendências do passado, que envolvam HUE's públicos, como dívidas acumuladas, déficit de pessoal (que precisa de urgente solução no caso dos HU's ligados ao Ministério da Educação – MEC), contenciosos com o Ministério Público (MP) e o Tribunal de Contas da União (TCU), referentes a pessoal terceirizado, dificuldades graves de relacionamento entre HUE's e gestores locais, para dimensionarem algumas soluções prévias que evitem repercussões negativas de tais “esqueletos” do passado na nova configuração.

- ⑩ Parte importante desse novo pacto é a definição clara de responsabilidade entre os diversos parceiros. Os princípios da Lei de Responsabilidade Fiscal deverão ser rigorosamente obedecidos, e meios para enfrentar e resolver situações emergentes devem ser previstos.