
A REFORMA UNIVERSITÁRIA E OS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS: A VISÃO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS E DE ENSINO

Amâncio Paulino de Carvalho *

A ABRAHUE reúne hospitais de ensino (HE) federais, estaduais e filantrópicos. Realiza reunião aberta da diretoria (vinte integrantes) mensalmente, e uma a duas assembléias gerais anualmente com seus associados (105), assegurando um espaço de permanente debate, que permite a consolidação de posições públicas largamente adotadas por consenso. Tais posições têm sido expressas através de documentos, todos disponíveis no portal www.abrahue.org.br.

Um dos princípios rigorosamente adotados pela ABRAHUE, ainda que nem todos os seus associados sejam ligados a universidades, é o estreito vínculo com as organizações dos reitores, tais como ANDIFES e ABRUE. Não somente por reconhecê-los como autoridade máxima das universidades, escolhidos pela vontade coletiva da comunidade, mas por convicção de que nenhuma proposta ou atitude pode prosperar se insuficientemente articulada à luz da experiência e responsabilidade dos mesmos.

O debate em curso sobre a reforma universitária, desencadeado pela iniciativa do ministro da Educação, Tarso Genro, não parte de uma proposta acabada, estruturada, mas pretende reunir contribuições de toda a sociedade até que se chegue a um projeto de lei a ser encaminhado ao Congresso Nacional. Esta artigo faz parte de tal esforço. As reflexões e propostas aqui expressas representam principalmente a experiência dos diretores de HE. Não se baseiam em premissas teóricas sistemáticas, ou numa visão organicamente articulada quanto ao papel das universidades.

De um modo geral, podemos considerar que a reforma universitária tem dois propósitos basilares. O primeiro, assegurar que a universidade se aproxime do país real, vivencie seus desafios, se deixe tomar por eles, procure dirigir suas ações de modo a que propiciem o pleno desenvolvimento humano aos quase 180 milhões de brasileiros, com especial foco no desenvolvimento social acelerado dos menos favorecidos em educação e outros bens fundamentais para uma vida digna.

O outro grande desafio é assegurar o acesso democrático à própria universidade, evitar que esta simplesmente reproduza privilégios, trabalhar para que venha a ser um caminho quase natural no curso da vida de cada brasileiro.

Como os recursos de nossa sociedade são claramente limitados, e insuficientes para dar conta de grandes tarefas em

prazos curtos, outro grande objetivo agregado, patriótico, é buscar os meios de utilizar os bens da nação da forma mais judiciosa, com o máximo de eficiência e eficácia possíveis.

Em 2003 o MEC e o MS tinham cadastrados 148 hospitais de ensino aptos a beneficiar-se do Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa em Saúde, o conhecido FIDEPS, o que representa um aporte específico de aproximadamente R\$ 480 milhões anualmente. Quarenta e um são federais ligados ao MEC, 49 estaduais e 42 filantrópicos, os demais divididos entre municipais, federais do MS e privados. Eles representam, em números aproximados, 2% do total de hospitais, 9% dos leitos, 12% das internações e 23% dos recursos aplicados em pacientes internados pelo SUS. Em 2002, receberam por suas atividades de internação mais de R\$ 1,3 bilhão, FIDEPS não incluído. Representam 46% do movimento de alta complexidade, e seu perfil médio pode ser definido como de grande porte, com inúmeras clínicas especializadas, de importância regional e com expressiva tecnologia incorporada.

Nas avaliações de 2000 e 2001, entre os 10 hospitais de destaque nacional segundo os usuários do SUS (mais de 150 mil cartas respondidas), 60% eram HU, indicando um julgamento positivo que deles faz a população. O mesmo resultado encontrou-se para a média das notas atribuídas pelos usuários a cada nosocômio, em que o grupo de HU ficou em primeiro lugar.

Por definição, os HE albergam virtualmente todos os estudantes de graduação da área da saúde. Ainda que os padrões curriculares adotados nos últimos anos exijam formação em atenção primária a saúde como foco principal, na maior parte das escolas médicas boa parte do ensino de graduação se faz nesses hospitais.

Todos os curso de pós-graduação *stricto sensu* na área clínica têm sede em hospitais de ensino. Residência médica e pesquisa clínica são atividades também muito concentradas nestas instituições. Dos oito comitês de ética em pesquisa selecionados pelo CONEP para homologar projetos envolvendo seres humanos por sua delegação, sete pertencem a HU e um a HE.

Tais dados são eloqüentes por si. Os HE no Brasil representam um enorme bem público com uma posição destacada à frente do Sistema Único de Saúde, responsável pelo atendimento exclusivo de três quartos dos brasileiros, mas atingindo a mais de 90% em algum momento de suas vidas.

O fato básico na estrutura e na vida do HU é seu intenso relacionamento com a população. Um complexo do porte do HC-USP, o maior do Brasil, faz um e meio milhão de consultas ao ano. O Hospital São Paulo, maior da rede federal, recebe mais de três mil pacientes por dia. Este enorme papel social, por si, já explica as grandes áreas físicas, o movimento dos seus entornos, os desafios logístico, o número de funcionários, a expectativa do público e a atenção da imprensa. É indiscutivelmente, para o conjunto das universidades brasileiras, o maior projeto de extensão, ainda que os HU estejam muitas vezes localizados nos próprios *campi* e sob administração direta das universidades.

A tais dimensões associa-se a complexidade do processo de trabalho. Internações, cirurgias, exames dos mais variados tipos, cuidados intensivos, visitas domiciliares, transporte de pacientes, acolhimento de visitantes são exemplos de ações que exigem integração, protocolos bem definidos, disciplina de trabalho, respeito a horários, avaliação permanente de inúmeros fatores críticos para garantir sucesso no resultado final, treinamento incessante e grande sensibilidade no lidar com pessoas.

A concentração de pessoal é evidente: 39% de todos os funcionários técnico-administrativos das IFES estão em hospitais. Tal percentual ainda se eleva se considerarmos apenas as IFES que os possuem. Desnecessário detalhar a multiplicidade de cargos, especializações e funções gratificadas.

Em qualquer estrutura hospitalar, tipicamente prestadora de serviços, a folha de pagamentos é a principal despesa. Enfocando apenas os 45 HU federais, temos que o MEC despendeu mais de R\$ 700 milhões em 2003 com pessoal técnico e administrativo, além de R\$ 100 milhões em médicos residentes.

O MS transferiu através do SUS o valor aproximado de R\$ 600 milhões para nossa rede federal em 2003, dos quais R\$ 180 milhões correspondentes a FIDEPS e o restante a produção assistencial pela tabela SUS. Com mais R\$ 100 milhões em convênios para apoio ao custeio correspondentes ao Programa Interministerial (MEC e MS), chegamos a um custo para o país de R\$ 1,5 bilhão para os 45 HU do MEC, sem incluir investimentos, apoio à pesquisa, recursos próprios e outras despesas arcadas pelas universidades.

Apenas o valor transferido pelo SUS ultrapassa a disponibilidade orçamentária para o custeio global das IFES em 2003, algo em torno de R\$ 550 milhões. Fica assim evidente o alto custo, próprio aos hospitais de ensino. Além de pessoal, o influenciam a tecnologia utilizada e sua manutenção, medicamentos e material médico-cirúrgico – todos quase sempre importados.

Quanto ao corpo docente localizado nos HE, são características importantes as atividades de natureza assistencial que se destacam em sua grade de trabalho, tornando-os atores predominantes na política institucional, e o acesso ao mercado de trabalho que oferece, a quase todos, possibilidades de remuneração acima do próprio salário típico de professor. Somando-se a isto as dificuldades que os HE enfrentam para acompanhar o acelerado ritmo de atualização tecnológica da indústria da saúde, tem-se que a maioria dos professores de medicina acumula atividades externas. A opção que se criou em várias instituições, aliás nem sempre eficaz para evitar a dupla militância, é a complementação salarial e/ou o atendimento à saúde complementar no próprio HE. Dos 45 HU do MEC, 15 atuam com sistema de saúde complementar, entre os quais os de maior porte (UNIFESP, UFRGS, UFMG, UFRJ). A saúde suplementar oferece um pagamento médio por internação 3 a 4 vezes maior que o SUS, e corresponde para os HE federais a algo entre 15 e 30% dos recursos financeiros de custeio. Em universidades como UFU e UFPR experiências semelhantes foram interrompidas por ações desencadeadas pelo Ministério Público federal, que já no Rio de Janeiro endossou a experiência, através de um termo de ajustamento de conduta.

A grande maioria dos HE públicos relaciona-se com fundações de apoio, próprias ou das universidades. Oferecem agilidade administrativa e permitem a contratação de pessoal suplementar (mais de 20 mil “terceirizados” na última avaliação do MEC para as IFES, primeiro semestre de 2003). Tal atividade tem gerado conflitos com o TCU, o MPF e às vezes ações legais que afetam diretores de hospitais, reitores e dirigentes do MEC.

Notícias a respeito de HE que diminuem atendimento, fecham leitos ou mesmo fecham provisoriamente suas portas; que têm problemas para instalar ou manter equipamentos; que declaram insuficiência de recursos, dívidas milionárias ou mazelas semelhantes têm sido habituais na cena brasileira nos últimos anos. Apesar disso, é indiscutível que a tendência mais geral tem sido de crescimento, atualização, maior importância assistencial e maior integração ao SUS. Mesmo que tenha sido possível avançar com tantos sobressaltos, deve-se buscar meios que evitem tanto sofrimento e desperdício de energia. Para tanto, impõe-se um diagnóstico geral dos principais elementos dessa crise há tanto anunciada. São eles:

- Distância entre recursos disponíveis e demanda social. A tabela do SUS é inapropriada para assegurar o funcionamento adequado de um hospital, público ou privado, simples ou complexo, mesmo que muito eficiente. Estudo de

106 itens da tabela realizado em 19 hospitais, demonstrou que o custo era superior ao valor pago em 94 deles. Na verdade, há consenso quanto à inconveniência de manter a remuneração por produção como mecanismo de custeio de hospitais públicos.

- Pessoal insuficiente. No caso dos HU federais, é um problema determinante. Segundo dados da SESU, em 2003 o gasto da rede federal com funcionários “terceirizados” ascendeu a R\$ 240 milhões.
- Limitações na gestão. Associados às dificuldades financeiras, podemos citar: irregularidades de abastecimento, aumento preventivo de preços, predomínio da manutenção corretiva a preços distorcidos, desorganização do processo de aquisição de bens, subordinação da equipe dirigente ao imperativo do “agora, já”, com enorme prejuízo do planejamento. A dissociação das fontes de recursos para investimento, pesquisa, custeio e pessoal, cria grandes problemas do tipo: tem equipamento mas não fez a obra, faz a obra mas não tem material, inaugura mas não tem pessoal, funciona mas não tem custeio. Os prejuízos financeiros e morais são evidentes.

Não há tradição forte no Brasil de carreira e qualificação em administração na saúde. A maioria dos dirigentes dos HU não tem, nem a universidade o exige. Não há programas permanentes voltados à educação e aperfeiçoamento em gestão, o que impede desenvolvimento de talentos e vocações.

Os HU têm pouca tradição de colaboração em rede e atuam isoladamente frente a grandes fornecedores, com pouco poder de barganha. Não há ampla divulgação de indicadores de gestão, e inexistem sistemas de avaliação interpares de eficiência e eficácia

- Dificuldades legais. Além das ações do TCU contra as “terceirizações”, há questionamentos legais referentes a complementação salarial, pagamento de trabalho extra, contratação de cooperativas profissionais, aquisição de equipamentos com recursos SUS, procedimentos de compras e contratos não idênticos ao prescrito na lei 8.666 e outros, gerando instabilidade nas regras, insegurança entre os dirigentes institucionais e às vezes retardo ou paralisia nos procedimentos administrativos.
- Explosão da demanda social. Não apenas a procura por atendimento, mas a ação do MPF apoiando pacientes que precisam de próteses, cirurgias, medicamentos e outros procedimentos de altíssimo custo, não cobertos pelo SUS, determinando maior instabilidade financeira e dificuldades no planejamento. Crescem ainda as solicitações em juízo de indenizações por maus resultados atribuídos a erros da equipe de saúde.
- Dificuldades no relacionamento com o SUS. Tetos financeiros abaixo de nível de produção assistencial, mudança unilateral desses tetos, pouco envolvimento dos gestores municipais com os HE, insuficiência da regulação da demanda e na pactuação das ações desenvolvidas.

- Dificuldades na gestão de pessoal. A falta de renovação implica em aumento da idade média de pessoas expostas a um trabalho pesado, aumento do número de licenças médicas. Muitos HU têm seus técnicos trabalhando em regime de 30 horas semanais, embora seu quadro tenha sido dimensionado para o regime oficial de 40 horas. Há diferenças no regime disciplinar de trabalho, em geral contrapondo atividades docentes com a de técnicos, estes submetidos a normas mais rígidas. Há uma atividade sindical intensa nos HU federais, pela concentração de funcionários, que muitas vezes adquire a forma de confronto com as administrações, especialmente em períodos de greve.
- Relativa omissão da SESU e do MEC até 2002. A estrutura do ministério sempre foi insuficiente para lidar com a complexidade dos temas relativos aos HU, o que facilitou por exemplo que importantes modificações no FIDEPS em 1999 fossem feitas unilateralmente pelo MS, apesar de serem atos em sua origem interministeriais.

Um primeiro item a ser considerado, se pensarmos uma lei de reforma universitária que considere os HU, é o vínculo do sistema hospitalar universitário com o Sistema Único de Saúde, considerando tanto as ações assistenciais quanto o ensino e a pesquisa. As atividades de inovação e avaliação tecnológica, a educação permanente para profissionais do SUS, o desenvolvimento de pesquisas operacionais, o aprimoramento da gestão pública e a educação profissional na graduação articulada à prática e às necessidades do SUS devem ser objetivos permanentes e explícitos no sistema hospitalar universitário.

Como a universidade é autônoma e se relaciona com a sociedade em seu conjunto, e nossa constituição admite um sistema suplementar de saúde, a lei deve prever a interação acadêmica e assistencial nesse plano, ressalvado o atendimento prioritário às demandas institucionais do SUS. A experiência tem demonstrado que muitos temas, como os que definem o que é, concretamente, o direito a saúde (não redutível a algo como “tudo-o-que-alguém-prescreve-ou-receita”) são de interesse comum aos sistemas público e suplementar, este responsável por um quarto da população brasileira. Desde que preservado o princípio da equidade no tratamento, a prática de se atender a ambos tem se mostrado benéfica, precisamente nos hospitais de mais destacado papel no SUS (complexo do HC-USP, UNIFESP, HCPA-UFRGS, HC-UFGM, HUCFF-UFRJ são exemplos).

No campo do pleno exercício da autonomia universitária e com particular ênfase no compromisso com o sistema único de saúde, deve ser firmado o conceito de que os HU, através de suas instituições-máter, devem ser autônomos para definir através de contratos ou convênios globais os seus compromissos com a sociedade, definindo princípios e metas a serem atingidos nas dimensões de ensino, pesquisa e assistência, tendo a liberdade de definir os melhores meios para cumpri-los. Assim, considerando os recursos e objetivos pactuados, e assegurado o princí-

pio legal do equilíbrio financeiro dos contratos e convênios (previsto no SUS), a universidade deve definir seu quadro de pessoal no HU, seu plano de trabalho, sua política de aquisições e investimentos. Tudo sob a égide da participação social, do acompanhamento pelos órgãos de controle da sociedade e do Estado e da Lei de Responsabilidade Fiscal.

Os convênios e contratos com o SUS deverão ser estabelecidos segundo o princípio da descentralização, portanto com os gestores locais em regime pleno, de modo a assegurar a integração de cada HU à realidade de sua região. Obrigatoriamente deverão envolver as dimensões ensino e pesquisa, posto que a mera integração assistencial está aquém da missão de uma instituição universitária. Caberá a uma instância da universidade, em geral seu conselho universitário, a aprovação final de tais contratos ou convênios, conforme proposição da instância colegiada da unidade hospitalar. Contratos e convênios com o SUS devem também integrar as dimensões custeio, pessoal e investimento, evitando-se as inconsistências previamente assinaladas.

A universidade exercerá sua plena autonomia para estabelecer outros contratos ou convênios envolvendo sua rede hospitalar, por exemplo desenvolvendo projetos de pesquisa clínica em parceria com a indústria farmacêutica.

Segundo as modernas tendências do direito público brasileiro, o processo de auditoria e controle desses contratos e convênios deve ligar-se aos princípios gerais que norteiam os bens públicos (moralidade, equidade, transparência, economicidade, etc) e à obtenção dos fins propostos com eficiência. A lei deve ainda admitir ampla liberdade de associação em rede a instituições de natureza pública para obtenção do melhor desempenho possível.

Outro aspecto importante do processo de elaboração de um convênio global com o SUS é a integração das diversas fontes de receita. Tradicionalmente, o MEC tem assegurado pessoal necessário, ainda que de modo insuficiente. Parece razoável estabelecer um padrão básico de contribuição do MEC para os HU, admitindo-se que objetivos mais ambiciosos podem tem como fonte de recursos o próprio SUS, inclusive na forma de funcionários cedidos.

Um aspecto decisivo da reforma universitária é a autonomia para que as IFES estabeleçam seu próprio quadro de pessoal, inclusive para os HU. Nossa experiência indica que cada universidade deve definir seu padrão de carreira e remuneração, ainda que tendo por base um plano nacional de referência. Tal flexibilidade é importante principalmente por que dá conta de diferenças regionais nos valores dos diversos tipos de trabalho em saúde. Também é indispensável que a lei admita a remuneração variável, por produtividade ou trabalho extra, condições hoje que na prática já são essenciais ao funcionamento dos mais importantes HU brasileiros. Tais planos devem ser aprovados em colegiados, os critérios de atribuição devem ser impessoais, sempre ligados à avaliação de desempenho e os recursos obrigatoriamente devem estar previstos no orçamento.

Também nos parece indispensável, pela natureza dinâmica do processo de trabalho nos HU, um quadro de pessoal temporário para fazer as substituições e inevitáveis, sempre com a devida previsão orçamentária.

Segundo sua previsão de quadro de pessoal, as universidades devem ter autonomia para realizar os concursos públicos necessários, algo que é particularmente crítico em unidades de trabalho intensivo como os HU. É tarefa fundamental de todos nós excluir do orçamento das IFES os encargos sociais de seus funcionários, tais como licenças médicas prolongadas e aposentadorias, que devem entrar no sistema geral da previdência social. Esta é uma difícil negociação, mas a experiência de autonomia das universidades públicas estaduais de São Paulo indica claramente a importância desse tópico para evitar o engessamento orçamentário.

O atual processo de avaliação de desempenho pouco contribuiu para o desenvolvimento institucional, seja porque não se estrutura na análise do alcance de metas coletivas, seja porque não gera fatos relevantes para a vida de pessoas ou grupos bem avaliados. Embora seja proposta que não caiba especificamente em uma lei, diretrizes que instituem a pactuação de metas internas às instituições, por grupos e setores, ligadas aos objetivos gerais e capazes de gerar benefícios previamente pactuados podem trazer enormes ganhos em compromisso e produtividade nos hospitais.

Ainda mais importante é a definição obrigatória de um plano integrado para desenvolvimento de pessoal. Para os HU, isto é absolutamente crítico, e não pode ser considerada verdadeiramente uma gestão aquela que não se desincumbir dessa tarefa.

Uma consideração importante no que diz respeito a um projeto avançado de autonomia é a responsabilidade jurídica da instituição. Face à vulnerabilidade dos HU aos mais variados tipos de ações cíveis e trabalhistas, podem-se gerar passivos relevantes, que os estrangulem prospectivamente. A solução mais adequada é a criação de fundos previstos no orçamento para arcar com a possibilidade, e um rigoroso acompanhamento dos procedimentos operacionais que evitem, ou diagnostiquem precocemente, as não conformidades.

Finalmente, quanto às fundações de apoio, parece-nos que continuarão a ser essenciais à vida dos HU, para buscar fontes alternativas de recursos, doações, fazer contratos de prestação de serviço etc. No entanto, deve ser superado seu papel na contratação de pessoal "terceirizado", bem como na administração de recursos públicos orçamentários, como é o caso do SUS. Precisamente esta deverá ser uma das possibilidades abertas pela reforma.

* *Presidente da Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino; Diretor do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, da UFRJ - amancio@hucff.ufrj.br*