

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

FACULDADE DE MEDICINA

CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

JOÃO EDUARDO SOARES DE ANDRADE OLIVEIRA

**ATENÇÃO À SAÚDE E GESTÃO DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS
FEDERAIS DO BRASIL**

UBERLÂNDIA

2018

JOÃO EDUARDO SOARES DE ANDRADE OLIVEIRA

**ATENÇÃO À SAÚDE E GESTÃO DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS
FEDERAIS DO BRASIL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado
ao curso de nutrição, da Universidade Federal
de Uberlândia.

Prof. Orientador: Nilton Pereira Junior

UBERLÂNDIA

2018

ATENÇÃO À SAÚDE E GESTÃO DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS DO BRASIL

João Eduardo Soares de Andrade Oliveira

Nilton Pereira Júnior

Dayana Ferreira da Fonseca

Pedro Luiz Rodrigues Odorico

Resumo

Os Hospitais Universitários Federais (HUFs) assumiram ao passar dos anos um papel de relevante importância na sociedade tendo em vista sua função educacional, tecnológico científico e assistencial. O objetivo desse trabalho é caracterizar e analisar a estrutura, a produção assistencial e o financiamento dos Hospitais Universitários Federais, no período de 2014 a 2017. Este estudo insere-se no campo da avaliação em saúde, sendo uma pesquisa avaliativa, com ênfase na análise da implementação, possibilitando a identificação dos pontos críticos para correção de rumos durante o processo de consolidação das políticas públicas. No processo de caracterização da organização dos HUFs, o estudo apresenta uma desigual distribuição dos hospitais, justificadas por um contexto histórico do país de crescimento em blocos específicos de maior produção econômica. Observa-se aumento na produção assistencial de Média e Alta Complexidade, com destaque para regiões historicamente negligenciadas como o Nordeste e o Centro-Oeste.

Palavras-chave: Políticas de Saúde; Administração Hospitalar; Atenção à saúde; Hospitais Universitários; Sistema Único de Saúde.

HEALTHCARE AND MANAGEMENT OF FEDERAL UNIVERSITY HOSPITALS IN BRAZIL

João Eduardo Soares de Andrade Oliveira

Nilton Pereira Júnior

Dayana Ferreira da Fonseca

Pedro Luiz Rodrigues Odorico

ABSTRACT

The Federal University Hospitals (FUH) took over the years a role of major importance in society in view of your paper educational, scientific technological and caring. The objective of this assignment is characterize and analyze the structure, care production and the financing of the Federal University Hospitals, in period of 2014 to 2017. This study falls within the field of health, being an evaluative research, with emphasis on the implementation analysis, making it possible to identify the critical points for correcting directions during the process. In the characterization process of the FUH, the study shows an uneven distribution of hospitals, justified by a historical context of the country of growth in specific blocks of greater economic production. It is observed an increase in the assistance production of medium and high complexity, with emphasis on historically neglected regions such as the Northeast and Midwest.

Keywords: Health Policy; Hospital administration; Healthcare; Hospitals, university; Unified Health System.

LA ATENCIÓN EM SALUD Y GESTIÓN DE LOS HOSPITALES UNIVERSITARIOS FEDERALES IN BRAZIL

João Eduardo Soares de Andrade Oliveira

Nilton Pereira Júnior

Dayana Ferreira da Fonseca

Pedro Luiz Rodrigues Odorico

RESUMEN

Los hospitales universitarios federales (HUF) asumieron a lo largo de los años un papel muy relevante en la sociedad cuando se piensa en su función educativa, tecnológica científica y asistencial. El objetivo de este trabajo es caracterizar y analizar la estructura, la producción asistencial y la financiación de los Hospitales en el período de 2014 a 2017. Este estudio se relaciona con en el campo de la evaluación en salud, siendo una investigación evaluativa, con énfasis en el análisis de la implementación, posibilitando la identificación de los puntos críticos para la corrección de rumbos durante el proceso de consolidación . En el proceso de caracterización de la organización de los HUF, el estudio presenta una desigual distribución de los hospitales, justificadas por un contexto histórico del país de crecimiento en bloques específicos de mayor producción económica. Se observa un aumento en la producción asistencial de medios y alta complejidad, con destaque para regiones históricamente descuidadas como Nordeste y Centro-Oeste.

Palabras clave: Política de salud; Administración hospitalaria; Atención a la salud; Hospitales Universitarios; Sistema Único de Salud.

Introdução

A criação dos Hospitais Universitários tem como essência a necessidade de articulação entre ensino, pesquisa e assistência, conferindo uma dinâmica organizacional e estrutural própria das instituições que se lançaram a esse desafio. As instituições filantrópicas que estão no início da criação de uma esfera hospitalar no país, surgem como primeiro campo de estudo e formação de profissionais da saúde. Contudo, a crescente proliferação de escolas médicas trouxe a necessidade da criação de campos de prática específicos que pudessem fornecer o ensino necessário para formação profissional, produzindo assim unidades diretamente vinculadas a essas instituições¹.

Os hospitais universitários são definidos no Brasil como centros de formação de recursos humanos e de produção de tecnologias nas diversas áreas do conhecimento, sejam eles em saúde ou não, que forneçam serviço à população, desenvolvam protocolos técnicos para as mais diversas patologias e ofereçam programas de educação que permitam a atualização técnica dos profissionais do sistema de saúde. O tripé entre pesquisa, ensino e assistência é algo estabelecido com clareza na definição oficial de hospital universitário do Ministério da Educação, um dos principais órgãos mantenedores dos Hospitais Universitários².

Apesar da estrutura estabelecida e definições claras, a maior dificuldade enfrentada pela gestão pública é estabelecer modelos de gestão que viabilizem o funcionamento de tais instituições e elaborem metas e avaliações de desempenho que elucidem a real situação dos HUFs e forneçam evidências necessárias para tomada de decisões e análise situacional de tais instituições.

No Brasil, os Hospitais Universitários Federais são instituições públicas, mantidas por fundos públicos da educação superior e pactuação com o Sistema Único de Saúde (SUS). Uma dificuldade adicional refere-se ao maior custo operacional destas instituições quando comparados a hospitais não universitários, pois incorporam atividades de ensino e pesquisa. No entanto, os HUFs têm enfrentado desafios relacionados às limitações na gestão e prestação de cuidados de qualidade ao paciente e, ao mesmo tempo, a excelência de ensino para os alunos³.

As organizações públicas atualmente presenciam a transição do modelo de administração burocrática para um modelo híbrido de burocracia flexível

com ênfase no alcance dos resultados, nas metas e em objetivos previamente estabelecidos, sendo denominado como “Nova Gestão Pública”. A Nova Gestão Pública apresenta quatro vetores básicos: profissionalização da burocracia, desenho organizacional, processos organizacionais e prestação de contas, revelando assim o foco gerencial da administração de empresas no âmbito da administração pública⁴.

Baseado no modelo gestor da iniciativa privada, o Estado administrativo estabelece como objetivos: contratos de gestão entre unidades; avaliação de desempenho; redução do poder da burocracia; busca de mecanismos regulatórios; competitividade administrada; avaliação de resultados e performance; ênfase em resultados; foco na eficiência; descentralização na formulação e execução de políticas e ainda, maior autonomia às unidades executoras⁵.

Uma avaliação de desempenho deve ter indicadores que analisem, entre diversos fatores: (i) eficácia: determinar o que grau o serviço atende aos padrões estabelecidos considerando as demandas dos usuários; (ii) eficiência: em que grau o serviço está sendo produzido a um custo mínimo; e (iii) qualidade: em que grau o serviço é adequado ao uso pelo cidadão⁶.

Os Hospitais Universitários estão inseridos no modelo vigente de pagamento prospectivo do SUS, recebendo remuneração por serviços prestados, e os produtos dos HU's são os procedimentos, as internações, as consultas, e a formação de residentes, graduandos e outros. O desenho de indicadores de produção assistencial, de evolução financeira e de distribuição desses fatores se faz necessário para conhecer, identificar fatores influenciadores e estabelecer políticas mais eficazes de gestão. Sendo assim, o estudo teve como objetivo descrever e analisar a estrutura, a produção assistencial e o financiamento dos Hospitais Universitários Federais do Brasil.

Sujeitos e métodos

Este estudo insere-se no campo da avaliação em saúde, sendo uma pesquisa avaliativa, com ênfase na análise da implementação⁷. Conforme Minayo⁸, a avaliação de implementação busca acompanhar o desenvolvimento da política, identificando os pontos críticos para correção de rumos durante o processo de consolidação desta.

O estudo utilizará estratégias e procedimentos dos métodos quantitativos de pesquisa. A abordagem quantitativa consistirá na coleta, organização e análise de dados secundários disponíveis em sistemas de informação do SUS, conhecido como DATASUS, de acesso livre pela internet.

Serão levantados os seguintes dados dos 50 Hospitais Universitários Federais:

- I. Sistema do Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (SCNES): capacidade instalada referente à estrutura física e equipamentos médico-hospitalares;
- II. Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS): produção assistencial especializada;
- III. Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS): internações hospitalares;
- IV. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS): financiamento, gasto em saúde, receitas e despesas por blocos de financiamento;
- V. Fundo Nacional de Saúde (FNS): Transferências fundo-a-fundo relativas ao Bloco de Financiamento da Média e Alta Complexidade de cada HUF.

A partir destas informações, construiu-se um banco de dados específico deste estudo para a análise das variáveis estudadas, buscando categorizações de HUF.

Este trabalho faz parte de um projeto de pesquisa que analisa as Políticas e a Gestão dos Hospitais Universitários Federais, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp (CAAE: 83230417.2.0000.5404).

Resultado e discussão

Os levantamentos realizados no Sistema do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES/Datasus) do Ministério da Saúde e na página eletrônica da EBSEH do Ministério da Educação, apontam a

existência de 50 Hospitais Universitários Federais, vinculados a 35 Universidades Federais brasileiras.

Estrutura física

O território brasileiro é campo de profunda desigualdade regional, reflexo de heranças históricas que evidenciam o uso da estrutura política e econômica do país. O foco de desenvolvimento do país foi dado na exploração das especificidades geográficas que acabaram por gerar complexos econômicos diversos e não integrados⁹.

Tabela 1: Hospitais Universitários Federais no Brasil, por região geográfica (2018)

Região	n.	%
Centro-Oeste	5	10
Nordeste	17	34
Norte	4	8
Sudeste	17	34
Sul	7	14
Total	50	100

Fonte: SCNES, 2018

A tabela 1 demonstra a distribuição dos Hospitais Universitários Federais no Brasil por macrorregião, apresentando acentuada disparidade no número de hospitais por regiões, sendo tal dado um reflexo de um contexto histórico do Brasil que gerou uma distribuição desigual do crescimento econômico do país.

O Norte e o Centro-Oeste tiveram seu desenvolvimento socioeconômico pautado na expansão agropecuária e mineração, resultando em um desenvolvimento populacional concentrado em poucos centros. Tal dinâmica de crescimento fez com que tais macrorregiões não absorvessem investimentos e planejamentos públicos que refletissem a demanda necessária da população¹⁰.

Wennberg e Gittelsohn afirmam que o custo no tratamento hospitalar deve ser baseado na regra que cada indivíduo receba de acordo com suas necessidades. Assim, a mais apropriada distribuição de recursos entre as áreas geográficas deverá ser tal que cada uma as obtenha de acordo com as necessidades de sua população. Contudo, o Brasil segue uma lógica de repartição de recursos muito mais influenciada pelo crescimento econômico e

populacional histórico do que das necessidades das populações específicas ou em conceitos de equidade¹¹.

Podemos analisar o parque hospitalar universitário federal brasileiro por meio de um recorte considerando o porte de cada hospital. Entretanto, a legislação brasileira ainda é heterogênea, convivendo várias formas de classificação. A portaria nº. 2.224/2002 do Ministério da Saúde trazia uma classificação entre portes de I a IV, considerando o número de leitos, porém essa portaria foi revogada em 2004, sem uma nova definição de classificação. No mesmo ano, O Ministério da Saúde lança a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte, por meio da Portaria nº. 1044. Esta define que os hospitais de pequeno porte são aqueles com pelo menos cinco leitos e com máximo de 30¹².

Outra classificação consagrada na literatura especializada define as unidades hospitalares em: pequeno porte (até 50 leitos); médio porte (de 51 a 150 leitos); grande porte (de 151 a 500 leitos); e hospital de capacidade extra (acima de 500 leitos)¹³.

Nesse sentido, optamos pela definição ilustrada pela tabela 2 com a classificação apresentada.

Tabela 2: Quantidade de HUFs, por porte hospitalar (2018)

Leitos	Porte	n.	%
< 30	Pequeno Porte	5	10,0
30 – 149	Médio Porte	13	26,0
150 – 500	Grande Porte	26	52,0
> 500	Capacidade Extra	6	12,0
Total		50	100,0

Fonte: SCNES, 2018

Os resultados apresentados na tabela 2 evidenciam que o parque hospitalar universitário federal é composto, em sua maioria, por grandes hospitais (64% acima de 150 leitos). Apenas 10% são considerados hospitais de pequeno porte. Este perfil difere do conjunto dos hospitais brasileiros, constituídos, em grande medida, por pequenos hospitais (39%) e por poucos hospitais de grande porte. Apenas 7% dos hospitais brasileiros tem mais de 200 leitos¹³.

Entretanto o número considerável de HUFs de pequeno porte pode estar diretamente relacionado ao processo de interiorização das Universidades Federais. Em particular, tivemos um conjunto de iniciativas que buscaram a ampliação e interiorização do ensino superior no Brasil implementadas pelo governo federal nas últimas duas décadas. Dentre essas iniciativas governamentais, destacam-se o Programa Expandir, criado em 2005, o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI), instituído em 2007, e a criação do Programa Universidade para Todos (PROUNI)¹⁴.

As políticas públicas de educação superior promovida pelo governo Lula (2003 – 2010) oportunizaram o crescimento do acesso ao ensino superior pela população através da criação de novas universidades e de *campi* avançados em regiões até então não contempladas por tal processo educacional. O programa Expandir adotou três formas para atingir a expansão com interiorização: criação de novas universidades, transformação de faculdades federais em universidades e a construção e consolidação de novos *campi*¹⁴.

Tabela 3: Número de Hospitais Universitários Federais, por vínculo jurídico-administrativo. Brasil (2018)

Tipo de Vínculo	n.	%
Empresa Pública (EBSERH)	40	80
Fundação de Apoio	9	18
Empresa Pública (HCPA)	1	2
Total	50	100

Fonte: SCNES; EBSEH, 2018.

A tabela 3 apresenta as questões jurídico-administrativas. A natureza jurídico-administrativa da entidade é um fator importante para compreensão dos processos de gestão, pois é responsável por caracterizar a administração da unidade. Dos 50 Hospitais Universitários Federais, 40 unidades (até novembro de 2018) são administradas pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), representando um universo de 80% dos hospitais. Um vínculo administrativo compartilhado entre Universidade Federal e Fundação de Apoio é encontrado em 9 hospitais (18%) e em apenas um hospital a administração é feita por uma empresa pública exclusiva da instituição (2%).

Fundações de apoio de direito privado foram instrumentos encontrados pelos hospitais universitários para melhoria nos parâmetros administrativos, operacionalizando de forma mais eficiente a gestão administrativa. Contudo, tais estruturas assumiram funções não compatíveis aos termos legais pactuados para as mesmas, sofrendo impedimentos e questionamentos sobre a sua permanência à frente do gerenciamento dos HUF¹⁵⁻¹⁸.

No ano de 2006, por meio do Acórdão nº 1520/2006, o Tribunal de Contas da União (TCU), norteia o Governo Federal para que de forma gradual, ocorra a diminuição da terceirização, considerada irregular, de postos de trabalho na Administração Pública Federal, autarquia e fundacional, mediante substituição de terceirizados por servidores concursados. Em 2009, o TCU, determina a criação de uma estrutura de gerenciamento dos hospitais universitários federais do Brasil^{19,20}.

No ano de 2010, o Governo Federal, através da edição da Medida Provisória nº. 520 (e posteriormente a Lei Federal 12.550/2011), estabelece a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), tendo personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, com vínculo direto ao Ministério da Educação²¹.

A administração das unidades hospitalares; a produção de conhecimentos; o apoio a ensino, pesquisa e a extensão; a contribuição de uma formação crítica e cidadã; a produção de um sistema de gestão estruturado com indicadores e metas e a produção científica de temas básicos, clínicos e de aplicação focada em HUF, são algumas das principais competências da EBSERH respaldadas por lei. Vale salientar que a legislação também estabelece que a prestação de serviços a saúde integral e exclusivo no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁷.

Produção Assistencial

A Secretária de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS) define média e complexidade em saúde, em seu site na internet, conforme se segue.

A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento.^{22:207}

Tabela 4: Produção Assistencial de Média Complexidade (Ambulatorial e Hospitalar) dos HUFs por região geográfica e por ano (2014 - 2017)

Região	2014	2015	2016	2017	%
Norte	849.120	814.415	848.566	928.567	9,7
Nordeste	5.070.433	6.332.443	7.358.656	8.189.348	61,5
Centro-Oeste	3.067.084	3.390.852	3.433.844	3.641.478	18,7
Sudeste	11.087.624	10.591.456	10.414.339	10.229.326	-7,7
Sul	6.227.564	6.343.937	6.692.852	6.507.188	4,5
Brasil	26.301.825	27.473.103	28.748.257	29.495.907	12,1

Fonte: SIA-SUS/SIH-SUS, 2018

A tabela 4 demonstra a produção de procedimentos de média complexidade desenvolvidas pelos HUFs em uma série histórica que vai de 2014 a 2017. De forma geral observa-se um aumento de 12,1% entre 2014 e 2017, quando o objeto de análise é o Brasil de forma integral.

O acréscimo mais expressivo é encontrado na região Nordeste do país, explicado por políticas públicas mais voltadas a essa região, que apesar de grande em extensão e população, sempre foi negligenciada. As políticas públicas voltadas a essa região nos últimos anos se dão devido às baixas condições de saúde dessa população, mas também à melhoria do seu potencial econômico e, sobretudo, por ser uma região populosa que se torna então local de interesse de políticos que enxergam na região Nordeste um campo de eleitores decisivos nas eleições de contexto nacional. Outra questão a ser levantada como fator impulsionador dos parâmetros assistências da região Nordeste foi a criação de novas Universidades Federais nessa região, contempladas pela política REUNI, que faz com que tal região seja contemplada com recursos humanos, físicos e financeiros para possibilidade

de capacitação dos universitários. A região Centro-Oeste também apresenta importante crescimento no período.

A região Sudeste, apesar de ser a região que em todos os anos comparados, apresenta em números absolutos a maior quantidade de hospitais, demonstra de forma atípica um decréscimo significativo de produção, na faixa de 7,7%. A explicação poderia se dar por um novo formato de distribuição de investimentos em saúde nas regiões anteriormente pouco beneficiadas, porém uma possível explicação seria a priorização desses HUF por procedimentos de alta complexidade, pois possuem uma grande estrutura e um corpo clínico qualificado, tendo em vista que tais procedimentos geram um melhor faturamento para a unidade.

As demais regiões apresentam um aumento significativo, porém, abaixo da média nacional. Esse resultado se explica pelo aumento expressivo da região Nordeste, que contribui para um aumento significativo na média geral.

Tabela 5: Produção Assistencial de Alta Complexidade (Ambulatorial e Hospitalar) dos HUFs por região geográfica e por ano (2014 - 2017)

Região	2014	2015	2016	2017	%
Norte	2.286	3.315	4.612	5.487	140,0
Nordeste	201.244	199.441	208.889	217.786	8,2
Centro-Oeste	74.336	92.668	72.142	86.350	16,2
Sudeste	522.186	475.192	567.946	532.265	1,9
Sul	386.758	425.682	415.721	406.578	5,1
Brasil	1.186.810	1.196.298	1.269.310	1.248.466	5,2

Fonte: SIA-SUS/SIH-SUS, 2018

Segundo Ministério da Saúde, a Alta Complexidade é definida como:

Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade)^{22:32}.

Os procedimentos de alta complexidade têm impacto financeiro extremamente alto, como nos casos de quimioterapia, procedimentos de diálises e radioterapia. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se relacionados na tabela do SUS, em sua maioria no Sistema de Informação Hospitalar, e estão também no Sistema de Informações Ambulatoriais em menor quantidade²⁰.

A tabela 5 mostra um aumento de 5,2% de produção quando se analisa procedimentos de média complexidade no Brasil. Na análise por regiões também se observa um crescimento em todas no país, porém, com comportamento proporcionalmente distinto, tendo um destaque importante para região Norte (140,0%). Aqui vale dialogar que apesar de um expressivo aumento da região Norte nessa série histórica, em número absoluto essa região tem sua produção muito pequena quando comparada as demais regiões do Brasil, no ano de 2018 por exemplo a produção da região Norte foi de 5.487 que corresponde apenas 1,0% da produção da região Sudeste no mesmo ano que foi de 1.248.466.

Tabela 6: Produção Assistencial de Média e Alta Complexidade (Ambulatorial e Hospitalar) dos HUFs por região geográfica e por ano (2014 - 2017)

Região	2014	2015	2016	2017	%
Norte	851.406	817.730	853.178	934.054	9,7
Nordeste	5.280.128	6.541.513	7.580.566	8.421.918	59,5
Centro-Oeste	3.141.420	3.483.520	3.505.986	3.727.828	18,7
Sudeste	11.609.810	11.066.648	10.982.285	10.761.591	-7,3
Sul	6.614.322	6.769.619	7.108.573	6.913.766	4,5
Brasil	27.497.086	28.679.030	30.030.588	30.759.157	11,9

Fonte: SIA-SUS/SIH-SUS, 2018

A Tabela 6 representa o agrupamento das categorias de média e alta complexidade, para demonstrar o comportamento desse tipo de produção ao longo de 4 anos (2014-2017). De maneira não segmentada em regiões, observa-se crescimento de 11,9% de produção. O Sudeste em número absoluto é a região de maior produção em todos os anos analisados, relacionado com as demais regiões, contudo, os dados indicam uma queda de 7,3% da produção quando comparado o ano de 2017 com ano de 2014. A região Norte também apresenta aumento na linha histórica de produção assistencial de 9,7 %, entretanto a região de destaque é a Nordeste com um aumento de 59,5%. As demais regiões apresentam aumento de 18,7% no Centro-Oeste e de 4,5% no Sul.

Financiamento do SUS

A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, no seu artigo Art. 2º define:

Para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos, considerar-se-ão como despesas em ações e serviços públicos de saúde – ASPS, aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde que atendam, simultaneamente, aos princípios estatuídos no art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e às seguintes diretrizes: I. sejam destinadas às ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito; II. estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação; e III. sejam de responsabilidade específica do setor da saúde, não se aplicando a despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população²³.

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007 regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. São definidos como blocos de financiamento: atenção básica; atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar; vigilância em saúde; assistência farmacêutica; gestão SUS e investimentos na rede de serviço de saúde²⁴.

O bloco da Atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar será constituído por dois componentes: Componente Limite Financeiro da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar – MAC e Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC.

O artigo 14º. da Portaria 204 estabelece os componentes financeiros do MAC sendo estes: Centro de Especialidades Odontológicas - CEO; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU; Centro de Referência em Saúde do Trabalhador; Adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino, dos Hospitais de Pequeno Porte e dos Hospitais Filantrópicos; Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária em Saúde – FIDEPS; Programa de Incentivo de Assistência à População Indígena – IAPI; Incentivo de Integração do SUS – INTEGRASUS; e outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo.²⁴

Tabela 7: Despesas do Governo Federal com ASPS¹ e MAC², por ano (2014 - 2017)

Ano	Despesas com ASPS (R\$)	Despesas com MAC (R\$)
2014	108.377.354.888,00	47.355.848.152,00
2015	121.141.035.789,00	54.056.099.271,00
2016	120.925.260.628,00	50.696.467.385,00
2017	104.319.096.323,56	50.327.578.523,00
Total	454.762.747.628,56	202.435.993.331,00

Fonte: SIOPS, 2018

¹Ações e Serviços Públicos de Saúde

²Bloco de Financiamento da Média e Alta Complexidade

A tabela 7 apresenta dados referentes aos repasses federais de verba para as ações e serviços públicos em saúde e uma análise mais focal e específica do Bloco de financiamento de alta e média complexidade. Os resultados obtidos possibilitam ver que quando se analisa o ano de início da série histórica com o último ano analisado, as despesas com ASPS nota-se uma queda de 3,7%, em contrapartida as despesas com MAC apresentam um aumento de 1,1%.

Tabela 8: Percentual de despesas do Governo Federal com MAC em relação ao total de despesas com ASPS, por ano (2014 - 2017)

Ano	% MAC/ASPS
2014	43,70%
2015	43,85%
2016	42,09%
2017	43,97%

Fonte: SIOPS, 2018

¹Ações e Serviços Públicos de Saúde

²Bloco de Financiamento da Média e Alta Complexidade

Os dados apresentados na tabela 8 mostram a razão da parcela do fundo destinado a ações e serviços públicos de saúde que é aplicada no bloco da média e alta complexidade. Observa-se que ao longo dos 5 anos pouco se aumentou sobre essa relação (1,6%), porém o fator mais relevante é observar o tamanho da parcela destinada a um bloco.

A tabela 8 traz uma comparação percentual da relação entre as despesas em ações de serviços públicos de saúde e as despesas destinadas ao bloco de financiamento de média e alta complexidade, demonstrando um significativo resultado em todos os anos da série histórica com aumento do percentual com passar da análise temporal.

Vale refletir sobre uma prática historicamente adotada pelo país de investimento em recuperação da saúde do que em políticas efetivas de promoção e prevenção em saúde. Esse modelo centrado na doença e pouco na saúde é evidenciado na tabela, já que mostra um alto investimento do fundo destinado a saúde a um bloco que por essência refere-se a situações de saúde mais complexas características de um estado de recuperação ou de não prevenção de agravos.

Financiamento dos Hospitais Universitários Federais

Durante os anos de 2014 a 2017 todas as regiões obtiveram aumento de repasse de recursos na assistência de média e alta complexidade aos HUFs. Esse aumento acaba evidenciando um crescimento de forma global nos HUF do país numa taxa de 14,1%. O Centro-Oeste tem um aumento mais significativo de 46,5%, seguido da região Nordeste que obteve um percentual de crescimento de 18,2%, como demonstrado na tabela 9.

Tabela 9: Recursos repassados pelo Governo Federal para assistência de Média e Alta Complexidade aos HUFs, por região geográfica e por ano (2014 - 2017)

Região	Ano (valores em R\$)				
	2014	2015	2016	2017	%
Centro-Oeste	114.400.879,99	96.399.821,45	114.292.346,59	167.577.810,78	46,5
Nordeste	419.514.136,38	343.996.107,15	348.521.454,80	496.112.020,03	18,2
Norte	50.639.672,85	52.799.496,61	44.952.440,35	55.619.622,33	9,8
Sudeste	426.949.184,84	451.934.986,42	360.865.615,92	451.786.311,84	5,8
Sul	254.812.424,73	243.847.943,19	244.358.612,33	274.031.248,80	7,5
TOTAL	1.266.316.298,79	1.188.978.354,82	1.112.990.469,99	1.445.127.013,78	14,1

Fonte: FNS, 2018.

O expressivo aumento é reflexo de discussões feitas acima que demonstram um maior investimento de políticas públicas na criação de novos cursos da área da saúde e os avanços no campo econômico e político dessas regiões.

As ações que aumentaram a produção financeira são reflexos de fatores diretos, como maior alimentação financeira, criação e ampliação de hospitais, e fatores indiretos, como o investimento em tecnologia que possibilitou a

execução de procedimentos que geram um maior repasse de verba da União para saúde.

A aquisição de aparelhos que possibilite diagnósticos mais precisos e que permitam a execução de procedimentos mais complexos e delicados é uma das formas de analisar e justificar a evolução dos recursos financeiros destinados à saúde. A partir do momento que tais equipamentos são adquiridos, há neste um argumento explícito de que houve um investimento financeiro expressivo, tendo em vista que esses materiais são de alto custo desde sua aquisição, manutenção e qualificação da equipe para o uso adequado, porém o argumento central a trabalhar quando falamos dos aparelhos é a sua possibilidade de execução de diagnósticos e procedimentos enquadrados na categoria de alta complexidade e que por consequência geram um retorno financeiro maior por parte da união que valoriza de maneira econômica os procedimentos.

Tabela 10: Equipamentos de Hemodinâmica existentes nos HUFs por região geográfica (2014 – 2017)

Região	2014	2015	2016	2017	%
Centro-Oeste	2	2	2	2	0
Nordeste	8	10	11	12	50
Norte	0	1	2	2	200
Sudeste	10	11	11	11	10
Sul	7	7	7	7	0
Total	27	31	33	34	25,9

Fonte: SCNES, 2018

Tabela 11: Equipamentos de Ressonância Nuclear Magnética existentes nos HUFs por região geográfica (2014 – 2017)

Região	2014	2015	2016	2017	%
Centro-Oeste	1	1	1	2	100
Nordeste	5	7	7	8	60
Norte	0	2	2	2	200
Sudeste	8	8	8	8	0
Sul	3	4	4	4	33,3
Total	17	22	22	24	41,2

Fonte: SCNES, 2018

Tabela 12 : Equipamentos de Tomografia Computadorizada existentes nos HUFs por região geográfica (2014 – 2017)

REGIÃO	2014	2015	2016	2017	%
Centro-Oeste	6	6	6	6	0
Nordeste	14	15	15	14	0
Norte	2	3	3	3	50
Sudeste	15	15	15	14	-6,7
Sul	12	11	11	11	-8,3
Total	49	50	50	48	-2,0

Fonte: SCNES, 2018

As tabelas 10, 11 e 12 ilustram a aquisição de aparelhos caracterizados como possibilitadores de procedimentos de alta complexidade, note que ao longo dessa série histórica na maior parte das regiões ocorre uma instabilidade, não aumento da quantidade de aparelhos, demonstrando um não investimento em ampliação de tal tecnologia, ou apenas um investimento que visasse a manutenção daquilo já pactuado, tendo em vista que novos aparelhos possam ter sido comprados para substituição de danificados. Contudo o maior destaque sobre tal quesito vai para região Nordeste, onde a hemodinâmica passa de 8,0 em 2014 para 12,0 em 2017 (aumento de 50%) e a ressonância nuclear magnética passa de 5,0 para 8,0 (aumento de 60%). Os dados nos levam à questões como o investimento financeiro de políticas públicas de evolução da educação que trouxe consigo a abertura de novos cursos que necessitavam de um laboratório prático melhor equipado e atualizado. Justifica-se, portanto, o crescimento do número de equipamentos e, por consequência, o crescimento financeiro, tendo em vista que a base de cálculo do orçamento para os HUFs baseia-se em sua produtividade e em complexidade, sendo mais valorizados os procedimentos de alta complexidade.

Conclusão

A estrutura de distribuição dos HUFs no Brasil segue influências do crescimento econômico do país. Sendo assim, sua concentração e distribuição é desigual, tendo um favorecimento de regiões com estrutura econômica e política historicamente mais desenvolvidas. A presença de políticas públicas como REUNI e PROUNI contribuíram para atenuação dessa histórica disparidade, fomentando a construção de novos HUFs ou melhorando

condições e estruturas (física e humana) para que regiões, antes negligenciadas, pudessem exercer um papel assistencial mais relevante.

As políticas implementadas reduziram as desigualdades regionais no acesso à rede federal de hospitais universitários. A ampliação da oferta de leitos e procedimentos de alta complexidade se deu em maior proporção na região Nordeste. Entretanto, persistem iniquidades no acesso a leitos gerais e leitos de UTI, principalmente na região Norte do Brasil. No outro extremo, o Sul do País é a região que possui a melhor oferta de leitos e hospitais universitários federais por habitante.

Dentre os diversos procedimentos realizados no campo da saúde, a média e alta complexidade ganha destaque nesta análise, pois tais procedimentos exigem um nível de atendimento mais complexo e com maior densidade tecnológica. O estudo apresenta aumento na produção de alta e média complexidade no país, justificando esse aumento ao investimento para o crescimento e melhora do atendimento realizado em regiões como Nordeste e Centro-Oeste, que passam a ter mecanismos possibilitadores para elaboração e crescimento de tais procedimentos.

Partindo da lógica estrutural de repasses de verbas pela União, que se baseia em parte, na produtividade e na classificação do nível de complexidade de atendimento, como ferramenta de cálculo de repasse financeiro, ao observar inicialmente um crescimento de produção é por consequência esperado um aumento do financiamento para o bloco de média e alta complexidade, como foi observado nos presentes dados analisados.

REFERÊNCIAS

1. Caldas JAL. Crise nos hospitais universitários: estratégias de privatização. Associação Profissional dos docentes da UFMG.1999;18:95-110.
2. Brasil. Ministério da Educação. Hospitais universitários. Brasília, 2012. Disponível em : http://portal.mec.gov.br/index.php?Itemid=512&id=12267&option=com_content&view=article. Acesso em: 03 de Novembro de 2018.
3. Oliveira, FBD. A crise e a busca de autonomia nas universidades federais brasileiras. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 29-46, maio/jun. 2013.
4. Bresser-Pereira, LC. Democracy and public management reform: building the republican state. New York: Oxford University Press, 2004. 330 p.
5. Araujo, MAD. Responsabilização pelo controle de resultados no Sistema Único de Saúde no Brasil. Revista Panamericana de Salud Publica, Washington, v. 27, n. 3, p. 230-236, 2010.
6. Olak, PA. Bases para eficácia na aplicação do contrato de gestão nas organizações brasileiras. 2000. 234 p. Tese de Doutorado em Ciências Contábeis, Faculdade de Economia, administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.
7. Tanaka OY, Ribeiro EL, Almeida CAL de. Avaliação em saúde: contribuições para incorporação no cotidiano. 2017
8. Minayo, MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciênc. saúde coletiva* . 2012, vol.17, n.3, p.621-626.
9. Furtado, C. Características gerais da economia brasileira. Revista Brasileira de Economia, v. 4, n. 1, p. 7-38. Rio de Janeiro, 1950.
10. Araújo TB. Dinâmica regional brasileira nos anos noventa: rumo à desintegração competitiva? In: Castro IE, Miranda M, Egler CAG, organizadores. Redescobrimo o Brasil 500 anos depois. 2ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2000.
11. Wennberg, J. & Gittelsohn, A. Variations in medical care among small areas. *Scientific American*, 246(4):100-11,1982.
12. Brasil. Ministério da saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.224, de 05 de Dezembro de 2002. Estabelece o sistema de Classificação Hospitalar do Sistema Único de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 Dez. 2002.

13. Braga Neto, FC; Barbosa ,PR; Santos, IS; Oliveira, CMF. Atenção hospitalar: Evolução histórica e tendências. In. GIOVANELLA, L et al. [org.] Políticas e Sistemas de Saúde do Brasil. 2ª. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ.2012.
14. Michelotto, R.; Coelho, R.; Zainko, M. A política de expansão da educação superior e a proposta de reforma universitária do governo Lula. Educar, n. 28, 179-98, 2006.
15. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº. 8.958 de 20 de dezembro de 1994. Dispõe sobre as relações entre as instituições federais de ensino superior e de pesquisa científica e tecnológica e as fundações de apoio e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1994.
16. Brasil. Ministério da saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 204, de 29 de Janeiro de 2004. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 jan. 2004. p. 16.
17. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Decreto nº. 7.423, de 31 de dezembro de 2010. Regulamenta a Lei no 8.958, de 20 de dezembro de 1994, que dispõe sobre as relações entre as instituições federais de ensino superior e de pesquisa científica e tecnológica e as fundações de apoio, e revoga o Decreto no 5.205, de 14 de setembro de 2004. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2010.
18. Santos, TBS.; Oliveira, SS.; Vieira, SL.; Pinto, ICM. Contornos da administração pública e repercussões no âmbito da gestão hospitalar: problemáticas, objetos e perspectivas. In: TEIXEIRA, C.F.[org.] Observatório de Análise Política em Saúde: abordagens, objetos e investigações. Salvador: EDUFBA, 2016.
19. Brasil. Tribunal de Contas da União. Acórdão nº. 1.520, de 2006. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2006.
20. Brasil. Tribunal de Contas da União. Acórdão nº. 2.813, de 2009. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2009.
21. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 12.550, de 15 de Dezembro de 2011. Autoriza o poder executivo e criar a empresa pública

denominada Empresa Brasileira de Serviços hospitalares- EBSEH . Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2011.

22. Brasil. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 27 e 140. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf .
23. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei Complementar nº. 141 de 13 de Janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2012.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 29 de Janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2007.