

**“SERVINDO A DOIS SENHORES”:**  
a gestão do HUCAM entre o ensino e a assistência

**Leandra Maria Borlini Drago**

**Dissertação de Mestrado em Política Social  
Mestrado em Política Social  
Universidade Federal do Espírito Santo**

Vitória

Março/2011

**“SERVINDO A DOIS SENHORES”:**  
a gestão do HUCAM entre o ensino e a assistência

**Leandra Maria Borlini Drago**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Política Social.**

**Aprovada em 04/03/2011 por:**

---

Profª Drª Maria Lucia Teixeira Garcia  
Universidade Federal do Espírito Santo  
Orientadora

---

Profª Drª Jussara Maria Rosa Mendes  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

---

Profº Drº Áquilas Nogueira Mendes  
Pontifícia Universidade Católica - SP

Vitória, Março de 2011

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)  
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

---

D759s Drago, Leandra Maria Borlini, 1980-  
“Servindo a dois senhores” : a gestão do HUCAM entre o ensino e a assistência / Leandra Maria Borlini Drago. – 2011. 210 f. : il.

Orientadora: Maria Lúcia Teixeira Garcia.  
Dissertação (Mestrado em Política Social) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas.

1. Administração pública. 2. Hospitais universitários. 3. Contra-Reforma. I. Garcia, Maria Lúcia Teixeira. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas. III. Título.

CDU: 32

---

A meus pais, Arlindo e Solange, pelo amor incondicional.



Não basta abrir a janela  
Para ver os campos e o rio.  
Não é bastante não ser cego  
Para ver as árvores e as flores.  
É preciso também não ter filosofia nenhuma.  
Com filosofia não há árvores: há idéias apenas.  
Há só cada um de nós, como uma cave.  
Há só uma janela fechada, e todo o mundo lá fora;  
E um sonho do que se poderia ver se a janela se abrisse,  
Que nunca é o que se vê quando se abre a janela  
(Fernando Pessoa).

## **AGRADECIMENTOS**

Muitos foram os que contribuíram para esta tarefa.

Alguns, porém, são especiais e não poderia deixar de aqui agradecer.

Aos meus pais por que, de forma dedicada e confiante, transmitiram a certeza de que só o estudo me traria um futuro melhor.

À Letícia, minha irmã e fonte de orgulho, pelo apoio de todas as horas.

A Fabricio, por que abdicou junto comigo alguns sonhos, na certeza de que conquistaremos outros maiores.

A toda equipe de professores do Mestrado em Política Social da UFES, pela transmissão de seus conhecimentos.

À Maria Lucia Teixeira Garcia, orientadora deste processo, pela experiência transmitida, pela prontidão da escuta e, sobretudo, pelo seu comprometimento em todo o caminhar dessa empreitada.

Às secretárias do mestrado pela presteza.

Aos colegas de turma, em especial Flaviane e Ana Lucia, que dividiram comigo muitos momentos de angústia, mas também de conquistas e felicidade.

Às colegas do Serviço Social do HUCAM, pela compreensão das ausências, pela escuta incansável de minhas lamúrias e pelo apoio dedicado.

A todos os funcionários do HUCAM, que direta ou indiretamente, contribuíram para que eu compreendesse os processos e relações ali presentes. Em especial agradeço à Lucinete, Verônica, Janildes, Dalvina e Clóvis, que pacientemente me explicaram por diversas vezes a complexa engrenagem da instituição.

Aos entrevistados pelas intrigantes falas que despertaram dúvidas, mas que também desvendaram as respostas pela quais eu buscava.

**MUITO OBRIGADA!**

## SUMÁRIO

|  |            |
|--|------------|
| <u>SUMÁRIO.....</u>  | <u>11</u>  |
| <u>APRESENTAÇÃO.....</u>   | <u>16</u>  |
| <u>INTRODUÇÃO.....</u>   | <u>22</u>  |
| <u>1 A POLÍTICA DE SAÚDE NO CONTEXTO NEOLIBERAL – entre o instituído e o real</u>  | <u>44</u>  |
| <u>1.1 A Política de Saúde e suas pedras no caminho .....</u>  | <u>45</u>  |
| <u>2 A GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: entrelaçando nós.....</u>   | <u>67</u>  |
| <u>2.1 A gestão do SUS: .....</u>  | <u>76</u>  |
| <u>3 OS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS – entre as demandas do SUS e do MEC.....</u>  | <u>88</u>  |
| <u>3.1.1 O HUCAM como espaço do ensino e da assistência.....</u>   | <u>120</u> |
| <u>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</u>   |            |
| <hr/>  |            |
| <u>186</u>   |            |
| <u>6 REFERÊNCIAS.....</u>  |            |
| <hr/>  |            |
| <u>195</u>   |            |
| <u>CARVALHO, G. Apontamentos sobre o PLOA 2011 do Ministério da Saúde. Disponível em</u>   |            |
| <u><a href="http://www.conasems.org.br/site/index.php/comunicacao/artigos/92-apontamentos-sobre-o-ploa-2011-do-ministerio-da-saude-por-gilson-carvalho">http://www.conasems.org.br/site/index.php/comunicacao/artigos/92-apontamentos-sobre-o-ploa-2011-do-ministerio-da-saude-por-gilson-carvalho</a>. Acesso em 03 fevereiro 2011.</u> |            |
| <hr/>  |            |
| <u>199</u>   |            |

## LISTA DE FIGURAS

|   |     |
|---|-----|
| MAPA 01 – DIVISÃO DO ES CONFORME PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO (PDR)..... | 23  |
| FIGURA 01 – FRENTES DE ATUAÇÃO E ATORES ENVOLVIDOS EM UM HU.....            | 119 |
| FIGURA 02 – ORGANOGRAMA HUCAM / 2010.....                                   | 123 |
| FIGURA 03 – COMPOSIÇÃO DO CENTRO DE DELIBERAÇÃO SUPERIOR DO HUCAM.....      | 124 |
| FIGURA 04 – ATORES DA GESTÃO DO HUCAM NA OPINIÃO DOS ENTREVISTADOS.....     | 163 |

## LISTA DE GRÁFICOS

|  |     |
|--|-----|
| GRÁFICO 01 – FREQUÊNCIA DE LEITOS POR ESFERA ADMINISTRATIVA..... | 59  |
| GRÁFICO 02 – CLASSIFICAÇÃO DOS HUS SEGUNDO PORTE HOSPITALAR..... | 97  |
| GRÁFICO 03 – FORÇA DE TRABALHO DOS HUs FEDERAL.....              | 102 |
| GRÁFICO 04 – TOTALIZAÇÃO DAS DÍVIDAS DOS HUs FEDERAIS.....       | 108 |

## LISTA DE TABELAS

|  |     |
|--|-----|
| TABELA 01 – PERFIL DA REDE DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR DO SUS<br>.....   | 58  |
| TABELA 02 – DISTRIBUIÇÃO DOS HUs FEDERAIS NO BRASIL.....   | 88  |
| TABELA 03 – SISTEMA DE PONTUAÇÃO DOS HOSPITAIS DA REDE<br>SUS.....   | 96  |
| TABELA 04 – DISTRIBUIÇÃO DOS HUs (PÚBLICOS) POR PORTE E<br>REGIÃO.....   | 97  |
| TABELA 05 – PRODUÇÃO DE ATIVIDADES ASSISTENCIAIS NOS HUs<br>FEDERAIS EM 2008.....                                | 98  |
| TABELA 06 – PRODUÇÃO DE ATIVIDADES DE ENSINO NOS HUs<br>FEDERAIS EM 2008 .....                                   | 99  |
| TABELA 07 – PRODUÇÃO DE ATIVIDADES DE PESQUISA NOS HUs<br>FEDERAIS EM 2008 .....                                 | 101 |
| TABELA 08 – FUNCIONÁRIOS DO HUCAM CONFORME VÍNCULO / 2010  | 122 |
| TABELA 09 – COMPOSIÇÃO DO QUADRO DE RECURSOS HUMANOS<br>DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EM 2009.....                   | 144 |
| TABELA 10 – COMPOSIÇÃO DO QUADRO DE RECURSOS HUMANOS<br>DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EM 2010.....                   | 145 |
| TABELA 11 – FONTE, VALORES E ALOCAÇÃO DOS RECURSOS NO<br>HUCAM.....  | 148 |
| TABELA 12 – PACTUAÇÃO E ALCANCE DAS METAS QUANTITATIVAS<br>CONTRATUALIZADAS COM A SESA – Abril a Junho/2010..... | 169 |

## LISTA DE QUADROS

|   |     |
|---|-----|
| QUADRO 01 – NORMALIZAÇÕES REFERENTES À GESTÃO DA SAÚDE E DOS HU's E QUESTÕES A SEREM RESPONDIDAS NESSE CONTEXTO         | 31  |
| QUADRO 02 – PERFIL DOS SUJEITOS DA PESQUISA VINCULADOS AO HUCAM / CDS.....  | 35  |
| QUADRO 03 – ENTREVISTADOS E IDENTIFICAÇÃO.....  | 36  |
| QUADRO 04 – DIRETRIZES DO SUS – entre o instituído e o concretizado....   | 62  |
| QUADRO 05 – NORMALIZAÇÕES PARA ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE – NOB, NOAS E PACTO PELA SAÚDE.....                      | 81  |
| QUADRO 06 – FATORES DE AVANÇOS E OBSTÁCULOS DA GESTÃO DA SAÚDE .....  | 85  |
| QUADRO 07 – DEPARTAMENTO E ESPECIALIDADE DOS GESTORES DO HUCAM.....   | 132 |
| QUADRO 08 – SEMELHANÇAS ENTRE OS PLANEJAMENTOS ESTRATÉGICOS DO HUCAM.....   | 142 |
| QUADRO 09 – DOCUMENTOS DE GESTÃO DO HUCAM.....  | 167 |
| QUADRO 10 – PACTUAÇÃO, ALCANCE E JUSTIFICATIVA DAS METAS QUALITATIVAS CONTRATUALIZADAS COM A SESA – Abril a Junho/2010. | 169 |

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

|          |   |
|----------|---|
| ABEM     | Associação Brasileira de Educação Médica                                    |
| ABEN     | Associação Brasileira de Enfermagem   |
| ABRAHUE  | Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino               |
| ABRUEM   | Associação Brasileira dos Reitores das Universidades Estaduais e Municipais |
| AIHs     | Autorização de Internação Hospitalar  |
| ANDIFES  | Ass. Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior   |
| ANS      | Agência Nacional de Saúde   |
| ANVISA   | Agência Nacional de Vigilância Sanitária                                    |
| APH      | Adicional por Plantão Hospitalar  |
| AVC      | Acidente Vascular Cerebral  |
| BNDES    | Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social                        |
| CAPES    | Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior                 |
| CCS      | Centro de Ciências da Saúde   |
| CDS      | Centro de Deliberação Superior  |
| CIB      | Comissão Intergestores Bipartite  |
| CIT      | Comissão Intergestores Tripartite   |
| CLT      | Consolidação das Leis do Trabalho   |
| FAHUCAM  | Fundação de Apoio ao HUCAM  |
| CNES     | Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde                              |
| FHC      | Fernando Henrique Cardoso   |
| CNPq     | Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico               |
| TIDEPS   | Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa                  |
| CNS      | Conselho Nacional de Saúde  |
| FMI      | Fundo Monetário Internacional   |
| CONASEMS | Colegiado Nacional de Secretários Municipais de Saúde                       |
| TNS      | Fundo Nacional de Saúde   |
| CONASS   | Conselho Nacional de Secretários de Saúde                                   |
| HE       | Hospital de Ensino  |
| COSEMS   | Colegiado dos Secretários Municipais de Saúde                               |
| HIV      | Vírus da Imunodeficiência Humana  |
| CPMF     | Contribuição Provisória de Movimentação Financeira                          |
| HU       | Hospital Universitário  |
| DATA     | Departamento de Apoio Técnico Assistencial                                  |
| HUCAM    | Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes                              |
| DEGES    | Diretoria de Gestão do Ensino em Saúde                                      |
| HUS      | Hospitais Universitários  |
| DENEM    | Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina                       |
| IAPs     | Institutos de Aposentadoria e Pensões                                       |
| DRU      | Desvinculação de Recursos da União  |
| IFES     | Instituição Federal de Ensino Superior                                      |
| EBSERH   | Empresa Brasileira de Serviços e Hospitalares S.A.                          |
| INAMPS   | Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social              |
| EC       | Emenda Constitucional   |
| INEP     | Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais                      |
| ENEENF   | Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina                               |
| INPS     | Instituto Nacional de Previdência Social                                    |
| ESF      | Estratégia Saúde da Família   |
| LDB      | Lei de Diretrizes e Bases   |
| FAEC     | Fundo de Ações Estratégicas e Compensação                                   |
| LDO      | Lei das Diretrizes Orçamentárias  |
| LOS      | Lei Orgânica da Saúde   |
| MCT      | Ministério da Ciência e Tecnologia  |
| MEC      | Ministério da Educação e Cultura  |
| MPF      | Ministério Público Federal  |
| MPOG     | Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão                              |
| MRS      | Movimento pela Reforma Sanitária  |
| MS       | Ministério da Saúde   |
| NOAS     | Norma Operacional de Assistência à Saúde                                    |
| NOB      | Norma Operacional Básica  |
| OMS      | Organização Mundial de Saúde  |
| ONG's    | Organizações Não-Governamentais   |
| OPNES    | Organizações Públicas Não-Estatais  |
| OS       | Organização Social  |
| OSCIP    | Organização da Sociedade Civil de Interesse Público                         |
| OSS      | Organização Social de Saúde   |
| PACS     | Programa de Agentes Comunitários da Saúde                                   |

|           |   |
|-----------|---|
| PDI       | Plano Diretor de Investimentos  |
| PDR       | Plano Diretor de Regionalização   |
| PE        | Planejamento Estratégico  |
| PIB       | Produto Interno Bruto   |
| PIBIC     | Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica                  |
| PLC       | Projeto de Lei Complementar   |
| PLP       | Projeto de Lei Parlamentar  |
| PLS       | Projeto de Lei do Senado  |
| PMV       | Prefeitura Municipal de Vitória   |
| PNDRE     | Plano Nacional de Desenvolvimento e Reforma do Estado                     |
| POA       | Plano Operativo Anual   |
| PPI       | Programação Pactuada e Integrada  |
| PROUNI    | Programa Universidade Para todos  |
| PT        | Partido dos Trabalhadores   |
| REHUF     | Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais |
| RJU       | Regimento Jurídico da União   |
| RPA       | Recibo de Prestação de Serviço Autônomo                                   |
| SAS       | Secretaria de Atenção à Saúde   |
| SEMUS     | Secretaria Municipal de Saúde   |
| SESA      | Secretaria Estadual de Saúde – ES   |
| SESU      | Secretaria de Educação Superior   |
| SGTES     | Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde                   |
| SINAES    | Sistema Nacional de Educação Superior                                     |
| SINDSAÚDE | Sindicato dos Trabalhadores da Saúde do Estado do Espírito Santo          |
| SINTUFES  | Sindicato dos Trabalhadores da UFES                                       |
| SISMUV    | Sindicato dos Servidores Municipais Único da Saúde de Vitória             |
| SSPE      | Solicitação de Serviço de Pessoa Externa                                  |
| SUS       | Sistema Único de Saúde  |
| TCU       | Tribunal de Contas da União   |
| UFES      | Universidade Federal do Espírito Santo                                    |
| UTI       | Unidade de Terapia Intensiva  |
| VRE       | Enterococo Resistente a Vancomicina                                       |

## RESUMO

Este trabalho analisa a gestão do Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes, a fim de identificar os conflitos entre ensino e assistência. Como estudo de caso, realizou-se um levantamento dos dados através de pesquisa documental – documentos institucionais e legislações pertinentes – e entrevistas semi-estruturadas. Foram sujeitos dessa pesquisa os gestores do Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes, atuantes período de 2002 a 2010, e representantes do sindicato, dos residentes, das secretarias estadual e municipal de saúde, do Conselho Deliberativo Superior do hospital e do Ministério da Educação – totalizando 12 entrevistados. Para análise dos dados utilizou-se a técnica de análise de conteúdo. Tendo como pano de fundo a contrarreforma do Estado, permeada pelo processo gradual de fragilização das políticas públicas, sobretudo nas áreas sociais, encontrou-se no Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes um cenário de déficit financeiro e insuficiência de recursos humanos, apontados pelos entrevistados como prejudiciais ao desempenho das atividades de formação de recursos humanos em saúde (em nível de Graduação e Pós-Graduação), como também à prestação de assistência em nível de alta complexidade. Os resultados apontaram que sob a missão de atender simultaneamente os interesses da formação e da assistência, o hospital universitário sofre pressões cotidianas (de diversas ordens), como fruto das relações de forças – externas e internas – que sobre ele interferem. O cenário de conflitos que “amarram” a gestão da instituição aqui estudada, mascara os ideais privatizantes implícitos no projeto neoliberal, os quais apontam os aspectos financeiros e de gestão como os únicos fatores causais da crise nos hospitais universitários. Nesse sentido, a sobreposição das ações de assistência sobre a atividade de ensino, ainda que não apareça como uma opção individual da instituição, é justificada como estratégia de sobrevivência financeira do hospital, bem como as legislações referentes e inseridas nesse contexto caminham gradualmente para a transformação dos hospitais universitários em apenas prestadores de serviços, sob administração privada. Conclui-se que a gestão do Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes é uma arena de luta na qual as disputas de interesses entre os projetos políticos societários – neoliberal x democrático participativo – evidenciam conflitos no interior do qual perpassam intenções e necessidades do ensino; o distanciamento entre reitoria e hospital universitário; normalizações do governo federal na esfera da saúde carreando os hospitais universitários para sua transformação em Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, desvinculando sua administração das universidades; assistência a saúde estruturada pela produtividade; necessidade de modelagem dos serviços, conforme o desenho de rede de saúde pública do estado; cobranças da contratualização junto à secretaria estadual de saúde; e, a cobrança interna por parte de funcionários e alunos. Por isso, a expressão “entre dois senhores” sintetiza a expansão do projeto neoliberal sobre os hospitais universitários do país, em que a disputa ou a esquiva dos senhores – Ministério da Educação e da Saúde – reforça a fragilidade das políticas públicas e justifica a privatização dos serviços a elas inseridos.

Palavras-chave: Gestão; Hospital Universitário; Contrarreforma do Estado.



## **ABSTRACT**

This study analyzes the management of Cassiano Antonio Moraes University Hospital in order to identify the conflicts between teaching and health care. As case-study, data collection was carried out through documental research (institutional documents and relevant laws) and semi-structured interviews. The subjects of the study were managers of Cassiano Antonio Moraes University Hospital who were working between 2002 and 2010; and representatives of the union, residents, city and state health departments, hospital board of directors and Ministry of Health – a total of 12 interviewees. Content analysis approach was adopted for data analysis. In a State counter-reform setting, permeated by the gradual process of public policy weakening (especially in the social area), the Cassiano Antonio Moraes University Hospital was facing financial shortages and insufficient human resources. These were pointed out by respondents as being harmful to performing professional formation activities in health care (graduation and post-graduation programs), as well as providing high complexity health care services. The results show that aiming at simultaneously meeting the interests of professional formation and health care service, the university hospital suffers daily pressures (of several types) as a result of a relation of external and internal forces acting on it. The conflict scenario “tying” the management of this institution masks the implicit privatizing ideals in the neoliberal project, which point at the financial and managerial factors as the only cause of the crisis in university hospitals. In this regard, overlapping health care service and teaching activities, even if it does not seem to be an institutional choice, is justified as a surviving financial strategy. Also, the relevant laws in this context walk towards gradually transforming university hospitals into mere service renderers, under private management. We concluded that the Cassiano Antonio Moraes University Hospital management is a fight arena in which disputes of interests between political-corporate-neoliberal projects and democratic-participative projects evidence the conflicts through which several issues surrounding the hospital go: teaching intentions and needs; distance between university presidency and university hospital; federal government health politics leading university hospitals to becoming the Brazilian Company of Hospital Services, detaching their management from the universities; health care services structured according to productivity; need of modeling services in compliance with the state public health care network; demands of contracts from the State Health Department; and internal demands by employees and students. Therefore, the expression “between two masters” summarizes the expansion of the neoliberal project over the university hospitals in Brazil, in which the dispute or avoidance of the “masters” (Ministry of Education and Ministry of Health) increases the weakness of public policies and justifies the privatization of services they comprise.

Keywords: Management; University Hospital; State Counter-Reform.

## APRESENTAÇÃO

Esta dissertação é fruto de um caminho no qual se entrelaçam múltiplos discursos sobre a gestão do Hospital Universitário (HU). O desafio é explicitar essa diversidade de sentidos, falas e expressões que evidenciam concepções do que deva ser um HU e qual o seu papel no contexto do capitalismo financeiro, onde prevalece a especulação financeira, a redução da ação do Estado na área social, a exaltação do setor privado nos serviços sociais e as exigências mercadológicas na formação dos recursos humanos, entre outras características que evidenciam a retração dos direitos sociais em nome da maximização dos lucros.

A metáfora construída por Elaine Lopez (2005a) através da fábula dos cegos e o elefante, para falar do HU hoje, pode ser ilustrativa do que iremos demonstrar. Conta a fábula que numa pequena cidade situada nos confins da Índia, havia um monastério onde todos os monges eram cegos. Obviamente, a estrutura funcional do monastério era totalmente adaptada para que os monges desenvolvessem todas as atividades do cotidiano como plantar, colher, cozinhar, limpar, além de orar. Certa vez, foi anunciado que um circo passaria pela cidade e que a maior atração deste era um enorme elefante dançarino. Nunca tendo tido contato direto com esse fabuloso paquiderme (na Índia, o elefante é um equipamento que ajuda os homens na construção civil, transporta toras, além de realizar outras tantas tarefas pesadas), os monges se alvoroçaram em ir conhecê-lo. Pediram autorização ao Monge Superior e foram todos apressadamente em direção ao circo. Chegando lá, tiveram bem pouco tempo, pois precisariam voltar logo para continuar seus afazeres diários. Então, cada monge teve a oportunidade de tocar em apenas uma parte do elefante. Cegos que eram, precisavam tocar para conhecer. Ao retornar, dirigiram-se ao Monge Superior para relatar suas experiências individuais. Um relatou que o elefante era um animal forte como um tronco de carvalho. Tocara, evidentemente, na perna do elefante. Outro relatou que o animal era parecido com a folha da bananeira, outro fino e comprido como uma cobra e assim por diante dentro do que cada um pudera experienciar nesse encontro.

Falar de um HU, tal como as impressões dos cegos sobre o elefante, traz o desafio de desnudar aspectos do que é parte constitutiva dessa instituição, sem deixar escapar a totalidade que a envolve. Ou seja, reunir aquilo que se apresenta ao nível empírico como o que é o HU e repensá-lo à luz de uma matriz teórica que requer mediações para compreendê-lo em sua totalidade. Assim, se ao nível dos discursos o **governo federal** apresenta os hospitais universitários como fonte permanente de crises e de fontes inesgotáveis de recursos que resultam em disputas de quem é a competência para financiá-lo (se o Ministério da Educação ou da Saúde); para os **reitores** (gestores das Instituições Federais de Ensino) o HU “é a maior interface da Universidade com a comunidade” (através de um conjunto diversificado de ações e serviços capitaneados pelos Departamentos, cursos e corpo técnico do hospital). Se o **Pró-Reitor de Planejamento** defende o fechamento deste “antes que este afunde a Universidade” (visto ser uma unidade geradora de muitos gastos), o **diretor do Hospital** dispara: “o reitor e o gestor que se virem...queremos recursos. Saúde não tem preço, mas tem custo” (ou seja, é uma unidade que requer um tratamento específico face às particularidades que possui). Para o **servidor técnico-administrativo**, as posições em geral oscilam: o médico defende que “não tem nada a ver com o ensino” (ou seja, há cisões e disputas entre as diferentes atribuições que envolvem docentes e técnico-administrativos); o enfermeiro reivindica que precisa de “mais pessoal e melhores condições de trabalho” (evidenciando a sobrecarga de trabalho na unidade); o **assistente social** busca incessantemente a mediação entre as demandas da população usuária (pelo direito de acesso ao serviço de saúde) e as limitações características da instituição (que resulta na não garantia desse direito). De outro lado, o **docente** reivindica que está “ali para ensinar, não para assistir” (ou seja, assistir é tarefa do técnico-administrativo) e os alunos reivindicam “melhores condições para um ensino de qualidade dentro do Hospital” (destacando o sucateamento e as pressões postas sobre a formação em serviço). Na ponta, o **usuário** do SUS tem no HU um recurso certo para a assistência hospitalar, mas denuncia a dificuldade de acesso (faltam consultas, leitos e crescem as demandas). E, por fim, o **gestor local de saúde** que usualmente afirma que em suas mãos, “faria horrores com o HU”. Como na fábula, o HU é hoje uma instituição da qual cada um sabe e fala sobre ele, mas sempre com uma visão parcial e fragmentada.

O HU é uma unidade cuja gestão envolve um intrincado processo no qual se inter cruzam as dimensões de ensino (em nível de Graduação e Pós-Graduação), assistência à saúde (em nível de alta complexidade), pesquisa e extensão. A dinâmica desta instituição é atravessada por duas políticas (de Educação e de Saúde) constituídas no interior do processo de contrarreforma do Estado. Assim, compreendê-la requer aprofundar o conhecimento sobre uma instituição inserida na rede de assistência em saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) e de reforma do ensino conduzida pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC) e, para tanto, a gestão dos hospitais universitários frente às demandas de ensino e assistência torna-se o objeto deste estudo. Eis aqui minha primeira proposição de título: **entre dois senhores**. Como metáfora, a preposição indica que o HU está “no meio de” disputas e particularidades que envolvem as políticas supracitadas, mas também que toma um pouco de cada uma destas políticas na sua conformação histórica e atual.

Como estratégia de discussão teórica, optei por abordar a política de saúde entendendo que, independente das particularidades inscritas em cada uma delas, há similaridades que atravessam a política social brasileira: a gradativa desresponsabilização do Estado, o que gera o sucateamento e precarização das instituições públicas, bem como um déficit significativo de recursos humanos e de equipamentos, que inviabiliza a oferta adequada de serviços, torna-se exemplo de ocorrências comuns à saúde e educação. A crise instalada nestes espaços abre precedentes para a aproximação voraz da privatização das áreas sociais de responsabilidade do Estado. Saúde e educação pública tem perdido espaço para o mercado privado, diante de um discurso de ineficiência estatal, e subordinam-se a ditames mercadológicos, em que a universalidade do direito (garantidos por lei na saúde e na educação) é substituída pela compra e venda de serviços.

Como *lôcus* da pesquisa, optei pelo Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes (HUCAM) – sendo este uma representação da realidade nacional dos hospitais universitários federais. Uma vez inserida no HUCAM como profissional, surgem indagações a respeito da gestão desta instituição: quais são os conflitos de interesses entre MEC e MS, no que tange aos Hospitais Universitários, e como estes interferem na gestão do HUCAM? O que as legislações interministeriais, criadas no

período 2002-2010, demandam e/ou impõe aos hospitais universitários? Quais os impactos da relação dual (ensino-assistência) na efetivação dos HU como parte integrante do SUS? Como ocorre o processo de gestão do HUCAM frente esta realidade dual? Quais estratégias foram desenvolvidas pela gestão do HUCAM para sua integração à rede assistencial do SUS no ES?

Para dar conta desse objeto, a dissertação foi estruturada em introdução, três capítulos teóricos, resultados e considerações finais. A introdução retrata a caminhada nesta pesquisa delimitando o objeto, objetivos e também os aspectos metodológicos deste estudo de caso.

No primeiro capítulo trato a política de saúde diante do contexto neoliberal, em que a saúde prevalece com marcantes restrições financeiras, jurídicas e administrativas, cercada pelas medidas de contrarreforma – inerentes ao projeto político de interesse do capital financeiro –, na contramão dos anseios democráticos. A relação promíscua entre o público e o privado, bem como os obstáculos impeditivos do alcance das diretrizes do SUS, 20 anos após a sua promulgação, estão aqui relacionados.

O segundo capítulo trata da gestão dos serviços de saúde, entendendo a gestão a partir da articulação interativa dos diversos pontos da realidade. A articulação entre a abordagem técnica, política e crítica da gestão é condição imprescindível para compreender a gestão da saúde como inserida no modo de organização social da produção capitalista, mediada por embates e cooptações. As diversas ferramentas de gestão normalizadas pelo governo federal nestes últimos 20 anos serão abordadas aqui, dentro de seus aspectos progressistas e/ou de retrocesso (ou manutenção do *status quo*) da saúde pública.

Em seguida traço um panorama dos hospitais universitários federais, em nível de Brasil, no contexto de formação acadêmica e inserção no sistema público de saúde. Aspectos como força de trabalho e financiamento dos HUs são abordados como fatores protagonistas da crise vivenciada por tais instituições. Crise essa que determina medidas governamentais – da saúde e da educação – na intenção de conter a deterioração dos hospitais universitários, ainda que sob medidas compostas

por traços do projeto societário neoliberal – mercadorização da universidade pública e da saúde. Ainda nesse capítulo, retrato o HUCAM dentre sua capacidade operativa, como espaço de formação inserido na rede de assistência à saúde do estado do Espírito Santo. O HUCAM representa aqui o *lócus* do tensionamento entre as necessidades da formação de recursos humanos, as exigências e interesses da rede estadual de saúde (enquanto hospital de referência terciária) e as disputas internas de uma instituição de ensino, de saúde e de função pública. Assim, permeado pela multiinstitucionalidade inerente aos HUs, o HUCAM tem sua identidade atravessada pelos diferentes senhores aos quais deve obedecer.

A quinta parte deste trabalho apresenta os resultados da pesquisa. Sob diferentes olhares, as disputas internas do HUCAM são apontadas: o sindicato apresenta as tensões existentes entre os trabalhadores e entre estes e a diretoria. O residente relata os impactos na formação, em que ora o ensino se encontra prejudicado ora a assistência, seja por deficiências estruturais, seja por relações de poder no interior da instituição. O MEC visualiza o HU como instituição significativa na formação dos recursos humanos e na produção de tecnologia da saúde, todavia insiste em reafirmar a necessidade de dividir o ônus do financiamento desta custosa entidade. O diretor do Conselho Deliberativo Superior (CDS), órgão máximo do HUCAM reforça os interesses do ensino, sem comprometer-se com a prestação de assistência à saúde. Os gestores locais do SUS visualizam no HUCAM as possibilidades de ampliação da prestação de serviços na atenção terciária do município e do estado, sem com isso pactuar melhorias na formação ou na qualidade do serviço prestados no hospital. Por fim, os diretores superintendentes se dividiram entre aqueles que: a) concebem a gestão como espaço de poder e de embates; b) acreditam que uma melhor gestão seria feita com maiores recursos e autonomia, e; c) apostam num outro modelo de gestão (co-gestão), que não o vigente na instituição.

As considerações finais reafirmam a gestão do hospital universitário como um processo complexo, permeado por tramas que ora se estreitam ora se afrouxam, expressando às relações de forças internas e externas que incidem e interferem sobre essa instituição. Ao fim, aponto que há na gestão do HUCAM uma sobreposição das ações de assistência sobre o ensino, sobretudo pela dependência

financeira da instituição para com os atores externos, em especial a secretaria estadual de saúde, mediadora dos repasses financeiros do governo federal. O ensino encontra-se subordinado à prestação de serviços ao sistema de saúde pública do estado, mantendo-se então como uma função secundária, contrariando a missão de um hospital universitário. Há, portanto, nas particularidades da gestão do HUCAM traços do projeto político neoliberal, o qual sob a justificativa de busca por melhor administração das áreas de gerenciamento, autonomia e financiamento público, afasta-se do ideal de **formação em serviço** dos hospitais universitários e constrói-se a idéia de **formação ou serviço**, enfraquecendo a instituição e permitindo a aproximação das fundações de apoio, como parte do processo de privatização das políticas públicas, aqui saúde e educação.

Esse trabalho nasceu de um incômodo de uma trabalhadora de uma instituição que acreditei ser da saúde, mas que é antes uma instituição da educação. Minha perspectiva atravessa esse universo: o HU é uma instituição da Educação mas que para seus trabalhadores técnico-administrativos muitas vezes a face que se vislumbra é a da saúde. Como um processo urdido lentamente, a dissertação descortinará uma tensa e tênue relação entre duas políticas que se expressam na dinâmica organizacional de um HU. Por isso, parece oportuno terminar a apresentação com Fernando Pessoa:

*“Considerar a nossa maior angústia como um incidente sem importância, não só na vida do universo, mas da nossa mesma alma, é o princípio da sabedoria”.*

Convido a adentrarem em um texto que reúne as exigências para a produção de conhecimento científico e traz inexoravelmente as angústias de trabalhadores de hospitais universitários.

## INTRODUÇÃO

*“Fazer novas perguntas, suscitar novas possibilidades, ver velhos problemas sob um novo ângulo, são coisas que exigem imaginação criadora e possibilitam verdadeiros adiantamentos na ciência”.*  
(Albert Einstein)

A aproximação ao tema dos hospitais universitários nasceu de minha lotação, em 2006, como assistente social no Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM), popularmente conhecido como Hospital das Clínicas. A princípio, atuar num hospital-escola federal traz a idéia de prestígio e *status* profissional, todavia, a prática diária mostra também o seu oposto – o sucateamento deste em nível nacional. O descaso do Estado brasileiro para com a saúde e a educação, a ampliação das mazelas sociais, que diariamente batem à porta do hospital e a não efetivação plena do SUS perpassam essa outra face. É a partir dessa realidade cotidiana que inicio algumas indagações acerca da gestão e do papel do HUCAM, bem como do Estado, na figura dos Ministérios envolvidos – Saúde e Educação.

Todavia, essa proposta não nasce de repente. Como um processo lento, o desejo inicial foi o de pesquisar o impacto das Fundações Estatais de Direito Privado sobre os hospitais universitários. Entende-se aqui que as Fundações representam a transferência de questões públicas, de responsabilidade do Estado, ao terceiro setor e o repasse de recursos públicos para o setor privado – ou seja, a privatização dos serviços sociais (MONTAÑO, 2002). A discussão das Fundações Estatais está presente no HUCAM desde 2007, intensifica-se com a possibilidade de aprovação do Projeto de Lei Parlamentar 92/2007<sup>1</sup> e é ratificada pela medida provisória 520 de 2010.

No processo de orientação, deparo-me com algumas novas indagações a partir da discussão inicial: Como funciona a rede de referência/contra-referência no ES? Onde está o HUCAM na rede de saúde do estado? Como o HUCAM se articula com a rede de saúde? Como o HUCAM reage à reestruturação da rede de saúde? Como entender a gestão do HUCAM no contexto do Pacto pela Saúde? Por que a

---

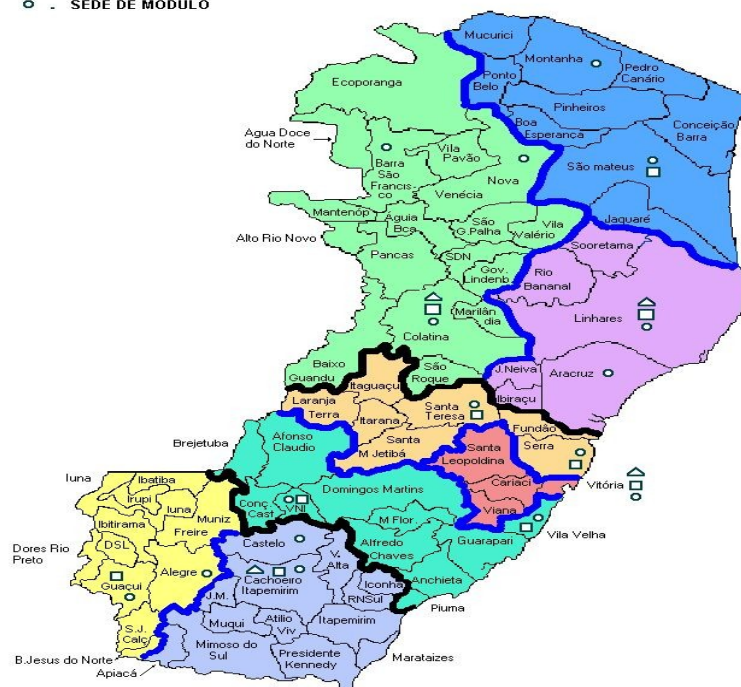
<sup>1</sup> O PLP 92/2007 regulamenta o inciso XIX do art. 37 da Constituição Federal, parte final, para definir as áreas de atuação de fundações instituídas pelo poder público.

fundação é a alternativa construída ao nível dos discursos dos técnicos envolvidos com a gestão?

Como perguntas requerem respostas, desconfiada e titubeante iniciei uma peregrinação por respostas. Parafraseando Einstein, estava diante de novas perguntas ou velhos problemas? Sem respostas e com muitas interrogações, comecei meu percurso pela busca por documentos que esclarecessem o processo de inserção do HUCAM na rede de saúde do ES. O Plano Estadual de Saúde, elaborado pela Secretaria Estadual de Saúde – SESA (ESPÍRITO SANTO, 2008) para o período de 2008/2011, apresenta o Plano Diretor de Regionalização (PDR)<sup>2</sup> do estado, no qual o território capixaba é dividido em pólos, micros e macrorregionais, com seus locais de referência (Mapa 01). Tal divisão é feita a partir da capacidade instalada e fluxo de internações, além de perfil epidemiológico da região e porte dos serviços prestados.

PDR - Plano Diretor de Regionalização 2003

- ▲ - POLO MACRORREGIONAL
- - POLO MICRORREGIONAL
- - SEDE DE MÓDULO



<sup>2</sup> É objetivo do PDR organizar os serviços de saúde de forma a melhorar a capacidade de gestão do SUS, por meio de redefinição dos papéis e implantação de redes.

## MAPA 01: DIVISÃO DO ES CONFORME PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO (PDR)

FONTE: ESPÍRITO SANTO, 2008

O HUCAM está inserido geograficamente na macrorregião centro, na micro Vitória, como serviço de alta complexidade. Todavia, o PDR cita muito pouco o hospital universitário, o que desperta a inquietação em entender por que o HUCAM está na rede de saúde, porém não é inserido no planejamento dos gestores dessa rede. Continuo a busca pela compreensão do espaço do hospital universitário com a leitura do Plano Operativo Anual/2009 (POA)<sup>3</sup> do HUCAM (HUCAM, 2008) e entrevistas exploratórias com pessoas envolvidas na gestão deste hospital<sup>4</sup>. Fica demarcado, após este passo, o repasse de cada instância governamental para a saúde e as metas a serem atingidas pelo HUCAM no ano seguinte. Nesse processo um argumento se repete: o hospital se torna refém de uma contratualização junto à SESA para repasse financeiro e atendimento de outras demandas (como pessoal e equipamentos). No Brasil, a adoção de instrumentos de contratualização de resultados ganhou corpo a partir do debate estabelecido pelo Plano Diretor da Reforma do Estado (1995) e pelo conjunto de legislações que se seguiram (SCHWARZ, 2009). Para a Secretaria de Gestão do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG), a contratualização é o procedimento de ajuste de condições específicas na relação entre o Poder Público e seus órgãos e entidades de direito público e privado ou entre o Poder Público e entidades da sociedade civil, na qual efetuasse uma negociação que resulta no estabelecimento de metas de desempenho.

Ribeiro, Costa e Silva (2000) identificam no interior da política regulatória instituída no país desde a década de 1990, três itens principais: a) relacionados ao foco da regulação – sistema público (sobre transferências entre governos e compra de serviços aos prestadores privados) ou sistema privado (sobre regulação do mercado, como nos planos de saúde); b) relacionados ao desenho organizacional - agências regulatórias especializadas, controle burocrático universal (tribunal de contas, ministério público, sistema nacional de auditoria) ou por conselhos

<sup>3</sup> Trata-se de documento elaborado pelo HUCAM, para a SESA, na intenção de assegurar o repasse financeiro, a partir de uma série histórica de produção.

<sup>4</sup> Nesse momento o diálogo envolveu o diretor de um dos departamentos do HUCAM e a chefia do setor de faturamento e controladoria. Ambos demonstraram a interface entre HUCAM, MEC, MS e SESA, destacando as metas a serem atingidas para fins de repasses financeiros.

multipartites; c) relacionados ao instrumento - contratos de gestão, programas de incentivos, guias de decisão médica.

Regulação não pode ser entendida como sinônimo de gestão, pois é tão somente um de seus elementos constituintes e importante ferramenta para sua operacionalização. Em termos de regulação no SUS Magalhães Júnior (2002) destaca a existência de duas maneiras, inter-relacionadas à gestão global do sistema: a Macrorregulação e a Microrregulação. A Macrorregulação significaria uma articulação e prática de mecanismos estratégicos de gestão que podem se estabelecer em bases sociais públicas – como as defendidas no processo da Reforma Sanitária Brasileira – em bases políticas menores, em bases corporativas ou tecnocráticas ou ainda sintonizadas com os interesses privados do mercado. A Microrregulação por seu turno refere-se a um olhar diretamente para a assistência, com recorte operacional e instrumental. Sinteticamente, do ponto de vista dos objetivos funcionais, a regulação está assentada em dois grandes pilares: quantidade adequada de ações e serviços acessíveis e resolutivos aos cidadãos e a boa qualidade dos padrões dos serviços ofertados.

No caso dos HUs, a contratualização consiste em um conjunto de regras que são periodicamente negociadas entre gestor estadual (ou municipal) e o gestor da instituição, como a definição do perfil assistencial, o papel da instituição, sua inserção na rede de serviços de saúde do SUS e definição das responsabilidades dos hospitais como metas. As metas pactuadas são indicadores baseados nas portarias ministeriais da contratualização.

É neste ponto que a discussão acerca dos hospitais universitários ganha mais foco, pois o HUCAM, no PDR e no POA (ou seja, na lógica da contratualização, regionalização e hierarquização da assistência), corresponde à alta complexidade e, portanto, recebe orçamento para atividades desta magnitude. Todavia, como hospital escola, o HUCAM executa, também, procedimentos da atenção básica (considerando a visão holística da formação dos recursos humanos em saúde), os quais, na ótica da contratualização com a SESA não são de sua alçada e, portanto, sem retorno financeiro pela gestão estadual <sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> O HUCAM exerce na rede estadual de saúde o papel da atenção terciária, por isso muitos dos procedimentos referentes à atenção básica não fazem parte da contratualização com a SESA.

Ao nível do discurso das gestões do HUCAM um mesmo argumento se repete há anos: o ciclo de despesas é maior que as receitas, o que culmina com um *déficit* financeiro da instituição. Inúmeras são as notícias veiculadas na mídia retratando essa realidade: fechamento de leitos, fechamento do Pronto-Socorro, falta de materiais básicos para pequenas e grandes cirurgias. Assim, é evidente um dos primeiros questionamentos acerca do hospital escola: a quem atender: ensino ou assistência?

Continuo o desafio de aproximação ao tema persistindo na fase exploratória da pesquisa (MINAYO, 2004)<sup>6</sup>, por meio de leituras de teses, dissertações, artigos e reportagens acerca dos hospitais universitários. Assimilo, a partir disso, o papel dos Hospitais Universitários (e do HUCAM) como reflexo de uma dupla inserção de ensino e assistência. Tal dualidade é significativamente colaboradora no quadro de sucateamento, escassez de recursos humanos e financeiros, além do inerente discurso de ingerência atribuído aos hospitais públicos – aqui em questão os universitários. Importa frisar que é sob este mesmo discurso de ingerência e precarização do público que a aproximação das Fundações Estatais se torna real e factível (CARMO; ANDRADE; MOTA, 2007; MACHADO; KUCHENBECKER, 2007).

Portanto, ao abordar a gestão dos Hospitais Universitários retomo simultaneamente a discussão das organizações sociais (onde se enquadram as Fundações Estatais), ONG's e entidades filantrópicas no espaço público. Prossigo de forma diferente o ponto do qual parti. Albert Einstein novamente me alertava que "no meio de toda dificuldade encontra-se a oportunidade". Assim, neste estudo, a oportunidade se faz em abordar e compreender a gestão dos hospitais universitários (num contexto em que prevalece a idéia de "crise" da saúde pública, sucateamento da educação, além da exaltação ao mercado privado), a partir das demandas dos ministérios que os envolvem: saúde e educação. Está lapidado o problema de pesquisa: como a gestão dos hospitais universitários é afetada pelos conflitos de interesses do ensino e da assistência?

---

<sup>6</sup> Minayo (2004) aponta que a fase exploratória da pesquisa compreende a escolha do tópico de investigação, a delimitação do problema, a definição do objeto e dos objetivos, construção do marco teórico, além dos instrumentos da coleta de dados e exploração do campo.

Esta dissertação insere-se na linha de pesquisa 2 do Mestrado em Política social (Políticas sociais, subjetividade e movimentos sociais), que visa analisar a formulação, a gestão e o controle social de políticas sociais setoriais. Compõe ainda os estudos desenvolvidos pelo Grupo Fênix<sup>7</sup>.

Este estudo ganha relevância social e política ao contestar as tendências de ajuste neoliberal, presentes e atuantes no desmantelamento atual das políticas sociais. Torna-se assunto necessário para ampla e profunda discussão das Universidades, uma vez que ainda são elas as responsáveis pelos Hospitais Universitários. Estes necessitam de maior clareza acerca do processo que os rodeia, para assim ter formado o discernimento necessário para a aceitação, contestação ou submissão às novas questões que o tocam. Por fim, aproximar-se e compreender as medidas liberais que almejam impedir a concretização dos direitos coletivos, bem como atuar na busca da concretização dos ideais reformistas é também função dos profissionais inseridos nas políticas sociais, aqui em questão o assistente social atuante na política de saúde, chamado a articular a pesquisa e a prática, bem como aprimorar-se continuamente (IAMAMOTO, 2003).

Enquanto relevância científica importa destacar que existem – ainda que em pouco número – trabalhos que problematizam os hospitais universitários. Estes abordam questões como a inserção dos HUs na rede de saúde (CARMO, 2006) e a concepção de crise na gestão dessas instituições (LIMA, 2004). Tais estudos foram unânimes em apontar as tensões pertinentes aos HUs em função da dupla tarefa determinada ao mesmo: ensino e assistência. Porém, não há uma problematização mais profunda dessa dualidade, assim como não há uma discussão paralela entre a gestão e as demandas dos ministérios envolvidos, no sentido de entender, questionar e refletir como as políticas públicas estão rebatendo sobre os espaços de formação da saúde. Além disso, ao nível de gestão, não há trabalhos desenvolvidos sobre o HUCAM especificamente, o que reforça a pertinência deste estudo,

---

<sup>7</sup> O Grupo de Estudos em Políticas Públicas Fênix foi constituído em 2006 e integra o Diretório de Grupos de Pesquisa do CNPq. O Grupo dedica-se ao estudo e desenvolvimento de pesquisas relacionadas à Análise de Políticas Públicas, Saúde Mental e Álcool e outras Drogas. As análises são orientadas pela preocupação de entender a conformação destas políticas sociais nas sociedades capitalistas e na relação que se estabelece entre Estado e sociedade civil em cada contexto específico.

considerando ser este hospital a única referência no Espírito Santo quando se fala em hospital universitário de caráter público.

A pesquisa objetivou analisar a gestão do HUCAM, no período de 2002 a 2010, a fim de identificar os conflitos entre ensino e assistência. Como objetivos específicos, propomos descrever o processo de gestão do HUCAM face às exigências de ações de ensino, assistência e pesquisa; identificar quais estratégias foram desenvolvidas pela gestão do HUCAM para integração à rede assistencial do SUS; identificar os impactos da relação dual (ensino-assistência) na gestão do HUCAM a partir do discurso dos atores ali envolvidos; e, identificar as legislações formuladas pelo MEC e pelo MS para a gestão dos Hospitais Universitários entre 2002-2010.

As propostas mais atuais do governo federal no sentido da Reforma Universitária e Reestruturação dos Hospitais Universitários mostram a contemporaneidade do tema, bem como reforçam a importância e a necessidade de discussão deste assunto. O enfoque dado ao material já existente não permitia responder a todas as indagações levantadas nesta pesquisa, portanto, foi preciso caminhar um pouco mais e ousar abrir novas estradas, ou seja, reconhecer que “*o saber leva tempo pra crescer*” (Rubem Alves).

A metodologia utilizada nesta pesquisa inter cruzou caminhos, pessoas, redirecionou focos e configurou nosso mirante de investigação. Partimos do pressuposto que “ciência se faz com teoria e método” (MINAYO, 2002, p.17), em que a teoria possibilita ao pesquisador uma compreensão e um estranhamento da realidade e a problematização do objeto. O método por sua vez compreende a estrada, a via de acesso, o rumo e discernimento escolhido entre outros possíveis, para um dado estudo (OLIVEIRA, 2001). A metodologia então é mais do que o “como fazer”, é sim a totalidade do processo de pesquisa. É a soma da epistemologia, das técnicas e instrumentos, além da criatividade do pesquisador (MINAYO, 2002).

Como uma escolha política e ética, o método aqui é um instrumento de mediação entre o homem que quer conhecer e o objeto desconhecido, como parte do real a ser investigado. Portanto, nega-se a idéia da neutralidade axiológica. Os fenômenos em análise são concebidos como históricos, dotados de materialidade e movidos

pela contradição (MEKSENAS, 2002). Portanto, nenhum fenômeno pode ser compreendido isoladamente.

Marx já apontava que não há ciência “pura” e nem acima das relações sociais. A ciência é produto da história, do modo de organização social e do contexto de classe (MEKSENAS, 2002). Partiu-se aqui de alguns pressupostos: a não separação entre política social e política econômica. É essa perspectiva que nos permite identificar interesses de classes influenciando diretamente o modelo de saúde e de educação oferecidos, bem como na intenção de formação de um modelo dual de saúde entre “ricos” e “pobres” (BEHRING; BOSCHETTI, 2008). A partir da perspectiva histórica e dialética, objetiva-se cercar o objeto através da compreensão de todas as suas mediações e correlações (MINAYO, 2004).

Na intenção de iluminar a compreensão do objeto, fez-se necessário problematizar, no decorrer dos capítulos, algumas categorias e/ou noções, como: gestão, política de saúde, reforma do Estado, projeto político e reestruturação dos hospitais universitários.

Como um longo caminho trilhado, que atravessa toda a dissertação (e, portanto, não se resume apenas a este item), a metodologia será aqui apresentada em seus aspectos procedimentais.

Com o recorte temporal determinado (período de 2002 a 2010<sup>8</sup>) e os questionamentos postos, restavam as angústias quanto ao *lócus* da pesquisa – o HUCAM. Escolher o HUCAM traz implicações diretas à pesquisadora-assistente social. Como assistente social do HUCAM, trago vivências, relações, experiências que se diferenciam de um mero pesquisador distanciado dessa instituição. Está aí declarada minha concordância com Lowy (1986): os julgamentos de valor, os pontos de vista de classe, as ideologias, utopias e visões de mundo dos grupos sociais,

---

<sup>8</sup> Período esse correspondente ao último mandato de Fernando Henrique Cardoso e aos dois mandatos de Luis Inácio Lula da Silva. Esse foi o momento das produções normativas referentes aos HUs, de estabelecimento de condições básicas para a certificação enquanto hospital escola, assim como do processo de reestruturação dos hospitais e as articulações entre MEC e MS nesse sentido. Algumas legislações datam de 2004, mas nos anos antecedentes já ocorriam discussões, leituras e apontamentos dos ministérios envolvidos, quanto à realidade dos HUs, conforme aponta Chioro (2004) e Lopez (2005b).

influenciam de forma decisiva o conjunto da atividade científica e cognitiva no domínio das ciências sociais.

Como um fenômeno contemporâneo, o pouco controle sobre os eventos, as múltiplas fontes (evidências) possíveis de exploração na investigação (documentos, registros em arquivos, entrevistas, entre outros) e a adequação do objeto para com perguntas do tipo “como” e “por que”, realizou-se um estudo de caso sobre a gestão do HUCAM.

O estudo de caso como estratégia de pesquisa compreende um método que abrange tudo – tratando da lógica de planejamento, das técnicas de coleta de dados e das abordagens específicas à análise dos mesmos. Nesse sentido, o estudo de caso não é nem uma tática para a coleta de dados nem meramente uma característica do planejamento em si, mas uma estratégia de pesquisa abrangente. (...) propõe ser um plano lógico para se sair daqui e se chegar lá, onde aqui pode ser definido como o conjunto de questões a serem respondidas, e lá um conjunto de conclusões (YIN, 2005, p. 33-41).

Após a formulação do problema, ou da nova possibilidade suscitada - retomando Einstein –, aprofundo um pouco mais as leituras pertinentes aos hospitais universitários por meio de pesquisa documental – levantamento, leitura e registro do material afim – entendendo que os documentos nos falam de aspirações e intenções do período as quais se referem. Há nos documentos um significado pretendido, contido e recebido (MAY, 2004).

Inicialmente elencamos as fontes documentais e partimos para a leitura e seleção destes. Selecionados os documentos, organizamos o material em um quadro e formulamos indagações iniciais (Quadro 01). Ou seja, o documento, como uma fonte oficial, não fala por si mesmo. São as indagações do pesquisador que perscrutarão o documento.

| DOCUMENTO  | LOCAL DE ORIGEM | ELABORAÇÃO                | ANO  | A QUEM SE DESTINA      | CONTEÚDO  | QUESTÕES A SEREM RESPONDIDAS   |
|--|-----------------|---------------------------|------|------------------------|---|--|
| <b>NORMA OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE – NOAS 01/2002</b> | Brasil          | Ministério da Saúde       | 2002 | Gestores               | Amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização (PDR e PPI) como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Estabelece mecanismos de referência/contrarreferência para garantir integralidade do atendimento. | Como ocorre a inserção dos HUs no processo de regionalização e referência x contrarreferência da saúde?  |
| <b>PORTARIA 1000/2004</b>                                      | Brasil          | MEC e MS                  | 2004 | HU                     | Estabelece requisitos mínimos para certificação como hospital de ensino.  | Quais exigências trouxeram aos HUs?  |
| <b>PORTARIA 1006/2004</b>                                      | Brasil          | MEC e MS                  | 2004 | HU                     | Cria o Programa de Reestruturação dos HU – a partir dos dois ministérios; Reforça que o papel dos HU é formação, pesquisa e assistência (sobretudo na alta complexidade) por meio de contratualização de metas. A gestão hospitalar em função da rede SUS. Inova o financiamento do HU, por orçamentação mista (valor fixo + produção + metas)  | O que isso muda nos HUs em termos de gestão e financiamento?   |
| <b>PACTO PELA SAÚDE</b>  | Brasil          | União, Estado e Município | 2006 | Três esferas de gestão | Substitui a NOB 96 e NOAS 2002, mantendo a pactuação entre as três esferas de governo, a regionalização e descentralização (PDR, PDI e PPI). Estabelece as Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite. Unifica os pactos antes existentes, integra as formas de repasse e estabelece o sistema de consórcios e cooperativas entre as esferas.   | Quais mudanças trouxe à gestão dos HUs no SUS?   |
| <b>POA 2008</b>  | ES              | HUCAM                     | 2008 | HUCAM e SESA           | Panorama estatístico dos atendimentos HUCAM. Estabelece metas (produção) junto à SESA para contratualização financeira do próximo ano – a partir de uma série histórica de produção. Determina o repasse de financiamento federal e estadual.   | O que isso determina na gestão do HUCAM? Quais metas de produção e séries históricas foram pactuadas e de que forma isso implica no perfil dos serviços prestados pelo HUCAM? Como isso interfere no repasse financeiro? |

**QUADRO 01 – NORMALIZAÇÕES REFERENTES À GESTÃO DA SAÚDE E DOS HUs E QUESTÕES A SEREM RESPONDIDAS NESSE CONTEXTO (continua)**

| DOCUMENTO                     | LOCAL DE ORIGEM | ELABORAÇÃO  | ANO         | A QUEM SE DESTINA   | CONTEÚDO   | QUESTÕES A SEREM RESPONDIDAS (continuação)   |
|-------------------------------|-----------------|-------------|-------------|---|--|--|
| POA 2009                      | ES              | HUCAM       | 2009        | HUCAM e SESA  | Panorama estatístico dos atendimentos HUCAM. Estabelece metas (produção) junto à SESA para contratualização financeira do próximo ano – a partir de uma série histórica de produção. Determina o repasse de financiamento federal e estadual.  | O que isso determina na gestão do HUCAM? Quais metas de produção e séries históricas foram pactuadas e de que forma isso implica no perfil dos serviços prestados pelo HUCAM? Como isso interfere no repasse financeiro? |
| CONVÊNIO 173 (2008/2009/2010) | ES              | SESA/HUCAM  | 2008        | HUCAM e SESA  | Estabelece montante e forma de repasse dos valores cabíveis ao recurso federal e estadual. Celebra a contratualização entre HUCAM e SESA.  | Como isso determina o lugar ou o papel do HUCAM na rede de assistência à saúde do ES?  |
| PLANO ESTADUAL DE SAÚDE - ES  | ES              | SESA        | 2008 a 2011 | População, profissionais e gestores municipais e estaduais da saúde do ES | Apresenta PDR e seus objetivos. Descreve perfil epidemiológico do ES. Estrutura organizacional da SESA. Apresenta os níveis de atenção no estado e o papel destinado a cada um (distribuição regional dos serviços). Cita o HUCAM como locus de alta complexidade. Reforça a necessidade de um modelo de gestão descentralizado e horizontalizado. Apresenta os eixos de intervenções prioritários no período 2008-2011. | O que é destinado ao HUCAM enquanto atenção à saúde? Como isso impacta na orientação do HUCAM enquanto locus de ensino e assistência?  |
| PORTARIA 7.082/2010           | Brasil          | MEC/MS/MPGO | 2010        | HU  | Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF).  | Como isso está refletindo no HUCAM?  |

**QUADRO 01 – NORMALIZAÇÕES REFERENTES À GESTÃO DA SAÚDE NOS HUS E QUESTÕES A SEREM RESPONDIDAS NESSE CONTEXTO (conclusão)**

Illuminada pelos dados obtidos na pesquisa documental partiu-se para a realização de entrevistas. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, considerando a característica destas em oferecer maior liberdade de resposta ao entrevistado, bem como a possibilidade de diálogo entre este e o pesquisador (MAY, 2004). Os roteiros de entrevista (Apêndices A, B, C, D, E, F e G) foram elaborados a partir dos objetivos deste estudo e das características de cada um dos entrevistados.

Buscou-se analisar o processo de gestão do HUCAM – na perspectiva da dualidade ensino/assistência –, entendendo a gestão do HU como a arena de complexidade das relações, em que mais do que formas de gerenciamento de sistemas é também o modo de organização dos serviços de saúde, palco da fomentação dos recursos humanos e cenário de sucateamento e precarização da saúde e da educação pública brasileira. Ou seja, o HUCAM não está isento das relações da rede assistencial de saúde, não é autônomo em suas ações, mas sim compõe e se subordina a todo o complexo de legislações da saúde e da educação, em que

exercendo seu papel de referência terciária, também é espaço de formação de recursos humanos para essa atuação.

Para além dos desdobramentos do HUCAM na rede estadual de saúde, é preciso considerar que os HUs também são atingidos pelas alterações sofridas no campo do ensino, sobretudo após a década de 1990, com a disseminação explosiva dos interesses neoliberais. A lógica da maximização dos lucros, da precarização das condições de trabalho, da focalização dos serviços e da intenção de privatização dos setores “menos lucrativos” ao Estado, atravessa os espaços de formação – e aqui os HUs estão contidos – induzindo a uma formação pela via do mercado e não considerando as preconizações do direito coletivo e da universalidade (SANTOS, 2005). A formação voltada a um ensino especialista e não generalista – contrariando a proposta do SUS –, as reformas governamentais que ampliam o sucateamento das instituições públicas e as investidas do mercado no sentido de sobrepor-se ao Estado na oferta de serviços amparam a crise vivenciada pela gestão dos HUs no aspecto da educação.

A gestão do HUCAM, enquanto instituição inserida no sistema público de saúde, é perpassada externamente pela contratualização da secretaria estadual e, pelo apoio financeiro e de recursos humanos da secretaria municipal de saúde. Internamente há a atuação do CDS – enquanto órgão máximo de deliberação do Centro de Ciências da Saúde (CCS), sob a função de estabelecer a política geral do HUCAM –, e da direção superintendente do hospital propriamente. Como hospital, também é um espaço de trabalho e, portanto, sofre com as tensões das relações trabalhistas, em que o sindicato (SINTUFES) atua como espaço e ator essencial no contexto de controle dos ambientes de trabalho e luta pela ampliação e manutenção dos direitos do trabalhador. O sindicato é então mais um segmento envolvido na gestão. Todavia, o hospital universitário é, sobretudo, um espaço de formação e, portanto, submetido aos ditames do MEC, além de pressionado pelos alunos e residentes quanto ao fornecimento de uma formação de qualidade – aqui o MEC e os alunos são também sujeitos da gestão.

Dessa forma, a gestão do HU envolve, para além dos gestores dos hospitais, outros e variados segmentos – demarca-se nesse estudo que a gestão não é apenas um processo interno de administração da unidade. É sim o reflexo de todo um complexo maior inserido no sistema capitalista financeiro de produção. Nesse sentido, foram entrevistados os diferentes sujeitos que perpassam a gestão do HUCAM, no período entre 2002 a 2010, num total de 12 sujeitos.

Entre os entrevistados estão: os diretores superintendentes e/ou atuantes no período de 2002 a 2010 (04); um dos diretores do Departamento de Apoio Técnico Assistencial (DATA), também deste período – considerando que se trata de uma pessoa-chave na instituição em face de sua intensa e longa gestão em diversos setores da instituição, incluindo a direção técnica (1)<sup>9</sup>. Além desses, foram entrevistados: representante da secretaria estadual (1); e representantes da secretaria municipal de saúde (02)<sup>10</sup>; representante do Conselho Deliberativo Superior do HUCAM (1); representante do sindicato, enquanto representação dos trabalhadores (1); representante dos residentes (1) e; representante do MEC (1).

Vale ressaltar que alguns dos sujeitos incluídos na entrevista, mais do que envolvidos na gestão do HUCAM, são funcionários de longa data, o que permite aos mesmos uma análise histórica da instituição a qual representam. Assim, o quadro abaixo retrata o perfil dos entrevistados<sup>11</sup>.

| <b>ENTREVISTADO</b> | <b>CATEGORIA</b> | <b>FUNÇÃO</b> | <b>TEMPO NA INSTITUIÇÃO (anos)</b> |
|---------------------|------------------|---------------|------------------------------------|
| G1                  | Enfermeira       | Docente       | 30                                 |

<sup>9</sup> Este foi classificado na pesquisa como gestor, junto aos quatro superintendentes.

<sup>10</sup> Na entrevista com a Secretaria Municipal de Saúde estiveram presentes 02 entrevistados: a Subsecretária de Apoio Estratégico e a Subsecretária de Atenção à Saúde da Prefeitura Municipal de Vitória.

<sup>11</sup> Os representantes do gestor estadual e do gestor municipal, assim como o MEC, não foram incluídos no quadro. Mas é sabido que o representante do gestor estadual teve sua formação, como médico, no HUCAM, assim como é funcionário deste hospital há 25 anos e cedido à SESA há 7 anos. Um dos representantes da secretaria municipal de saúde é também funcionária há 15 anos no HUCAM, militante do sindicato da categoria, porém há 06 cedida à Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (SEMUS).

|    |                         |                      |    |
|----|-------------------------|----------------------|----|
| G2 | Médico                  | Docente (aposentado) | 35 |
| G3 | Médico                  | Docente              | 33 |
| G4 | Médico                  | Docente              | 33 |
| G5 | Médico                  | Docente              | 33 |
| S  | Farmacêutica bioquímica | Técnico              | 29 |
| CD | Médico                  | Docente /Diretor CCS | 35 |
| R  | Médico                  | Aluno /Residente     | 05 |

**QUADRO 02 – PERFIL DOS SUJEITOS DA PESQUISA VINCULADOS AO HUCAM / CDS**

Todavia, se a gestão em âmbito local reflete uma conjuntura macro e complexa, não bastava coletar as informações dos gestores locais, mas também o posicionamento dos gestores ao nível nacional. Dessa forma, foram feitos contatos com o MEC e MS a fim de realizar entrevista com as Secretarias competentes ao assunto. Prontamente, o MEC disponibilizou data e horário para a entrevista na Diretoria de Hospitais Universitários e Residências em Saúde, localizada nas instalações do MEC, em Brasília. No MS, o contato para entrevistas foi mediado pelo setor de imprensa e apesar de um intenso esforço em agendar uma entrevista, não obtive sucesso.

Para fins de identificação dos gestores todos receberam a letra G seguida de um número, o qual não corresponde à ordem de atuação no HUCAM, mas sim à data da entrevista (a fim de impor sigilo). Os outros atores da gestão foram identificados pela letra correspondente à categoria, seguida de numeração, quando da existência de mais de um representante na mesma categoria, conforme quadro abaixo.

| <b>ATORES</b>         | <b>IDENTIFICAÇÃO</b> |
|-----------------------|----------------------|
| Gestor                | G1, G2, G3, G4, G5   |
| Sindicato             | S                    |
| Conselho Deliberativo | CD                   |
| Gestor Estadual       | Ge                   |
| Gestor Municipal      | Gm1 e Gm2            |
| Residente             | R                    |
| MEC                   | M                    |

**QUADRO 03 – ENTREVISTADOS E IDENTIFICAÇÃO**

As entrevistas foram agendadas previamente e todas ocorreram no local de trabalho dos escolhidos (por opção destes). Quatro dos cinco gestores entrevistados aceitaram prontamente participar da entrevista, demonstrando interesse pelo tema.

O quinto entrevistado (G5) se mostrou um pouco resistente e/ou talvez “desconfiado” de meus interesses na pesquisa, mas após algumas explicações e a intervenção de uma terceira pessoa (conhecida por ambas as partes), a entrevista foi cedida. O processo das entrevistas foi cercado de sentimentos díspares entre os gestores. Dois deles (G3 e G5) apontaram a gestão como um processo enriquecedor e, portanto, falavam do assunto com entusiasmo. Importa ressaltar que os períodos de atuação desses gestores são diferentes quanto ao modelo de sistema de saúde do estado, visto que na atuação de G5 a gestão não passava pela contratualização junto à SESA, mas o apoio do Estado e de empresas privadas no que tange reformas físicas no hospital era significativo e então esse foi o fator de relevância em sua gestão: conseguiu reerguer a estrutura física do hospital, ativar áreas e reabrir setores, ainda que com fortes obstáculos quanto à questão de pessoal.

Na gestão de G3 o apoio do Estado é totalmente condicionado à contratualização, assim como a participação de grupos terceirizados se dá de forma pontual, vide a burocracia e controle pelo Tribunal de Contas da União (TCU) existente nas entidades de administração indireta como o hospital universitário. O foco de G3 acerca de sua administração se deu no desafio de reduzir despesas e aumentar receitas a partir de mudanças internas, como melhor faturamento dos procedimentos e cortes de gastos dispensáveis, mas também por meio de maior diálogo com a SESA e ampliação da capacidade do HUCAM na atenção terciária. Novamente aparece a dificuldade dos recursos humanos como o grande entrave para o deslanchar da instituição.

Outros dois entrevistados (G2 e G4) retrataram a gestão como algo pesado e destrutivo, usando por vezes palavras rudes para descrever o processo. Nesse sentido, G2 apontou claramente que os interesses corporativos inibem a possibilidade de qualquer gestão no HUCAM e afirma que para alguns sujeitos é interessante que a instituição permaneça no caos, pois assim é possível a perpetuação do poder e de atividades duvidosas quanto à legalidade. G4 acredita que o modelo de gestão posto atualmente (o HU como órgão suplementar da universidade) não comporta mais as peculiaridades de um hospital universitário. Defende que é preciso maior autonomia financeira e jurídica por parte dos hospitais,

referindo-se à atuação das fundações de direito privado, além de considerar o sindicato como fomentador de equívocos sobre as intenções dos gestores. G4 refuta a lógica de ensino e assistência como está posta hoje, o que ele chama de “lógica invertida”. Para ele o HU deveria pertencer ao MS e, sendo um serviço de excelência, poderia então se credenciar ao MEC.

Citando nomes de pessoas conhecidas na instituição, em frases nem sempre elogiosas, o discurso desses entrevistados (G2 e G4) geraram inicialmente em mim constrangimento. Esse era um momento que ficava claro meu duplo papel nesse processo: como servidora técnico-administrativa, o outro falava de pessoas que eu conhecia. Todavia, como pesquisadora, o que os entrevistados falavam expressavam jogos de interesse e relações de poder que atravessam a gestão, ou seja, tais expressões são reflexos de parte do que buscava.

G1 focou sua fala no ideal de gestão – aquela que acredita melhor obter resultados: a co-gestão – e assim, enquanto apontava a sua experiência, deixava clara as falhas e oportunidades do trabalho de gerir. Como primeiro entrevistado, sua fala oscilava entre o modelo de gestão que a instituição deveria seguir e o cotidiano marcado por inúmeros problemas de uma gestão centralizadora.

O encontro com a secretaria estadual de saúde foi marcado por expectativa. Como a responsável pela contratualização com o HUCAM, a SESA poderia nos retratar as questões que envolvem o HU na rede de saúde. O discurso de Ge reconhece que o hospital universitário é referência para a alta complexidade e tem um papel significativo no estado. Todavia, este enfatiza que as prerrogativas de um hospital de ensino ligado ao governo federal por vezes dificulta uma melhor atuação – leia-se “maior injeção de recursos” – neste hospital por parte da SESA. Ge também afirma que o papel da SESA é regular e direcionar o sistema de saúde, o que para ele não caracteriza uma interferência da secretaria estadual na gestão do HUCAM, apenas uma harmonização dos processos de trabalho de cada prestador. Estava aí um traço do HUCAM – um prestador de serviços à rede pública de saúde do estado do Espírito Santo.

Conforme Ge, a SESA não interfere na autonomia plena da universidade, assim como o processo de contratualização é construído de forma pactuada e não imposta, o que – no discurso da SESA – permite ao HUCAM estipular suas condições ou mesmo não assumir tal compromisso. Desaparece no discurso de Ge a relação de forças entre o gestor estadual e o gestor da unidade de saúde (o HUCAM), pois se o HU somente recebe os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) mediante a contratualização com o gestor local (seja ele estadual ou municipal), não lhe resta outra alternativa a não ser aceitar as propostas e condições colocadas (ou impostas) pela Secretaria de Saúde. No caso do HUCAM, dizer não à proposta de contratualização junto à SESA implica não ter recursos para manter o hospital em funcionamento, o que resultaria em fechamento de serviços, do ensino e prejuízo aos usuários da rede de saúde. Tendo em vista que ao MEC cabe – teoricamente – a parcela correspondente aos recursos humanos e equipamentos voltados ao ensino, os HUs, inclusive o HUCAM, mostram-se submissos ao processo de contratualização com o gestor local do SUS.

A Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) por sua vez destacou a dependência financeira do HUCAM para com ela. Segundo os informantes (Gm1 e Gm2) o HUCAM tem, junto à SEMUS, um ‘acordo de cavalheiros’, visto não haver legalmente a obrigação do município na oferta de verbas e mão de obra, como vem fazendo há alguns anos. Também não há uma troca justa entre as partes, na perspectiva dos entrevistados, pois o HUCAM requer constantemente verbas e aditivos de recursos humanos, sobretudo para a manutenção do setor de Emergência, todavia não oferece ao município de Vitória privilégio de vagas, considerando a lógica de atendimento posta pela Central de Regulação de Leitos do Estado. Dessa forma, o HUCAM tem como usuários os pacientes de diversas localidades do ES (Grande Vitória e interior do Estado), sem privilégios aos munícipes da região onde está localizado – e esta é a crítica da secretaria municipal diante do seu “investimento” no HUCAM.

O posicionamento da SEMUS, ao desqualificar a atuação do HUCAM no município, mascara a lógica do sistema de regulação dos leitos e vagas do Estado, bem como omite o quantitativo de atendimentos que ali são efetuados. Como exemplo, dados do setor de Emergência do HUCAM demonstraram que em novembro/2010 foram

atendidos 118 municípios de Vitória, o que representa 25% do atendimento total do mês de referência, perdendo apenas para o município de Cariacica. Esconde-se na fala dos entrevistados interesses maiores por parte da Secretaria Municipal, como a maior utilização da Emergência – referência em cardiologia – do HUCAM e nó na rede de saúde dos municípios brasileiros.

Os informantes da Secretaria Municipal ressaltam ainda a ineficiência da gestão do HUCAM, considerando que o hospital poderia ter um espaço muito maior na rede de saúde pública do estado, tamanha a sua potencialidade em termos de aparato tecnológico, quadro de especialistas e capacidade operativa<sup>12</sup>. Aqui a triangulação de forças se explicita: gestor municipal, gestor estadual e gestor da unidade (HUCAM) traçam, questionam e delimitam a rede de saúde e o papel de cada prestador nesse processo. Definem também o que esperam – gestor estadual e municipal – do HUCAM: serviço de alta complexidade, com ênfase no serviço de urgência e emergência, gargalo histórico no sistema de saúde brasileiro.

A representação do sindicato se deu pela entrevista de um de seus coordenadores. S (servidora do HUCAM há 29 anos) inseriu-se no sindicato após adoecimento por atividade laboral exercida de forma inadequada no HUCAM. Esta atua em diversos espaços de representação do hospital, em nível local e nacional<sup>13</sup>. Participa nacionalmente do debate sobre parceria público x privado dos hospitais e tornou-se sujeito central na instituição quanto à discussão da aproximação da Fundação Estatal aos hospitais universitários. S retrata a gestão do hospital como centralizadora e autoritária, onde não há espaço de discussão por parte dos trabalhadores e tampouco dos usuários. Aponta que os interesses políticos e de poder não permitem a mudança na formatação da direção e ainda que se mude a pessoa do diretor superintendente, mantêm-se a mesma postura de desorganização, feudos e desmandos. Para S a questão não é ausência de recursos, mas sim a ausência de uma posição clara de como gerir. Assim como G1, S acredita num outro ideal de gestão, que não o atualmente desenvolvido no HUCAM. Aposta que o

---

<sup>12</sup> Cabe destacar que uma das entrevistadas trazia em seu discurso uma história de militância sindical e vivência como servidora do hospital.

<sup>13</sup> A servidora participou da Mesa Nacional de Negociação do SUS, coordenada pelo Conselho Nacional de Saúde; já representou o sindicato no CDS do HUCAM e atualmente é representante do HUCAM no Conselho Universitário. Também já participou enquanto representação no Conselho Municipal e no Estadual de Saúde.

hospital tem muito a ganhar com um formato de gestão participativa e com ampla atuação dos trabalhadores – o que refletiria sistematicamente na atuação do sindicato, que hoje age de forma emergencial e paliativa, sem uma agenda proposta a curto ou médio prazo.

O residente entrevistado (R) tem assento nas reuniões do Conselho Deliberativo Superior do HUCAM (CDS) e foi incluído na pesquisa enquanto representação dos estudantes. Apontou a ligação direta entre a gestão do HU e a qualidade da formação recebida. Ressaltou que apesar de não contemplar na função de residente a participação na gestão do hospital, há um grupo de residentes buscando alternativas de participação nas decisões do HUCAM, de forma a ter um espaço para falar de suas dificuldades enquanto médicos em formação. Crê que o HUCAM é um espaço de excelência, ainda que atuando num limite muito menor que sua capacidade e cercado por inúmeras falhas.

A representação do MEC foi uma decisão tomada no meio do caminho da pesquisa e em poucos dias já realizada. Em Brasília estava então, presente e diante do Coordenador Geral das instituições a qual almejo melhor compreender. A recepção foi acolhedora. Diante da indagação: a quem pertence o HU, o representante do MEC afirma que o HU é do Ministério da Educação em sua missão de transmissão e a produção de conhecimento, além da prestação de serviços à comunidade por meio de projetos de extensão – tudo isso concentrado no processo assistencial. Para ele, trata-se de uma instituição de grande impacto no país, mas que diante de uma crise histórica e conjuntural precisa, no momento, de uma reestruturação junto ao MS, de forma a aprimorar as funções exercidas. Subjaz aqui um debate sobre a partilha, entre MEC e MS, dos custos (e das despesas) do financiamento dos HUs no Brasil, tal como defendido pelo Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF).

Ainda em Brasília, tentei por três vezes ser recebida no Ministério da Saúde, mas apesar do apoio de alguns funcionários, não foi possível concretizar o desejo. Confesso a frustração diante desse fato, mas certa de que isso não prejudicaria minhas conclusões, retornei ao ES.

Restava ainda a participação dos usuários do HUCAM enquanto sujeitos da pesquisa. Todavia, não foi possível um recorte de quem seriam estes informantes, visto que não há assento para os mesmos nos espaços decisórios ou de gestão deste hospital, conforme discurso da entrevista de CD e de S, além de constatado também na leitura do regimento interno do HUCAM. Como alternativa, busquei nos relatórios da auditoria do HUCAM algum vestígio de possíveis usuários/pacientes a colaborarem nas entrevistas, mas também não obtive sucesso, tendo em vista que os registros encontrados apontavam apenas queixas quanto às consultas e condutas individuais de alguns técnicos do HUCAM. Importa, porém, destacar que, mesmo não concretizada a entrevista, a ausência do usuário na participação da gestão institucional será abordada na análise.

É preciso ressaltar que os dados derivados de uma entrevista não são apenas peças de informação, mas sim fornecem ao pesquisador os meios de analisar os modos pelos quais as pessoas percebem os eventos e relações. O entrevistador não está neutro neste processo e, portanto, seus pressupostos também são objetos de análise na pesquisa (MAY, 2004). A afirmação anterior projeta novamente minha relação de pesquisadora e profissional na instituição a ser estudada. Mediar esse duplo vínculo representa um ato político ao buscar entender a confirmação ou negação dos pressupostos do SUS na gestão institucional. Mais do que entender o processo local, importa nesta pesquisa descrever a materialização do embate, onde as questões macro se tornam concretas no HUCAM. Destaco, como aponta Minayo (2002), que o pesquisador não está alheio ao contexto e por isso mantém-se *integrado ao mundo*, demonstrando uma das dificuldades a serem trabalhadas nessa pesquisa, pois como assistente social da instituição, percebo cotidianamente embates e relações de forças que induzem o olhar.

Esse intrigante desafio pôde ser amenizado à medida que entendi a pesquisa como um processo de conhecimento do que seria a gestão de um hospital de ensino, instituição multifacetada e por demais complexa diante de seus diversos interesses e atributos. Tratou-se de conhecer a gestão de uma instituição – e não o ato de gerir realizado por “Y” ou “Z” –, analisando-a dentro de um contexto maior – o do capital financeiro.

Ainda quanto à minha inserção no espaço de pesquisa, é preciso destacar que a partir do REHUF<sup>14</sup>, programa de governo a fim de reestruturar os hospitais universitários, todos os hospitais federais foram chamados a desenvolver, isoladamente, um planejamento estratégico de suas funções. No HUCAM as atividades se iniciaram em abril de 2010 e fui convidada a participar junto a outros colegas de trabalho das reuniões semanais. Tal experiência possibilitou uma maior aproximação com a gestão do hospital e, sobretudo, as dificuldades e amarras enfrentadas pela instituição em sua dinâmica. O planejamento teve início com a apresentação, pelos próprios funcionários, da realidade de cada setor do hospital: os pontos negativos, as falhas e as necessidades para um melhor desempenho. Repetidamente surgiram a inadequação estrutural do espaço físico, a deficiência de material e de pessoal nos diversos setores – desde a contabilidade até a enfermaria –, a ausência de registros na instituição e a falha na sistematização de dados, a impossibilidade de continuação dos serviços, visto as contratações temporárias e precarizadas (crescente nos últimos anos), entre outros aspectos.

Um dos consultores responsáveis pela construção do planejamento estratégico, ao saber da pesquisa, me convidou a apresentar o que ele denominou de “a identidade do HU” em uma das reuniões. A apresentação aconteceu dias depois como encerramento das apresentações setoriais. Alguns dos presentes, e entre eles alguns diretores do hospital, mostraram surpresa e outros desânimo frente à realidade que eu ali relatava. Encerrada a apresentação, fui convidada, com o aval do diretor superintendente, a novamente apresentar o panorama dos HU e parte dos dados do HUCAM<sup>15</sup> na abertura da construção do planejamento estratégico<sup>16</sup>. Este evento seria destinado propriamente à construção de metas, com representação de todos os setores do hospital, e era um primeiro passo para pleitear junto ao governo federal, na dinâmica do REHUF, recursos para a reestruturação do HUCAM. A segunda apresentação, em julho/2010, foi presenciada por uma platéia muito maior,

---

<sup>14</sup> Conforme decreto Nº 7.082 de janeiro de 2010, fica instituído o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais integrados ao SUS– REHUF. O objetivo é criar condições materiais e institucionais para que os hospitais possam desempenhar plenamente suas funções em relação às dimensões de ensino, pesquisa e assistência. Trata-se de um trabalho conjunto entre MS, MEC e MPOG (BRASIL, 2010c).

<sup>15</sup> Neste período ainda não havia coletado todos os dados da pesquisa.

<sup>16</sup> O planejamento estratégico se encontra em andamento na instituição e eu continuo, ainda que esporadicamente, a participar das discussões, sobretudo como forma de enriquecer minha reflexão sobre o HUCAM.

a qual me cobra diariamente pelos resultados de minha pesquisa – estava ali o primeiro produto deste trabalho.

Uma vez coletados os dados, é preciso dialogar com os mesmos e a técnica utilizada para análise dos dados foi a análise de conteúdo. Partindo de categorizações, buscou-se aprofundar o conteúdo da mensagem recebida (BARDIN, 1977). Análise de conteúdo trata-se de

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 1977, p. 42)

Bardin (1977) aponta que as linhas de força da técnica de análise de conteúdo estão entre ultrapassar as incertezas da mensagem repassada e enriquecer a leitura dos elementos de significação. Assim, a palavra, a fala e as comunicações se tornam elementos chave desta técnica – e por isso não há um único instrumento para sua aplicação, mas sim uma diversidade de formas e adaptações, conforme o objetivo pretendido.

A técnica então escolhida tem por finalidade tratar a informação contida na mensagem dada pelo(s) sujeito(s) da pesquisa. A análise consistiu na exploração do material colhido por meio da inferência e interpretação (BARDIN, 1977). O processo de codificação partiu de uma categoria *a priori* – **processo de gestão** – que incluiu: o processo de gestão no HUCAM, as estratégias de gestão para integração no sistema de saúde e os impactos na gestão a partir da relação ensino x assistência. Todo o processo da pesquisa foi perpassado pelos procedimentos éticos<sup>17</sup>. As entrevistas foram todas gravadas e transcritas na íntegra e os cuidados adotados foram:

---

<sup>17</sup> O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo, sob o número 048/10, conforme Reunião Ordinária de 26/05/2010.

- Supressão dos nomes dos sujeitos da pesquisa, ressaltando que as características da pesquisa não permitem a garantia do anonimato dos mesmos;
- Utilização do termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias (Apêndice H);
  - Os autores lidos foram compreendidos dentro da lógica que se inscreve a sua produção visando a respeitar a propriedade intelectual dos autores, evitando a deturpação de suas idéias;
  - Utilização dos documentos buscando inscrevê-los no seu contexto histórico em que foram inscritos;
- Compromisso em entregar o material confeccionado à instituição colaboradora, bem como realizar a divulgação da dissertação produzida.

Certamente até aqui algumas estradas foram abertas, mas ainda há espaços a garimpar e, como uma construção ou processo, cabe ao pesquisador dialogar com os autores para que possa configurar o caminho do pensamento. Ou, nos dizeres de Oliveira (2001, p. 25), a revisão teórica é o “passeio da alma pelo caminho deixado pelos outros”. Mas, como um processo de diálogo crítico, a problematização teórica cumpre duas funções: criticar o objeto (para entendê-lo) e fazer a crítica às análises feitas pelos autores lidos. É um caminho recheado de escolhas, decisões a partir das quais o pesquisador delineará seu mirante para olhar e analisar a realidade. Trilhar este caminho é o que se pretende a seguir.

## **1 A POLÍTICA DE SAÚDE NO CONTEXTO NEOLIBERAL – entre o instituído e o real**

*“Tudo quanto vive, vive porque muda; muda porque passa; e, porque passa, morre. Tudo quanto vive perpetuamente se torna outra coisa, constantemente se nega, se furta à vida”  
(Fernando Pessoa).*

Entendendo que os HUs são orientados por duas políticas públicas distintas (de saúde e de educação – em nível de Graduação e Pós-Graduação), ou como apontado no título da dissertação, serve a dois senhores, iniciar a discussão sobre sua gestão requer discorrer sobre tais políticas. Aqui abordaremos a política de saúde, instituída pela Constituição Federal de 1988, compreendendo a dinâmica do

sistema de saúde nos moldes do capitalismo financeiro e os obstáculos que configuram o desafio de gestar essa complexa política.

### **1.1 A Política de Saúde e suas pedras no caminho**

*[...] vivemos em uma época em que há imensos obstáculos estruturais (pedras) à construção do bem-estar social. Talvez essa seja a marca que irá caracterizar no futuro esse nosso tempo: a incapacidade, apesar da produção exponencial de riqueza, de assegurar bem-estar às pessoas. As políticas públicas estão em crise, são consideradas fora de moda. Construiu-se um discurso bastante difundido, repetido como um cantochão sinistro, sobre a quase auto-suficiência do mercado. E essa é uma pedra no caminho do SUS. O SUS é um sistema público, descentralizado e com gestão participativa, mas é integrado por uma rede intrincada de serviços e de servidores públicos, ainda que bastante penetrada por componentes da sociedade civil: conselheiros, prestadores, organizações não governamentais, opinião pública, etc. Boa parte das sugestões sobre como organizar e gerir esse sistema parte do discurso único - em decorrência, é pobre e reduzido de construir "agenda", "regulação" e "avaliação", na suposição de que com esses conceitos estaria dada a boa "governança". Infelizmente, esses termos tecnocráticos não dão conta da gestão de um sistema público, não privatizado, ainda que com interações importantes com entidades privadas. Faltam-nos elementos para a tarefa concreta de planejar e gerir diretamente uma rede complexa, falta-nos política de pessoal, falta-nos incorporar avaliação à gestão e falta-nos subordinar a avaliação aos objetivos e metas do sistema. Falta um mundo de coisas! Falta pensar outra estrutura administrativa para o SUS: continuar a reforma política para dentro do Sistema, criar uma nova legislação sobre suas organizações e sobre o modo como poderiam se relacionar. Há o obstáculo do financiamento, há projetos pelo meio do caminho, mas, sobretudo, há, creio, uma falha entre nós (...) sujeitos ou vítimas desse processo: no fundo, no duro da batata, não pensamos e agimos como se o SUS fosse nosso espaço vital encarregado de co-produzir saúde. A classe média e as empresas fogem pela saúde suplementar; os governantes, para programas focais; a mídia, raramente nomeia o SUS: fala em fila, hospitais, entretanto ignora o sistema, sequer menciona o controle social e a gestão participativa; os pesquisadores são segmentados e empurrados para temas da moda: governança, avaliação, integralidade, promoção, humanização. Raramente logramos realizar alguma "meta-análise" que articule alhos com bugalhos (CAMPOS, 2007b, p. 298).*

A política de saúde desenvolvida no Brasil na atualidade é fruto de intensas transformações ao longo da história, entretanto neste trabalho será focado o período a partir da década de 1980<sup>18</sup>.

Os anos 1980 são marcados por avanços significativos e reestruturantes da política de saúde, sobretudo a partir da realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde<sup>19</sup>

<sup>18</sup> Para revisão dos períodos anteriores, recomenda-se a leitura de Bravo e Matos (2006).

<sup>19</sup> Evento que, pela primeira vez na história do país, permitiu a participação da sociedade civil organizada no processo de construção de um novo ideário para a saúde.

(1986), marco histórico no processo de reforma sanitária e da ação política dos grupos em torno de sua construção (aqui destaque para o Movimento pela Reforma Sanitária – MRS)<sup>20</sup>. Inscrita na Constituição Federal de 1988, a saúde integra o Sistema da Seguridade Social, juntamente com a previdência e a assistência social. Instituiu-se o SUS como um sistema de atenção e cuidados, com base no direito universal à saúde e na integralidade das ações, abrangendo a vigilância, a promoção da saúde e a recuperação de agravos. Estava criado o Sistema Único de Saúde (SUS), amparado pelas leis 8080/90 (BRASIL, 1990a) e 8142/90 (BRASIL, 1990b), que tem por preocupação central a democratização do acesso, a universalização dos direitos, a melhoria da qualidade dos serviços prestados e a integralidade e equidade das ações. Nesse projeto político, a relação Estado-sociedade civil se expressa por mecanismos democráticos e inovadores na gestão, como os Conselhos e as Conferências de Saúde (nas três esferas de governo), o que viabiliza, em sua proposta, maior transparência do uso e destino dos recursos públicos<sup>21</sup>.

O SUS, como resultado da luta pela democracia, trouxe a milhares de pessoas, antes segregadas do direito à saúde, a garantia legal de atendimento integral, independente de renda ou vínculo empregatício. O SUS

transformou-se no maior projeto público de inclusão social em menos de duas décadas: 110 milhões de pessoas atendidas por agentes comunitários de saúde em 95% dos municípios e 87 milhões atendidos por 27 mil equipes de saúde de família. Em 2007: 2,7 bilhões de procedimentos ambulatoriais, 610 milhões de consultas, 10,8 milhões de internações, 212 milhões de atendimentos odontológicos, 403 milhões de exames laboratoriais, 2,1 milhões de partos, 13,4 milhões de ultra-sons, tomografias e ressonâncias, 55 milhões de sessões de fisioterapia, 23 milhões de ações de vigilância sanitária, 150 milhões de vacinas, 12 mil transplantes, 3,1 milhões de cirurgias, 215 mil cirurgias cardíacas, 9 milhões de sessões de radioquimioterapia, 9,7 milhões de sessões de hemodiálise e o controle mais avançado da Aids no terceiro mundo. São números impressionantes para a população atual, em marcante contraste com aproximadamente metade da população excluída antes dos anos oitenta, a não ser pequena fração

---

<sup>20</sup> Um resgate do processo de Reforma Sanitária pode ser encontrado em Bravo e Matos (2002); Elias (sd), Gershman (2004) e Bravo e Matos (2006).

<sup>21</sup> Garcia, Mendes e Leal (2010) apontam para o avanço do ponto de vista político em termos de arcabouço institucional que o controle social na área da saúde representa no país. Por outro lado, os estudos descrevem espaços formais de controle social ocupados por forças corporativas que espelham uma cultura política marcada por clientelismo, particularmente o modernizado, e privatização do espaço público centrada em valores essenciais de uma sociedade capitalista (individualismo, corporativismo, etc). Os autores defendem a necessidade de politização da luta pelo direito à saúde, de modo a dar um salto qualitativo no conceito de democracia e participação, passando por fortalecer o controle social "informal" nas políticas públicas, ou seja, a consciência política e a noção de que saúde é direito, e que a realidade não está dada, mas em construção.

atendida eventualmente pela caridade das Santas Casas (SANTOS, 2008, p. 2010).

Mas, como advertido por Campos (2007b) no início desta reflexão, falta um mundo de coisas ao SUS. Ou seja, apesar de tantos avanços, o SUS também vivencia esperas para procedimentos mais sofisticados (níveis de atenção de média e alta complexidade), geradoras de profundos sofrimentos com agravamento de doenças e mortes evitáveis. Como exemplos de demandas reprimidas temos 13 milhões de hipertensos e 4,5 milhões de diabéticos à espera de tratamento adequado e com isso passíveis de agravamento (como insuficiência renal, AVC, doenças vasculares e outras); mais de 90 mil portadores de câncer não tem acesso oportuno à radioterapia; 25% dos portadores de hanseníase<sup>22</sup>, malária e tuberculose<sup>23</sup> não têm acesso regular e sistemático ao sistema de saúde (SANTOS, 2008). Presencia-se assim, uma ambigüidade de sentidos para o SUS: ampliou horizontes democráticos, mas não foi capaz de sanar as disparidades de acesso. Ou ainda: é no interior dessas disparidades – para além do acesso ao sistema de saúde – que se desnuda a perversa concentração de renda entre as classes sociais, que engendram formas diferenciadas de viver, adoecer e morrer (LAURELL, 1993).

O SUS implementado no Brasil - com fundamentação legal, mas ainda uma promessa enquanto práxis social – tem dificuldades em assegurar, sobretudo, dois princípios centrais: a descentralização (financeira)<sup>24</sup> e a universalidade da saúde. Ambos têm por obstáculo o desafio do financiamento e do gerenciamento, visto que o SUS propõe maior autonomia aos estados e municípios – em termos de financiamento e oferta de serviços – mas em contrapartida não desenvolveu ao longo destes 20 anos condições adequadas e viáveis a esta concretização

<sup>22</sup> De acordo com dados de 2008 da Organização Mundial da Saúde, foram registrados 249.007 novos casos em 121 países. Angola, Bangladesh, Brasil, China, Congo, Índia, Etiópia, Indonésia, Madagascar, Moçambique, Nepal, Nigéria, Filipinas, Sri Lanka, Sudão e Tanzânia encabeçam a lista dos países com mais casos novos de hanseníase. Observa-se que em 2008, o Brasil teve 15% dos casos novos e 93% do total registrado nas Américas (BRASIL, 2010a).

<sup>23</sup> De acordo com a OMS, a doença atinge 8 milhões de pessoas por ano. Dessas, cerca de 2 milhões morrem. No Brasil, estima-se que ela provoque a morte de 4.700 dos 72.000 casos registrados anualmente. Em 2002, apenas 3,3% dos pacientes recebiam acompanhamento. Hoje, esse número aumentou para 43% (BRASIL, 2010b). Ou seja, o governo federal admite que 57% não acessam ao tratamento.

<sup>24</sup> De fato ocorreu a descentralização administrativa, mas a descentralização financeira não se deu conforme o desejado pelos movimentos democráticos. Mantém-se uma discrepância entre estados e municípios em termos de verbas e possibilidades na saúde. Pois, em um país, como o Brasil, de dimensões continentais, com marcantes desigualdades socioeconômicas, onde ainda se encontra lado a lado doenças crônicas e outras já erradicadas nos países centrais, além da escassez de insumos básicos como tratamento de esgoto e uma política de urbanização, torna-se inviável o alcance equânime da distribuição de recursos e ações na saúde. Essa discussão aparece muito mais profunda nos capítulos 12 e 13 do livro Políticas e sistemas de saúde no Brasil (GIOVANELLA, 2008).

(CAMPOS, 1997)<sup>25</sup>. Torna-se necessário ressaltar que a Reforma Sanitária expandiu-se e se desenvolveu na contramão da conjuntura política internacional e latino-americana de ajuste macroeconômico – os ideais de transformação da saúde pública não estavam na ordem do dia (LANDIM, 2008).

As possíveis respostas a esse contraste que embala o SUS tem por base a democracia *formal e esvaziada*, instituída no Brasil ao fim dos anos 1980, nos moldes neoliberais (KRÜGER, 2005). Segundo esta autora, a aproximação dos ideais liberais, sobretudo por interesses econômicos, trouxe ao país um esvaziamento ídeo-político aos espaços, às ações e às conquistas sociais. As manifestações e as lutas de classes já não permanecem envolvidas pelos ideais de liberdade, igualdade, universalidade e justiça social almejados na década de 1970. Prevalece na atualidade palavras de cunho progressistas no que tange ao social – como democracia e participação – entretanto, permanece o jogo de essência e aparência, envolvido pelos interesses do capital internacional (KRÜGER, 2005). Há uma resignificação de termos, de forma a escamotear as reais intenções do processo econômico. Dagnino, Olvera e Panfichi (2006) denominam de “confluência perversa” o encontro da linguagem, mas não dos interesses, entre os projetos políticos distintos da sociedade. O uso dos mesmos termos, ou seja, a homogeneidade do discurso obscurece as diferenças, dilui matizes e reduz antagonismos, o que propicia avanços das concepções neoliberais.

Autores como Behring e Boschetti (2008) e Nogueira (1998) corroboram da opinião acima ao apontarem que as conquistas sociais da década de 1980 – como marco tem-se a Constituição Federal de 1988 – foram resultantes de um “pacto” entre as classes, de forma a impedir a ruptura, mas conservar os privilégios e a concentração de poder das classes mais abastadas. Assim, a constituição foi “[...] uma espécie de híbrido entre o velho e o novo [em que] [...] prevaleceram os acordos estabelecidos por uma maioria mais conhecida como Centrão” (BEHRING; BOSCHETTI, 2008, p.142). Destaca-se o avanço da Carta de 1988 “no terreno das liberdades civis e dos direitos sociais, mas não no terreno propriamente político-institucional [...] ela [a Carta Magna] expressará a tendência societal de entrar no futuro com olhos no passado” (NOGUEIRA, 1998, p. 159-160).

---

<sup>25</sup> Solla (2006) e Fleury (2009) também abordam tal questão.

O contexto social, político e econômico nos anos seguintes à promulgação da constituição federal é permeado pelo refluxo das forças democráticas, retração do Estado no financiamento e na implementação de políticas sociais, assim como na flexibilização e desregulamentação do trabalho. Esse conjunto de medidas neoliberais de desmonte e destruição das conquistas democráticas é apontado por Behring (2003) como a contrarreforma do Estado, constituídas no contexto do capitalismo financeiro. De acordo com Chesnais (2005), o capitalismo contemporâneo – portador de juros ou financeiro – busca fazer dinheiro sem sair da esfera financeira, a partir de juros de empréstimos, de dividendos e outros pagamentos recebidos de especulações bem sucedidas. A especulação – e não mais a produção – se torna a principal ferramenta para produzir valor e a lógica econômica se dá em virtude do mercado de títulos e da liquidez. Configura a “[...] propriedade miraculosa de gerar filhotes [...] a capacidade mágica de transformar o dinheiro em um valor que produz” (CHESNAIS, 2005, p.50).

Nesse contexto, a contrarreforma trata-se de uma reformatação do Estado de forma a adaptá-lo ao capital. Nogueira (1998) destaca que o processo de modernização capitalista no Brasil culminou com a hipertrofia do Estado e o favorecimento deste em prol de apenas uma classe – a burguesa. Nessa perspectiva, floresce a crença de que a reforma do Estado deve se dar no caráter quantitativo, fiscal, financeiro e gerenciador, em detrimento do político, participativo e democrático. Isto porque “[...] não se trata mais de construir, mas de desconstruir o Estado” (NOGUEIRA, 1998, p.16).

O Estado estaria submetido aos ditames de uma nova era histórico-universal – a globalização financeira<sup>26</sup>, que por meio da desregulamentação e da flexibilização reduz consideravelmente o papel político e participativo do próprio Estado e da sociedade. Torna-se evidente a fragilização da organização societária, bem como o desmonte da democracia. O autor destaca que é preciso ter em mente que a reforma do Estado não pode ser reduzida a reformas administrativas, mas sim é preciso olhar para “fora do Estado”, para as relações entre Estado e sociedade, para a prática política. “[...] A reforma do Estado, nesse sentido, é o prolongamento de

---

<sup>26</sup> Sobre essa nova fase do capital ver Chesnais (2005).

uma reforma da própria sociedade, tanto quanto é a remodelação das relações entre Estado e sociedade civil” (NOGUEIRA, 1998, p.212).

Behring (2003) e Behring e Boschetti (2008) apontam para o uso indevido do termo reforma entre os adeptos da corrente neoliberal. De acordo com a autora, a palavra reforma é apropriada às ações de contestação à hegemonia do capital, na intenção de ampliar o espaço democrático, na garantia de direitos e redução das desigualdades. Entretanto, o que se percebe na conjuntura atual é que

[...] se está diante de uma apropriação indébita e fortemente ideológica da idéia reformista, a qual é destituída de seu conteúdo progressista e submetida ao uso pragmático, como se qualquer mudança significasse uma reforma, não importando seu sentido, suas conseqüências sociais e direção sociopolítica (BEHRING, 2003, p.128).

Neste raciocínio, a autora concorda com Nogueira quando este aponta que

Não é razoável imaginar que a reforma possa se converter na bandeira tremulante do neoliberalismo: há de se tentar, no mínimo, reafirmar a consangüinidade entre *reformismo* e *esquerda* e demonstrar que a concepção de reforma que tem a esquerda é a única capaz de se pôr a perspectiva de totalidade dos homens, dos iguais e, particularmente, dos desiguais (NOGUEIRA, 1998, p.17, grifo do autor).

A reforma sugerida pelos neoliberais está voltada aos interesses do mercado, na contramão dos anseios democráticos e progressistas. Trata-se de uma contrarreforma do Estado, a qual foi possível, a partir de fatores estruturais e conjunturais, externos e internos, que ganharam impulso nos governos de Collor e Fernando Henrique Cardoso (FHC), sobretudo pelos antecedentes de crise econômica e impasses sociais no processo de democratização (BEHRING; BOSCHETTI, 2008). Nos ideais de “reforma do Estado”<sup>27</sup>, as propostas de Bresser Pereira defendem não um Estado mínimo, mas a reconstrução de um Estado social a partir do mercado, pela via de contratação e/ou repasse de responsabilidades da área social. Busca reerguer o Estado da crise de governabilidade e governança via reforma gerencial (BEHRING, 2003).

Nessa perspectiva cabe ao Estado o papel de assegurar as orientações/condições da política neoliberal: atratividade, adaptação, flexibilidade e competitividade (BEHRING, 2009a). O Estado, na perspectiva neoliberal, apresenta-se como ponto

<sup>27</sup> As aspas, aqui propositalmente, indicam que as práticas reformistas, por parte do Estado, são compatíveis aos ideais econômicos. Reforçam a idéia de que trata-se de ideologia e mistificação – um cinismo intencional de classe (BEHRING; BOSCHETTI, 2008).

de apoio às empresas, assegurando condições gerais de produção e mantendo novas e vantajosas (ao mercado) negociações com grupos multinacionais – nessa relação, o Estado mantém-se na posição de subordinado e estruturante ao capital. Cabe ao Estado na política neoliberal: cobrir custos de estruturas que estão fora do interesse do mercado privado; aplicar incentivos e subsídios fiscais às empresas privadas; garantir e institucionalizar processos de desregulamentação, em nome da competitividade; ratificar a flexibilização das relações de trabalho e as privatizações dos serviços (BEHRING, 2009a). Daí entender que o Estado, supostamente responsável pelo interesse geral, dispõe agora de uma base de ação e poder decisório mais estreita, visto que

[...] assuntos de vocação particular orientam os de vocação geral e de interesse público, no quadro de uma dissociação entre o poder econômico mundializado e o poder político nacional [...] a mundialização altera as condições em que o Estado-Nação articula os compromissos institucionalizados entre os grupos sociais no espaço nacional. Trata-se de gerir um forte fracionamento social e territorial. Há uma perda de coerência entre Estado, aparelho produtivo, moeda e sociedade, produzida pelo referido fracionamento e pelos movimentos de deslocalização do capital internacional, que terminam por requerer um Estado forte, que enfatiza a lei e a ordem, presidindo os grandes equilíbrios sob o olhar vigilante das instituições financeiras (BEHRING, 2009a, p. 73).

Entretanto, não cabe uma leitura ou interpretação de um Estado “satanizado”, voltado somente aos interesses do capital e símbolo da ineficiência e corrupção (BEHRING, 2009a). É preciso a interpretação de que o Estado acompanha os períodos de desenvolvimento do capitalismo e se modifica histórica e estruturalmente, cumprindo seu papel na reprodução do trabalho e do capital, em que expressa a hegemonia do capital nas formações sociais particulares, ainda que com traços gerais comuns.

Trata-se, portanto, da luta entre direitos sociais conquistados contra a racionalidade do capitalismo financeiro, voltado à individualidade e ao mérito.

[...] No plano das políticas sociais, reforma passa a significar a revisão radical do acesso a certos bens sociais requeridos pela efetivação dos direitos sociais e em benefício do império da racionalidade e da globalização das economias nacionais (ELIAS, sd., p.84).

Ao considerar a política social como “processo e resultado de relações complexas e contraditórias que se estabelecem entre Estado e sociedade civil, no âmbito dos conflitos e luta de classes que envolvem o processo de produção e reprodução do

capitalismo” (BEHRING; BOSCHETTI, 2008, p. 36), é importante destacar a intrínseca relação entre economia e política social e por isso entender que as investidas neoliberais no campo econômico trouxeram inúmeras conseqüências para as políticas sociais. Isso porque o neoliberalismo está decidido a disputar a hegemonia do capital, em que desuniversalizar e assistencializar as ações do Estado, com cortes dos gastos sociais contribui para o equilíbrio financeiro do setor público. É o abandono e o ataque ao keynesianismo e ao *welfare state* em nome da busca de lucros e extração máxima da mais-valia (BEHRING, 2009b).

A política social no contexto de um Estado capitalista periférico, como o Brasil, mantém-se pelas tendências de: 1) desresponsabilização do Estado e do setor público com uma política social de redução da pobreza articulada com outras políticas sociais (trabalho, emprego, saúde, educação e previdência), em que vigoram programas de renda mínima de caráter focalizado; 2) responsabilização “abstrata” da sociedade civil e da família pela ação assistencial, com significativo aumento de atuação das organizações não governamentais – o terceiro setor; 3) desdobramento do sistema de proteção social entre aqueles que podem pagar por serviços privados (saúde e previdência, por exemplo) e àqueles que dependem dos serviços de baixa qualidade oferecidos pelo setor público; 4) delimitação das políticas voltadas à pobreza pelo caráter emergencial, focalizado e reduzido à dimensão assistencial (BEHRING, 2009b).

Assim, a contrarreforma inicia uma tendência à desresponsabilização com a política social por parte do Estado, sendo esta repassada gradativamente às organizações sociais, ONGs e entidades filantrópicas, seguindo o trinômio neoliberal de privatização, focalização e descentralização (BEHRING; BOSCHETTI, 2008). Como destacam Bravo e Matos (2002, p.206),

[...] é como se não houvesse uma crise econômico-política. A crise passa a ser centrada como se fosse apenas a de um modelo de Estado, que, caso mude – e conseqüentemente a sua forma de administração -, irá resolver a situação da crise instalada. Fica claro que a solução para o encaminhamento seria o Estado abrir mão de sua responsabilidade para com as políticas sociais.

A política neoliberal, sob nova concepção de políticas sociais, abandona o ideal de equidade e igualdade em nome da eficiência e equilíbrio do mercado, sendo aquelas substituídas por programas focalizados de combate à pobreza, que tratam de minimizar os efeitos do ajuste econômico sobre os “mais pobres” ou os “mais

frágeis” (ELIAS, sd). As principais características desses programas são: a dependência de recursos externos expressos sob a forma de “pacotes” que os governos devem aceitar; o caráter transitório de seus programas, o que implica que suas ações não tenham uma continuidade no tempo e no espaço em que se realizam (o que é um fator determinante para o seu baixo impacto e reduzida efetividade), gerando uma instabilidade que afeta os supostos “beneficiários”; a baixa cobertura desses programas cujo caráter focalizado supõe grupos mais vulneráveis; a substituição de agentes públicos estatais por organizações comunitárias não-governamentais que não detém critérios definidos de acesso, bem como a forma de utilização de recursos não é transparente; a introdução de critérios empresariais no aparato estatal como “custo-benefício” e “autofinanciamento<sup>28</sup>” que são incompatíveis com o caráter público e social dos benefícios e serviços; a terceirização na contratação de pessoal e a compra de serviços privados, gerando uma quebra de vínculo daquele que executa o serviço público com o Estado e, sobretudo com a população beneficiária; a substituição da universalidade pela focalização, traduzida pelo direcionamento do gasto público e dos serviços sociais aos “comprovadamente pobres”. Essa postura ignora que os mais pobres são quem indiretamente pagam mais impostos – via tributação dos produtos –, assim como desconsidera o alto custo dos seguros privados tendo em vista sua baixa cobertura e o alto preço pago pelos governos na transição e na manutenção desse sistema através de subsídios e isenções fiscais aos grupos e empresas voltadas aos serviços e planos de saúde (SOARES, 2003).

Essas características podem ser encontradas em unanimidade nas políticas sociais brasileiras, visto que seguem um projeto político societário que tem por finalidade alcançar o propósito da contrarreforma – redução do Estado mediante a ampliação do mercado. Entretanto, apesar do caráter generalizado, essas reflexões iniciais permitem aqui pensar uma política social específica – a política de saúde, vide os abalos que esta vem sofrendo em função do “desajuste social” (SOARES, 2003)<sup>29</sup>.

---

<sup>28</sup> Parte do princípio de que a única forma de financiar os serviços sociais seria através do pagamento direto.

<sup>29</sup> Soares (2003) conceitua desajuste social como fruto do ajuste neoliberal na América Latina, à medida que este agrava as condições sociais de desigualdade e faz surgir novas condições de exclusão social e precariedade.

É nessa conjuntura acima posta que o SUS, em seus mais de 20 anos de existência, vem sendo construído – permeado por ambigüidades, avanços conquistados e obstáculos a sua plena efetivação. Fatores como financiamento, descentralização – administrativa, mas não financeira –, crise política e incipiente força política dos órgãos de participação como Conselhos e Conferências de saúde, constituem-se em impedimentos para a concretização do SUS<sup>30</sup> (KRÜGER, 2005). Cabe lembrar que estes fatores são frutos da articulação do projeto privatista de saúde, contrapondo ao modelo sanitário. É sob o discurso de alcance da democracia que as sociedades, em particular as da América Latina, estabelecem disputas entre três grandes projetos políticos<sup>31</sup>: o projeto autoritário, o projeto neoliberal e o projeto democrático participativo (DAGNINO; OLVERA; PANFICHI, 2006).

O projeto autoritário desconsidera a participação social nas ações políticas, excluindo a cidadania e suprimindo os direitos; o neoliberal tem amplo interesse no ajuste econômico e expansão do mercado, ainda que por meio da exclusão da participação social nas decisões e no controle social; o democrático participativo defende a atuação política e democrática da sociedade, oferecendo um papel de co-gestão à mesma. A relação de forças entre os projetos propicia a forma e a intensidade de como os mesmos são implantados. No Brasil, a partir da queda do regime militar, a disputa permaneceu de forma mais intensa entre o projeto neoliberal e o democrático participativo<sup>32</sup> (DAGNINO; OLVERA; PANFICHI, 2006).

A afirmação neoliberal nas políticas sociais brasileiras tem gerado um sucateamento em áreas como previdência, educação e saúde e, portanto, a proposta de democratização da saúde tem sido “destruída” em favor do projeto privatista (BRAVO, 2006). A vigência do Estado “anêmico” dos anos 1990 ampliou a demanda não atendida por saúde e educação no espaço público, comprometendo significativamente o ideal de universalidade. A ausência do público abre espaço para o privado, que oferece serviços de saúde e de educação àqueles que podem por

---

<sup>30</sup> Santos (2008) aponta algumas causas estruturais a serem enfrentadas pelo SUS: o subfinanciamento federal, a reforma inconclusa do Estado, o predomínio do velho modelo de gestão pública e a promíscua relação público-privado.

<sup>31</sup> Concebendo projeto político como conjunto de crenças, interesses e concepções que orienta a ação política dos sujeitos.

<sup>32</sup> O modo de ser substancial de ambos os projetos podem ser encontradas nos embates políticos, econômicos e sociais que se seguem no fim do século XX até a atualidade.

eles pagar (TREVISAN, 2007). Este movimento do público em direção ao privado, mais do que uma relação entre serviços, caracteriza a fragilização e quiçá a anulação da luta por um sistema público e integral de saúde, visto que até mesmo os trabalhadores e sindicalizados do setor público estão se consolidando na opção pelos planos privados (SANTOS, 2010).

A década de 1990 é caracterizada pela consolidação do projeto de saúde articulado ao mercado, que

[...] pautado na política de ajuste, tem como tendências a contenção dos gastos com a racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidades do poder central. Ao Estado cabe garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento aos cidadãos consumidores (BRAVO; MATOS, 2006, p.35-36).

Paim (1999) indica a existência de quatro possíveis tipos de SUS que deveriam integrar um sistema único: o “para pobre”, o “legal”, o “real” e o “democrático”. O primeiro atende ao básico e ao “possível” nas condições existentes da realidade – ou seja, ao contrário de ser universal, limita-se aos que não podem pagar; o segundo permanece descrito nas normas e legislações – impondo limitações à plena efetivação do projeto de Reforma Sanitária pretendida pelo MRS brasileiro. O SUS “real” está marcado pela falta de controle, pelos inacreditáveis “vazamentos” de recursos e por todas as dificuldades de fiscalização conhecidas. Por fim, o SUS “democrático” ainda permanece como ideal sanitário, como uma imagem objetivo (PAIM, 1999). Isso porque implementar o SUS em sua concepção original, significa romper com décadas de conjuntura político-econômica desfavorável à políticas sociais abrangentes. Mais do que isso, significa romper com o modelo de Estado vigente – fomentador dos interesses da hegemonia capitalista, financeira e mundializada – e, iniciar outra relação entre este e a sociedade baseada em igualdade<sup>33</sup>.

A prioridade ao capital financeiro torna o social um apêndice sempre subordinado aos objetivos macroeconômicos (MENDES; MARQUES, 2010). Demarca-se a partir disso, significativos desafios à concretização da saúde pública, universal, equânime,

---

<sup>33</sup> José Paulo Netto, em palestra proferida em 2008 em Vitória, nos lembra que não falamos mais em igualdade, agora é equidade via implementação de políticas de combate à pobreza – políticas que levam a uma redução residual da desigualdade pela minimização da indigência.

igualitária e integral. As dificuldades podem ser constatadas na formulação das políticas, na aplicação técnica das diretrizes, na distribuição dos recursos e também na gestão dos serviços. Tem-se uma equidade nivelada por baixo, como aponta Santos (2008), por meio de um subfinanciamento e uma suboferta de serviços.

Os momentos de ruptura com o projeto democrático da saúde na década de 1990 iniciam-se pelo governo Collor, com redução de gastos na área social e boicote à implantação do SUS, via emendas constitucionais (BRAVO; MATOS, 2006). Posteriormente, a era Itamar Franco foi marcada por iniciativas incipientes de descentralização e financiamento das ações do SUS, mas também pela continuidade da sobreposição da área econômica sobre a social. O governo FHC inicia explicitamente a implantação do projeto neoliberal nas políticas de saúde e educação, a partir da inércia das ações nestes setores, ou ainda, por ações deliberadas sem a consulta ou consentimento da população, a exemplo da CPMF (Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira). É também no governo FHC que se evidenciam mais fortemente a ação dos grupos contrários ao SUS, sobretudo no aspecto de gestão, orçamento e controle, adaptando o já sucateado setor saúde aos ditames da equipe econômica (BRAVO; MATOS, 2002).

Ainda no governo FHC, a consolidação da contrarreforma do Estado, prevista na política de Bresser Pereira, através do Plano Nacional de Desenvolvimento e Reforma do Estado (PNDRE), considera o núcleo de serviços sociais e científicos (saúde, educação, meio ambiente e pesquisa) como de não responsabilidade de execução do Estado. O argumento é a já 'conhecida' incompetência na gestão, e por isso a necessidade de modificação e repasse da gerência dos mesmos (BRAVO; MATOS, 2002). A este núcleo é proposto sua transformação em Organizações Públicas Não-Estatais (OPNES) ou Organizações Sociais (OS), "[...] ou seja, sociedades de direito privado, sem fins lucrativos, que administrariam com subvenções dos cofres públicos" (BRAVO; MATOS, 2002, p.207).

Inicia-se o processo de 'publicização' do Estado com "a transformação dos serviços não-exclusivos de Estado em propriedade pública não-estatal e sua declaração como organização social" (PEREIRA, 1998, p.246). Para Montaño (2002), Bresser Pereira, 'engenhosamente' utilizou o termo publicização em seu plano de reforma,

ao indicar a convocação da sociedade à participação e controle social, bem como à gestão de serviços sociais e científicos, o que remete à idéia de ampliação dos ideais democráticos e de cidadania<sup>34</sup>.

O que ocorreu foi uma denominação ideológica dada à transferência das questões públicas de responsabilidade do Estado ao terceiro setor e ao repasse de recursos públicos para o setor privado.

[...] Isto é uma verdadeira privatização de serviços sociais e de parte dos fundos públicos. Esta estratégia de “publicização” orienta-se numa perspectiva, na verdade, desuniversalizante, contributivista e não constitutiva de direito das políticas sociais (MONTAÑO, 2002, p. 46).

Seguindo conceitos como descentralização, organização social e parceria, a “publicização”, dentro do projeto privatista, resultaria em maior autonomia administrativa, mas não apenas em assuntos burocráticos, mas sim em relação aos controles democráticos existentes no âmbito estatal (MONTAÑO, 2002), reduzindo a participação social na elaboração e controle das políticas públicas.

Outros aspectos destas organizações privadas tornam-se questionáveis, como apontam Bravo e Matos (2002), entre eles: a composição do controle social e suas divergências de interesse; a redução do financiamento e o repasse das ações à sociedade civil; a construção de um cidadão consumidor e não detentor de direitos; e a duvidosa autonomia dos gestores das organizações. Todos estes aspectos vão em direção opostas aos ideais preconizados pelo SUS.

Estes autores concluem que o SUS é cindido em dois blocos: hospitalar (com ampla “parceria” com a rede privada) e, assistência básica através de programas focais (com caráter público), ou ainda como [...] “deixa subentendidos dois sistemas: um SUS para os pobres e outro sistema para os consumidores” (BRAVO; MATOS, 2002, p.210).

---

<sup>34</sup> Evidencia-se aqui a confluência perversa, já destacada anteriormente neste texto (DAGNINO; OLVERA; PANFICHI, 2006). Outro exemplo de confluência perversa é apontado por Acanda (2010) com o termo sociedade civil. Este é utilizado como suporte teórico tanto pelo neoliberalismo como por estratégias políticas de novos movimentos sociais de esquerda da América Latina – ainda que a partir de pressupostos diferenciados.

A rede hospitalar hoje é composta por hospitais públicos, privados (com e sem fins lucrativos). A participação destes dois segmentos nos gastos do SUS com internação denuncia essa “parceria do SUS com a rede privada”: enquanto os hospitais públicos consumiam 39,1% dos gastos totais com internação, os privados ficaram com 60,9% (dados do MS de 2005) (Tabela 1).

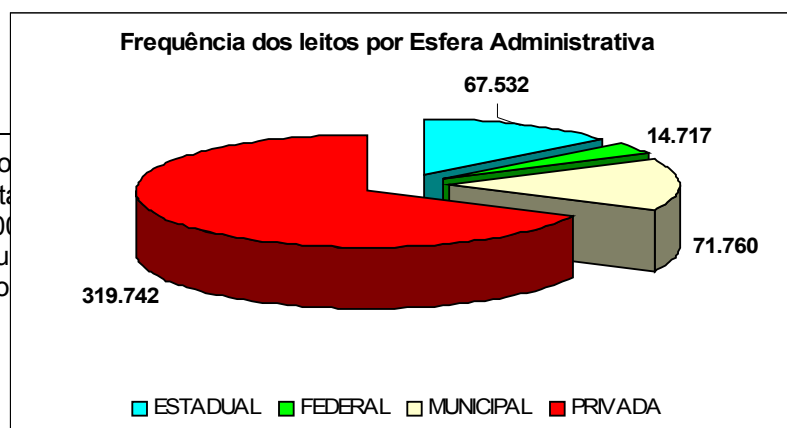
**TABELA 01 – PERFIL DA REDE DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR DO SUS**

|  | Hospitais por Natureza       | 1995   | 2000   | 2005   |
|--|------------------------------|--------|--------|--------|
| <b>Participação na composição da rede – Quantitativo de Leitos (%)</b> (* Último dado é de 2003) | Públicos                     | 30,56  | 32,40  | 34,52* |
|  | Privados sem fins lucrativos | 25,46  | 33,46  | 35,90* |
|  | Demais privados              | 43,99  | 34,14  | 29,59* |
| <b>Participação nos gastos do SUS com internação (%)</b>   | Públicos                     | 37,29  | 36,83  | 39,10  |
|  | Privados sem fins lucrativos | 25,49  | 37,97  | 43,39  |
|  | Demais privados              | 37,22  | 25,20  | 17,51  |
| <b>Participação no quantitativo de internações (%)</b>   | Públicos                     | 31,12  | 37,12  | 42,80  |
|  | Privados sem fins lucrativos | 30,62  | 37,64  | 39,75  |
|  | Demais privados              | 38,26  | 25,24  | 17,45  |
| <b>Valor médio da internação (R\$1,00)</b>   | Públicos                     | 302,51 | 406,20 | 556,05 |
|  | Privados sem fins lucrativos | 210,09 | 412,93 | 664,45 |
|  | Demais privados              | 245,62 | 408,74 | 610,77 |
|  | Geral                        | 252,44 | 409,37 | 608,68 |

FONTE: DATASUS (BRASIL, 2006a)

O Brasil possui um sistema hospitalar altamente pluralista, composto por uma gama de arranjos financeiros, organizacionais e de propriedade que abrangem tanto o setor público quanto o privado (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2008). Quando consideramos a frequência de leitos por esfera administrativa (Gráfico 01), estes estão prioritariamente na rede privada, seguida das instâncias municipal<sup>35</sup> e estadual (os leitos da esfera federal correspondem a apenas 3,1% do total dos leitos). Constata-se o interesse do mercado em ampliar o espaço privado na área da saúde suplementar, visto às altas taxas de lucratividade obtidas.

<sup>35</sup> Em 1992, a cobertura hospitalar havia de 173 hospitais de 1675. Em 2005, o número de hospitais municipais subiu para 563, e de estaduais para 147. A descentralização



Por, era a seguinte: perfazendo um total de leitos de 563, e de leitos de 147. A descentralização

**GRÁFICO 1 – FREQUÊNCIA DE LEITOS POR ESFERA ADMINISTRATIVA**  
FONTE: Lopez; Chioro, 2003.

A atuação do público e do privado no âmbito do SUS evidencia-se pelo desigual crescimento em todas as áreas e entre os segmentos envolvidos (setor público, privado com e sem fins lucrativos). Prevalece um crescimento dispare, sobretudo nas áreas rentáveis ao mercado, isso porque a rede privada não cresce indistintamente na área de prestação de serviços da saúde, mas sim foca seus esforços em “abocanhar os quinhões” mais lucrativos, como os exames de alta complexidade. Infere-se que apesar da redução (ao longo do tempo) de leitos privados na rede do SUS (Tabela 01), estes ainda são maioria, assim como o valor recebido pelos mesmos é muito superior ao da rede pública. Campos (2007a) aponta que

[...] Até os dias de hoje, 60% da capacidade hospitalar utilizada pelo SUS são de hospitais filantrópicos ou privados. (...) este arranjo trouxe problemas para a gestão do sistema. A manutenção da forma privada de propriedade e o importante grau de autonomia conservado por estes serviços contribuíram para a fragmentação do sistema (ainda quando dito “único”), dificultando sua integração ao sistema (CAMPOS, 2007a, p. 1870).

Bahia e Scheffer (2008, p.521) completam: “[...] é fácil inferir que as engrenagens do mercado movem-se em razão dos diferenciais dos valores adotados”. Estas autoras apresentam o avançar dos planos de saúde privados sobre o sistema de saúde brasileiro, denunciando que a relação público-privado não ocorre em formato de complementaridade, como definido no SUS. Para além disso, demonstram como a rede privada “cobra” ao SUS valores muito maiores do que estipulados em sua tabela. Ou, como demonstrado na Tabela 01, enquanto o valor médio com internação no hospital público cresceu em 183% em 10 anos, o do setor privado (com ou sem fins lucrativos) triplicou.

A operacionalização deste sistema – “um *mix* público/privado” – requer um Estado provedor da assistência básica e incentivador do setor privado, dando impulso à reprodução do capital, na qual ao Estado cabem funções como direcionar o financiamento, organizar consumidores e conciliar interesses dos produtores privados. Chauí (sd) afirma que um dos efeitos do encolhimento do espaço público e do alargamento do espaço privado (sob os imperativos da nova forma de acumulação do capital conhecida com neoliberalismo) é a transformação de direitos econômicos e sociais em serviços, definidos pela lógica de mercado, transformando o cidadão em consumidor. Se os direitos, conquistados nos embates no espaço público e na luta de classes, são privatizados, o cerne da democracia é ferido mortalmente e a despolitização da sociedade é uma decorrência necessária. Essa estrutura de impasse entre o público e o privado gera o que Elias denomina de “modelo dual” e “socialmente injusto” (ELIAS, sd, p.88). Campos (2007a) também se refere à dualidade na saúde, destacando que enquanto a maior parte dos países destinou maior controle à rede hospitalar e autonomia para a rede básica, o Brasil se manifesta contrariamente, com baixa capacidade de gestão da rede hospitalar e responsável pela quase totalidade da atenção básica, o que não permite uma mudança estrutural do modelo de atenção à saúde vigente pré 1988.

Dando continuidade aos parâmetros neoliberais na saúde, o então ministro da Saúde no governo FHC – José Serra – criou a Agência Nacional de Saúde (ANS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), instituições com elevada autonomia orçamentária e decisória, as quais contribuem para a regulamentação dos agentes privados. Teoricamente, a criação destas agências deveria retratar o fortalecimento do Ministério da Saúde sobre os agentes privados, entretanto Bravo e Matos (2002) destacam que isto não melhorou as condições da saúde pública, nem mesmo disciplinou as relações com o setor privado.

As regulamentações trazem explicitamente uma contradição, que é a regulamentação da ação do capital estrangeiro na saúde, mas ao mesmo tempo naturaliza a concepção de cidadão consumidor, rompendo com o conceito do Movimento da Reforma Sanitária, em que a saúde é um direito de todos e sua prestação um dever do Estado. Assim, as propostas de normalização estão coerentes com a contra-reforma em curso no Brasil (BRAVO; MATOS, 2002, p.211).

Na intenção de manter níveis econômicos satisfatórios para os organismos internacionais, a política econômica adotada pelo governo Lula foi carregada de

aumento de juros e controle da inflação, de forma a demonstrar a capacidade de pagamento da dívida externa (*superávit* primário) aos credores, ainda que ao custo da redução de investimentos na área social (MENDES; MARQUES, 2005). A ampliação dos direitos sociais torna-se entrave para os interesses do capital. Nessa perspectiva, instituições estratégicas, voltadas à segurança interna e externa dos países centrais e, sobretudo da organização do mundo capitalista – como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI) –, atuam de forma a desestruturar e a romper com as políticas sociais de caráter democratizante, mesmo ao custo do rompimento com a constituição federal dos países periféricos (RIZZOTTO, 2005). Na saúde brasileira isso pode ser exemplificado pela redução do gasto público, sob a justificativa do déficit fiscal; pela imposição de uma reforma institucional, descentralizando poderes e com eles os orçamentos envolvidos, bem como a separação das funções de regulador e executor do Estado; pela sugestão de restrição e discriminação do acesso; e também pela defesa da participação da rede privada na prestação dos serviços, muito além da complementação, como sugere a Constituição do país. Também para o FMI e o Banco Mundial parece existir uma “incapacidade nacional de formular políticas sociais adequadas e de alocar eficientemente os recursos públicos” (RIZZOTTO, 2005, p.144).

Partindo dos princípios e diretrizes do SUS, há um hiato existente entre o SUS instituído e o real (quadro 4). Ou seja, a despeito de todos os avanços alcançados com a instituição do SUS no Brasil, é mister apontar para as estagnações, ou quiçá retrocessos vivenciados.

| <b>Princípios/<br/>Diretrizes<br/>Organizativas</b> | <b>SUS Instituído</b>   | <b>SUS Hoje</b>  |
|---|---|--|
| <b>Universalidade</b>                               | Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência (Lei 8080, artigo 17).   | Acesso de alguns, os mais pobres e pauperizados, enfrentando, em geral, extensas filas objetivas ou virtuais, que representam um verdadeiro gargalo no sistema, gerando uma demanda reprimida permanente. Fragmentação do sistema e do acesso. Judicialização da saúde.  |
| <b>Equidade</b>                                     | Todos têm direito ao atendimento de acordo com a diversidade de suas necessidades, de modo que seja garantida a igualdade na diferença.   | Focalização precarizada do atendimento no segmento populacional mais pobre, sob a justificativa de que este é mais "vulnerabilizado". Há uma suboferta dos serviços. Fere-se, desta forma, o princípio da igualdade, da universalidade e da própria equidade. Não observância das necessidades regionais e oferta de "pacotes" de saúde. |
| <b>Integralidade</b>                                | Conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (Lei 8080)  | Prioridade na atenção básica precarizada e focalizada na pobreza, principalmente através da expansão focalizada do PACS e da ESF, com prejuízo da média e alta complexidade, fragmentação do sistema e quebra da referência/contrarreferência. Reprodução do complexo médico-industrial a despeito da prevenção e promoção.              |
| <b>Descentralização</b>                             | Descentralização político-administrativa, com direção única em cada nível de governo, regionalização e hierarquização da rede de serviços (Lei 8080, Artigo 7). Portanto, com responsabilização de todos os níveis de acordo com as suas especificidades. | Descentralização com desresponsabilização da União principalmente no que se refere ao financiamento; Centralização do planejamento de modelos de atenção à saúde padronizados, como o PACS e o PSF. Descentralização de poder, mas não de autonomia. Abertura ao mercado privado, muito além do regime da complementaridade.             |
| <b>Participação da Comunidade</b>                   | Direito de participação de todos os segmentos envolvidos com o sistema, em seus diversos níveis federativos, nos espaços de controle social, em especial nos conselhos e conferências, de caráter paritário e deliberativo                                | As instâncias de controle social vêm sendo continuamente desvalorizadas, cooptadas e burocratizadas. As importantes decisões sobre a política têm passado ao largo dos conselhos e conferências, centralizando-se nos gabinetes de gestores e no poder legislativo, quase sempre ignorando completamente as deliberações daqueles.       |
| <b>Financiamento</b>                                | Financiamento solidário entre as três esferas de governo, conforme o tamanho da população, suas necessidades epidemiológicas e a organização das ações e serviços.  | Subfinanciamento e maior responsabilização do nível municipal. Valores defasados na tabela SUS. Blocos de financiamento que minam a descentralização. Burla das normalizações que determinam os valores da saúde.  |
| <b>Gestão</b>                                       | Gestão pública, com controle social público e orientada pelos princípios e diretrizes públicos.   | Gestão através de organizações sociais ou fundações estatais de direito privado, sem controle social e orientada pelas diretrizes e princípios do mercado. Dificuldades na relação orçamento x planejamento e serviços.  |

**QUADRO 04 – DIRETRIZES DO SUS – entre o instituído e o concretizado.**

FONTE: adaptado de Noronha, Lima e Machado, 2008.

Tem-se um sistema público de saúde, no qual foi possível (FLEURY, 2009):

- Descentralizar o poder central, sem, no entanto, estabelecer transparência e responsabilizações ao Estado;
- Constitucionalizar os princípios e diretrizes do sistema de saúde, sem conseguir evitar a desmontagem do aparelho administrativo do Estado, a deterioração das condições de trabalho, tampouco a politização e a patrimonialização dos recursos públicos que implicam na corrupção setorial;

- Criar modelos de gestão compartilhada, sem, no entanto, garantir a efetividade da comunicação e deliberação dos espaços coletivos;
- Ampliar o acesso e a cobertura do sistema de saúde, mantendo, porém uma atenção, em grande parte, curativa;
- Unificar a saúde pública, sem romper com a lógica de recursos via pagamento dos serviços;
- Fortalecer os atores políticos, ainda que com forte fragmentação, cooptação e corporativismo, o que reduz o potencial do movimento sanitário;
- Defender a manutenção de sistema coletivo e solidário (frente aos projetos liberais de individualização), ainda que incapaz de garantir as fontes de recursos necessários ao funcionamento;
- Aumentar a consciência do direito à saúde, ainda que seja crescente a judicialização da saúde;
- Fortalecer a saúde como política pública, ainda que descolada de outras políticas;
- Ampliar dramaticamente o número de atendimentos e procedimentos, sem, contudo, conseguir definir, de forma coordenada, a regionalização e a hierarquização do sistema; e,
- Resistir à privatização da saúde, mas ser ainda incapaz de romper com os inúmeros fluxos, no interior do SUS, pelos quais os recursos são canalizados em prol de benefícios privados e organizações lucrativas.

Os aspectos acima apontados por Fleury (2009) remetem ao fato de que as diretrizes organizativas do sistema de saúde são negligenciadas – sobretudo por aspectos que envolvem a gestão e o financiamento da saúde. Nesse sentido, Marques e Mendes (no prelo)<sup>36</sup> ressaltam que o SUS, apesar de criado a partir de um consenso, manteve negligenciado o aspecto financeiro, o que ao longo dos anos permitiu uma “brecha” aos seus opositores para, na atualidade, atuarem na busca pela reversão do avanço social alcançado. A não definição legal da origem do orçamento da saúde possibilitou (e ainda possibilita) a tentativa do uso de diversas outras fontes – essas por vezes contestadas, canceladas ou desviadas do seu real destino.

---

<sup>36</sup> MARQUES, R.M.; MENDES, A. **A luta pelo financiamento da Saúde Pública: de 1985 a 2008**. [S.I.: s.n., 2010]. Este trabalho resgata a trajetória do financiamento da saúde, enquanto fração da Seguridade Social.

Retomando as ações do governo Lula, e tendo em vista os interesses do capital, importa destacar três medidas que se relacionam ao financiamento da saúde: a Desvinculação de Receitas da União (DRU), a Emenda Constitucional 29 (EC-29) e a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)<sup>37</sup>. Apesar da elaboração destas medidas apontarem avanços para o orçamento da saúde, há na sua concepção e/ou concretização por parte do governo a tendência ao desvio dos recursos da saúde para outros fins econômicos, como apontam Mendes e Marques (2005; 2007).

A DRU, criada pelo governo FHC em 1994 – sob o nome de Fundo Social de Emergência e, posteriormente, Fundo de Estabilização Fiscal –, permite que 20% das receitas de impostos e contribuições vinculados à saúde, educação e previdência, sejam livremente alocadas pelo governo federal. Tal desvinculação recebeu em 2007, prorrogação até o ano de 2011, sob a justificativa da reforma tributária imposta pelo governo Lula. Essa desvinculação oferece ao governo total liberdade no uso dos recursos públicos, os quais estão sendo destinados sobretudo aos cofres externos (pagamento da dívida externa) (MENDES; MARQUES, 2005; 2007). O governo, por sua vez, insiste em manter tal desvinculação sob a justificativa de que a flexibilização do orçamento pode garantir crescimento ao país.

Sob os mesmos argumentos, cresce a pressão para a derrubada da EC-29. Esta foi criada em 2000 na intenção de vincular recursos para a saúde pública, em sintonia com as esferas de governo, bem como com a variação do Produto Interno Bruto (PIB). Assim, a emenda define os percentuais mínimos de cada esfera - união, estados e municípios - na área da saúde (MENDES; MARQUES, 2005). Todavia a regulamentação da EC-29 não se tornou prioridade no governo petista, ao contrário, este passa a abrir precedentes que desvirtuam a idéia central da emenda, passando a considerar como gastos na saúde despesas que não se relacionam a ela<sup>38</sup> (MENDES; MARQUES, 2007).

<sup>37</sup> Em particular no governo Lula, as Leis de Diretrizes Orçamentárias elaboradas alocaram recursos da saúde em outras áreas, como, por exemplo, os hospitais universitários, desviando assim a finalidade dos recursos do MS.

<sup>38</sup> Por exemplo, a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), em 2004, previa que gastos previdenciários, serviço da dívida e recursos para o Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza fossem contabilizados como gastos do Ministério da Saúde no SUS. Frente à contestação do Conselho Nacional de Saúde e da Frente Parlamentar da Saúde essa medida foi vetada. Entretanto, em 2006, surge nova tentativa de “desvirtuação” dos recursos, novamente recuada frente à mobilização de entidades (MENDES; MARQUES, 2005).

Esse processo de redução de investimentos federais em saúde é assustador quando os transformamos em números. De 1980 a 2004: queda federal de 75% para 49,6% e aumento da soma estadual/municipal de 25% para 50,4%, de todos os recursos públicos de saúde. De 1995 a 2004: queda federal de U\$ 85,71 por habitante-ano para U\$ 62,39. A soma estadual/ municipal aumentou entre 2000 e 2004 de U\$ 44,15 para U\$ 75,51. De 1995 a 2004 houve um aumento da receita corrente da União perante o PIB de 19,7 para 26,7%. Entretanto, há queda dos gastos do Ministério da Saúde ante a receita corrente: 8,9% para 7,2% (SANTOS, 2008).

Estes números denunciam o não cumprimento pelo governo federal de repasse de verbas à saúde de acordo com a variação nominal do PIB (PLP 01/2003 e PLP 121/2007)<sup>39</sup>. Mesmo que isso fosse cumprido, ainda assim não contemplaria as atuais necessidades do setor de saúde em função do avanço tecnológico e do crescimento populacional (SANTOS, 2008). O financiamento anual da saúde brasileira ainda é menor que em países como Uruguai, Costa Rica e Argentina, todos estes com receitas internas inferiores à arrecadada no Brasil. Em termos de comparação, o autor divulga que seria necessário, para cumprir as prerrogativas do SUS (universalidade, equidade e integralidade) um investimento de R\$106 bilhões, ao contrário dos apenas R\$ 48,5 bilhões aprovados para o orçamento de 2008 (SANTOS, 2008). Os anos seguintes apresentaram aumento – em 2009 foram empenhados 58 milhões e em 2010 foram programados 61 bilhões para a saúde. Porém, Carvalho (sd) ressalta que é preciso considerar dentro desse montante o acréscimo das despesas como assistência médica e vale-refeição dos servidores, para além dos custos pagos com medicação excepcional e sentenças judiciais – variáveis estas que sofreram no mesmo período uma variação maior do que o percentual de aumento projetado à saúde (CARVALHO, sd).

Negligencia-se então o gasto social em prol do pagamento de juros e encargos da dívida externa – verifica-se uma estagnação do montante direcionado a ações e serviços de saúde: uma variação de 1,73% do PIB brasileiro em 1995 para 1,76%

---

<sup>39</sup> PLP (Projeto de Lei Parlamentar) / PLS (Projeto de Lei do Senado) Ambos regulamentam a EC-29. As medidas propõem que gradativamente, entre 2008 a 2011, 10% da receita bruta do país seja repassada ao setor saúde.

em 2006 e crescimento dos valores repassados à dívida: 7,5% em 1995; 9,1% em 1999; e, 6,9% em 2006<sup>40</sup>.

Os números aqui apresentados expressam a tensão entre as áreas econômica e social. Fica demarcada a dependência das políticas sociais às determinações econômicas, variando no contexto histórico, “[...] assumindo, assim, um caráter histórico-estrutural” (BEHRING; BOSCHETTI, 2008, p.43).

Amplia-se o espaço de atuação da iniciativa privada, que ocupa as funções de Estado, subtrai a natureza pública do SUS e nega o direito social de assistência à saúde (OCKÉ-REIS; SOPHIA, 2009). Krüger (2005), assim como Braga Neto, Barbosa, e Santos (2008), destaca que “neste momento, talvez mais do que em outros da nossa história, o capital está entrando no âmbito da saúde de forma voraz” (KRÜGER, 2005, p.141).

O paralelismo entre público e privado tem produzido efeitos nocivos sobre: a regulação do sistema de saúde (ausência de planejamento); o financiamento público (elevação de custos dos serviços privados e renúncia fiscal aos mesmos); a organização dos profissionais de saúde (dupla militância); regulação da incorporação tecnológica (pressões do complexo médico-industrial) e; a equidade de acesso (dupla e dispare porta de entrada) (OCKÉ-REIS; SOPHIA, 2009).

A conjuntura até aqui apresentada – pautada pela diversificada composição do sistema de saúde, inconclusa descentralização financeira, déficit financeiro nas áreas sociais, avanço das iniciativas privadas e complexa estrutura de ofertas e demandas na área de saúde –, interfere agressivamente nos serviços de saúde (em seus diferentes níveis de atenção), seja em seus aspectos burocráticos, legais, financeiros e de gestão. Esta última, como foco deste estudo, tem por diretriz articular o político com o técnico na produção de assistência – e também na produção de formação no caso dos hospitais universitários. A gestão requer, ainda que não sem embates, abordagens mais processuais e interativas das organizações, o que “compreende um processo que vai da implementação dos princípios e diretrizes constitucionais, do planejamento e financiamento das ações e

---

<sup>40</sup> Mendes e Marques (2010) reconstróem o processo de financiamento do SUS no período de 1995 a 2006, identificando as tensões e os condicionantes da relação política e econômica.

serviços de saúde à organização do processo de trabalho e cuidado assistencial” (ALVES, 2009).

A gestão da saúde, nos seus aspectos legais, técnicos e políticos serão abordados a seguir, de forma a configurar detalhadamente como esses pilares evidenciados acima incidem sobre a gestão dos hospitais universitários.

## **2 A GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: entrelaçando nós**

*Saber não ter ilusões é absolutamente necessário para se poder ter sonhos  
(Fernando Pessoa).*

Este item segue uma abordagem da gestão na saúde brasileira a partir da Constituição Federal de 1988, inserida na discussão antagônica entre reforma sanitária e reforma do Estado. As diversas ferramentas de gestão normalizadas pelo governo federal serão aqui apresentadas, bem como os múltiplos nós que se

entrelaçam, formando uma seara ao mesmo tempo intrigante e instigante dentro da saúde pública.

Cabe salientar que discutir gestão em saúde requer pensar a organização social da produção dos serviços no modo capitalista, na qual as relações de forças se entrecruzam ora por embates, ora por cooptação.

O termo gestão, utilizado como sinônimo de administração<sup>41</sup> e burocracia (em seu sentido weberiano)<sup>42</sup> – traz como base sociológica a influência de um (uns) indivíduo(s) sobre outros e, portanto, carrega a conotação de poder, controle e alienação. Já no início do século XX, Fayol e Taylor apontavam diferentes roupagens para a limitação e autonomia dos trabalhadores, assim como para a manutenção de um centro duro de poder concentrado – sob as funções administrativas de comandar, planejar, avaliar, controlar e organizar (CAMPOS, 2005; JUNQUILHO, 2001)<sup>43</sup>.

Em termos de perspectiva clássica, a gestão se refere: a um lugar a ser ocupado por alguns – os que mandam – ou seja, do domínio de poucos. A ênfase recai sobre o controle, os meios e a eficiência do processo de gerir. A fragmentação dos processos de produção e gestão foca suas ações sobre o trabalho individual e competitivo e os conflitos corrigidos pela autoridade.

---

<sup>41</sup> Cabe aqui destacar que apesar do uso indiscriminado entre os termos gestão e administração, há autores que defendem diferenças entre ambos. Dias (2002), por exemplo, ressalta que a gestão incorpora a administração, pois é um aglutinado de saberes, enquanto a administração é um saber entre outros. A administração é planejar, organizar para atingir objetivos traçados. Gestar é lançar mão de funções e conhecimentos para, através de pessoas, atingir os objetivos traçados. No entanto, Dias (2002) deixa claro em seu artigo que essa ainda é uma discussão em aberto, sem respostas conclusivas. Neste estudo usaremos o termo gestão ao referenciar a condução de uma instituição pública de saúde.

<sup>42</sup> Max Weber apontava a burocracia como o funcionamento racional das organizações, por meio de normas e leis impessoais que teriam por objetivo a maior eficiência das ações públicas. Todavia, não contava com a capacidade do ser humano em infringir às leis, fator de disfunção da burocracia. Assim, o termo burocracia, hoje tido como ineficiência das organizações é exatamente o contrário da proposta de burocracia elaborada por Weber (JUNQUILHO, 2010).

<sup>43</sup> As obras destes autores retratam com maior profundidade os ideais de Taylor e Fayol. Campos (2005) amplia a discussão de que as bases tayloristas de disciplina e controle ainda continuam presentes na atualidade, o que ele chama de racionalidade gerencial hegemônica. É ela que produz sistemas de direção, onde se alicerçam o aprisionamento da vontade e se expropria as possibilidades de governar da maioria. Campos (2005) propõe nessa obra o Método da Roda, pautado na descentralização do poder e na ampla atuação dos trabalhadores – uma diretriz anti-taylor.

Campos (2005) demonstra a influência dos princípios tayloristas no cotidiano das organizações contemporâneas. Utilizando-se de seu Método Paidéia<sup>44</sup>, o autor dissecar a presença destes princípios no mundo do trabalho, demonstrando como estes, para além de uma ideologia, se constituíram em uma racionalidade gerencial ainda hegemônica. Tal racionalidade, tão introjetada socialmente, direciona o modo de viver nas organizações. Por exemplo: (1) a especialização e seleção instrumental do trabalhador; (2) a idéia de que cada trabalho tem uma única e melhor forma de ser realizado, forma esta definida cientificamente por um *expert* – o que permitia a Taylor denominar o seu método de *administração científica*; (3) a separação entre quem pensa e quem executa o trabalho: não sabe e obedece. Cunha e Campos (2010) afirmam que em decorrência desses princípios, e em sinergia com Jules Henri Fayol, a distribuição dos poderes organizacionais – geralmente explicitada no organograma – obedece mais à lógica das corporações disciplinares do que a lógica da equipe (unidade de produção) na distribuição dos poderes organizacionais<sup>45</sup>.

Todavia, neste trabalho, concordaremos com Junquilha (2001) ao apontar que tarefas como comandar, planejar, avaliar, controlar e organizar atuam como o “folclore” da gestão. Não é possível, dentro de uma perspectiva dialética, perceber a gestão como puramente a execução de tarefas antes determinadas. Mais do que isso, a gestão envolve “contextos macrossociais e suas articulações com os cenários microssociais das organizações” (JUNQUILHO, 2001, p.305).

Baseado nos estudos do sociólogo Michael Reed, Junquilha (2010) destaca que a administração não pode ser elaborada a partir de visões unilaterais e, nesse sentido, propõem o conceito de gestão a partir de três grupos de abordagem: **técnica** (voltada às técnicas e ferramentas da administração); **política** (a gestão como arena de conflitos e negociações entre interesses diversos), e **crítica** (a gestão como instrumental ideológico de manutenção da hegemonia), esta influenciada pela obra

---

<sup>44</sup> O método Paidéia é uma proposta de co-gestão de coletivos organizados para a produção de valor de uso (CAMPOS, 2005) que aglutina uma dimensão crítica e uma dimensão propositiva entrelaçadas. A dimensão crítica abarca uma análise do mundo do trabalho e das instituições contemporâneas. A dimensão propositiva engloba um método, propriamente dito, de apoio e co-gestão.

<sup>45</sup> Na saúde, a consequência é sabidamente conhecida: a partilha do cuidado do paciente envolve vários profissionais de saúde. Entretanto, no organograma, não configuram uma equipe, tendo cada profissional o seu chefe (enfermeiros têm chefes enfermeiros, médicos – chefes médicos, e assim por diante). Ninguém é responsável por um resultado global, exceto o gestor. Na educação não é diferente: a responsabilização é parcial por um conteúdo também parcial. A gestão taylorista sedimenta no organograma a fragmentação do trabalho (CUNHA; CAMPOS, 2010).

de Karl Marx, a partir da discussão de luta de classes, modo de produção, entre outros aspectos do sistema capitalista de produção (JUNQUILHO, 2010). Este autor destaca que a questão dos conflitos políticos entre grupos organizacionais não é negada, mas têm que ser entendida como vinculada ao modo de produção capitalista, do qual a organização é parte. Nessa perspectiva enfatizam-se

as contradições da gestão organizacional, ressaltando-se, entre elas, a questão da necessidade do exercício do controle e cooperação no trabalho; o papel da gestão na regulação de conflitos entre capital e trabalho; bem como os conflitos de papel dos gerentes, enquanto responsáveis pela manutenção da ordem capitalista, mas também subordinados a ela. [...] Os gestores são concebidos como representantes da ordem capitalista a qual reproduzem por meio das estruturas organizacionais (JUNQUILHO, 2001, p. 306).

Assim, se a organização está inserida num contexto maior de conflitos históricos, sociais, políticos, culturais e econômicos de uma dada realidade, pensar a gestão como um instrumental que aborde todos esses pontos envolve as três dimensões propostas acima, ou seja, considerar a gestão como *prática social*<sup>46</sup>. Integram-se em seu bojo questões inerentes às técnicas e aos dilemas éticos e políticos do dia-a-dia, impedindo lacunas quanto ao conceito de gestar. Tem-se configurado um duelo silencioso, pois é essa “configuração dos espaços complexos de integração, diferenciação e fragmentação de práticas que desafiam os gestores em busca de resultados comuns nas organizações” (JUNQUILHO, 2010, p. 25). A noção de prática social permite pensar a gestão para além das técnicas de eficiência e eficácia, tomando por base a indissolubilidade entre diferentes dimensões da questão (poder, política, ideologia, hegemonia do capital, influência econômica) (JUNQUILHO, 2001).

Infere-se que a gestão não se resume ao ato de administrar a instituição. Isso é apenas um ponto num universo ainda maior. Perpassa o *locus* da gestão, a ideologia que reflete, transmite e impregna na gestão seus ideais constitutivos.

Em nosso caso, pensar a gestão na saúde e ainda a gestão de um hospital requer ter em mente que no âmbito da saúde e da educação a complexidade das relações exige uma forma diferenciada de condução do processo e, portanto, sua gestão

---

<sup>46</sup> Não é propósito deste trabalho aprofundar a discussão de gestão a partir das teorias de Administração, todavia o trabalho de Junquilha (2010) apresenta outras referências as quais podem esclarecer melhor a abordagem. Recomenda-se sua leitura.

envolve variados e diferentes sujeitos: o gestor político, o gestor institucional, o profissional que presta cuidados diretos, os usuários desses cuidados, a comunidade onde o serviço de saúde se insere e os mecanismos de controle social instituídos. Mais do que isso, é preciso considerar que o que é e como deve se constituir as ações e serviços de saúde e de educação, e as práticas aí construídas, são produtos da ideologia dominante na sociedade.

Ou seja, é preciso considerar as **técnicas de gestão**, a dimensão **política** inscrita no processo (como arena de conflitos e negociações entre interesses diversos), e ainda, assumir uma postura de **análise crítica** (instrumental ideológico de manutenção da hegemonia).

Nesse raciocínio, torna-se funcional ao projeto privatista manter o poder decisório como privilégio de poucos. A estrutura capitalista de produção exige a hegemonia e a legitimidade de seus anseios lucrativos e, nesse sentido, ousar dividir decisões significa polemizar ou por em xeque o poder soberano do capital. Manter a participação da sociedade como mera representação e sem poder decisório é assim estratégia de manutenção do poder acumulado pelo capital, numa tentativa de democracia precária e manipulável<sup>47</sup>. Tragtenberg (1980) mostra como o uso de termos como diálogo e participação no interior da gestão das organizações capitalistas se constitui em recurso para arrancar maior produtividade dos trabalhadores. O autor demonstra que a participação de representantes dos trabalhadores em certos níveis da hierarquia administrativa das empresas, afastados das decisões estratégicas importantes, reflete a atomização da vida política e de uma profunda burocratização do movimento sindical ou de um forte recuo das lutas dos trabalhadores – implicam um procedimento do mesmo tipo da democracia representativa, sem superação do modo de produção capitalista. Assim, a gestão, mais do que gerir, administrar ou conduzir, reflete a conjuntura política, econômica e social do país.

Mas, o que é gestão na saúde? O Ministério da Saúde (MS) define a gestão como “**atividade e responsabilidade de comandar um sistema de saúde** (municipal, estadual ou nacional) exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria”

---

<sup>47</sup> Dagnino, Olvera e Panfichi (2006) discutem com propriedade essa questão.

(BRASIL, 2003, p.39). Neste conceito – que entendemos restrito –, gestores são os representantes de cada esfera do governo designados para o desenvolvimento das funções do executivo na saúde. As funções destes podem ser distribuídas em: formulação de políticas; financiamento; coordenação, controle e avaliação; e, prestação direta de serviços (BRASIL, 2003).

Porém, a execução destas atividades não se dá de forma neutra ou despretensiosa, uma vez que envolvem lutas políticas, jogo de relações e interesses (coletivos e individuais). Para tanto, entender o modelo de gestão no campo da saúde requer inscrevê-lo em um contexto de restrição ao financiamento público e de dicotomia entre ações curativas e preventivas (já descritos anteriormente), que acabam contribuindo para o rompimento da concepção e da própria intenção de descentralização e integralidade na saúde, conforme proposto nas legislações que regulamentam o SUS.

No âmbito da direção/gerência da prestação de serviços, os gestores descentralizados e seus conselhos de saúde viram-se frente às heranças seculares da administração pública direta e indireta, do centralismo, burocratismo, patrimonialismo e cartorialismo, com insustentável lentidão de respostas às necessidades e demandas populacionais e desperdício de recursos nas atividades-meio em detrimento das finalísticas.

As leis, decretos, portarias e resoluções, acumulados de forma centralizada há anos (não raro conflitantes) balizam as decisões político-administrativas referentes à peça orçamentária, à execução orçamentária, às lógicas do investimento e do custeio (quase sempre desarticuladas entre si), às licitações, aos concursos públicos, à gestão do pessoal e do trabalho em saúde (estatutários, celetistas e terceirizados, indistintamente precarizada, agravado pelo conflito entre limitações impostas pela lei da Responsabilidade Fiscal e a Lei Orgânica da Saúde). A fundamental responsabilidade do planejamento, em regra, permanece distorcida e periférica, por apoiar-se mais em séries históricas com demandas moldadas por ofertas centradas em interesses e não em demandas por saúde, considerando a realidade dos territórios e da população local, tampouco a constitucionalidade do direito à saúde integral.

A gestão não se restringe à forma de gerenciamento (ou às normalizações) do sistema de saúde, mas está condicionada ao modo como se organizam os serviços de saúde, ou seja, a gestão é dialeticamente *produto e criador* do contexto sanitário – permeável, portanto, à influência dos diferentes sujeitos sociais da política pública. É, portanto, uma arena de conflito onde intercruzam diferentes projetos societários que se expressam na forma de pensar e gerir a saúde (CAMPOS; MERHY, 1989).

É preciso compreender que, formulado com base nas disputas políticas e sociais, o sistema de saúde é formado por uma heterogeneidade nas formas da assistência – público, privado, parcerias, cooperativas, organizações sociais, filantrópicos –, as quais compõem “um mosaico” (CAMPOS, 1997, p.38). Este mosaico, ainda que suas peças não se encaixem ou se completem mutuamente, delinea duas formas de organização do sistema de saúde: a organização de acordo com as necessidades do mercado e a organização de acordo com as necessidades da população – tem-se assim um significativo investimento público na atenção básica, enquanto áreas da alta complexidade apresentam uma demanda reprimida, por vezes endereçada aos serviços privados. E, portanto, “lo que parece ser fundamental, es lograr conocer cuáles son los criterios organizativos que tienden a la hegemonia en la conformación de los sistemas de salud” (MENDES apud CAMPOS, 1997, p.36). Ou seja, entender este mosaico que dá origem ao que Campos denomina “[...] modo ou forma de produção de saúde”. Sendo este termo conceituado como “uma composição concreta de recursos (financeiros, materiais e força de trabalho), tecnologias e modalidades de atenção, articulados de maneira a construir uma dada estrutura produtiva e um certo discurso, projetos e políticas que assegurassem a sua reprodução social (CAMPOS, 1997, p.38).

Como um sistema público de saúde, nacional e de caráter universal, o SUS baseia-se em uma concepção de saúde como direito de cidadania, na noção de unicidade e ao mesmo tempo nas diretrizes organizativas de descentralização, com comando único em cada esfera de governo; integralidade do atendimento e participação da comunidade. Como exigências para a implementação desse sistema, é *mister* considerar o enfrentamento de, ao menos, três questões gerais: as acentuadas desigualdades existentes no país; as especificidades dos problemas e desafios na área da saúde e; as características do federalismo brasileiro. Para tanto, o modelo

de produção de saúde, e mais precisamente a gestão, a partir da proposta do SUS, a qual permite em sua legislação a participação de diferentes sujeitos sociais nos processos decisórios, requer atuação dos gestores no âmbito político e técnico.

A atuação política do gestor do SUS, orientada por uma concepção de saúde como direito, se consubstancia na permanente interação e relacionamento com outros sujeitos do jogo democrático<sup>48</sup>(SOUZA, 2003). Esta atuação se expressa nos relacionamentos entre gestores e outros sujeitos sociais (governamentais ou não) nos diferentes espaços de negociação, de forma compartilhada, o que exige a valorização e o funcionamento adequado dos espaços de representação da sociedade. E, portanto, caberia aos gestores (em um sentido ampliado) “[...] assumirem a liderança da negociação política voltada para o processo decisório [...] em defesa da implementação dos princípios e diretrizes do SUS” (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008, p. 445).

A saúde exige a interação do gestor com os demais órgãos de representação e atuação do governo e da sociedade. Pode-se citar: os gestores em cada nível de governo, os representantes das instâncias de negociação das esferas de governo (Comissão Intergestores Bipartite e Tripartite) e os diferentes conselhos articulados ao sistema de saúde (CONASS, CONASEMS, COSEMS)<sup>49</sup>. A partir do debate e da negociação, visto a não utilização do mecanismo de voto, representantes do Ministério da Saúde, dos secretários estaduais e dos secretários municipais de saúde discutem acerca da formulação, planejamento e da implementação da política de saúde – submetidos à fiscalização dos conselhos. No processo de descentralização, esse formato político de amadurecimento das relações

[...] tem favorecido a explicitação e o reconhecimento de demandas, conflitos e problemas comuns aos três níveis de governo na implementação das diretrizes nacionais, promovendo a formação de acordos intergovernamentais que propiciam o amadurecimento político dos gestores na gestão pública de saúde (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008, p. 450).

---

<sup>48</sup> Entre eles: o chefe eleito do Executivo; o Ministério Público; representantes do Poder Legislativo; do Poder Judiciário; prestadores de serviços; servidores públicos do setor saúde; profissionais de saúde; cidadãos usuários do SUS; representantes de entidades corporativas; representantes da sociedade em geral; gestores do SUS de outros níveis de governo e de outras unidades da federação (estados e municípios).

<sup>49</sup> Noronha; Lima e Machado (2008) apresentam com mais detalhes o papel de cada um destes atores sociais da saúde.

A atuação técnica do gestor do SUS – que é permanentemente atravessada por variáveis políticas – se efetiva por meio das funções gestoras na saúde, entendidas como “um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão, necessários para a implementação de políticas na área da saúde, exercidas de forma coerente com os princípios do sistema público de saúde e da gestão pública” (SOUZA, 2003, p. 23).

A atuação técnica pode ser classificadas em 04 grandes grupos de macrofunções: 1) formulação de políticas e planejamento; 2) financiamento; 3) regulação; e, 4) prestação direta de ações e serviços de saúde. Todas essas macrofunções requerem uma série de atividades diferenciadas nos três níveis de gestão (União, Estado e Município) – à União a normalização e coordenação do sistema, ao Estado o planejamento regionalizado e ao Município a gestão do sistema ao nível territorial (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008, p. 447)<sup>50</sup>.

Assim, entrelaçando política e técnica, a gestão do SUS foi ganhando formato, sobretudo na década de 1990 – após a promulgação da Constituição Federal e da Lei Orgânica da Saúde. Fica como característica marcante do sistema de saúde brasileiro a **descentralização político-administrativa**, com a transferência da gestão dos serviços, do poder decisório e dos recursos – antes concentrados no nível federal – para a esfera estadual e, sobretudo, a municipal. Trata-se da passagem de um sistema centralizado para um cenário onde centenas de governos – municipais e estaduais – passam a ter uma atuação no campo da saúde pública.

Vale destacar que a descentralização é a única diretriz que não colide com as intenções de redução do Estado tão bem incentivadas nos anos 1990 (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008). Isto porque havia um consenso entre os projetos políticos (Privatista e Reforma Sanitária) quanto às oportunidades de avanço com a descentralização, apesar das bases político-ideológicas e dos interesses divergentes entre ambos. Assim, enquanto o projeto de Reforma Sanitária apostava na descentralização como estratégia de democratização e incorporação de novos atores sociais na concretização das políticas sociais, bem como no alcance de diretrizes como universalização e integralidade, o projeto Privatista encarava a descentralização como efetivação da redução do Estado, em que o poder central

---

<sup>50</sup> Noronha; Lima e Machado (2008) explicitam detalhadamente cada uma das funções técnicas da gestão conforme os níveis.

(federal) daria lugar a centenas de poderes estaduais e municipais, os quais se tornariam alvos das coalizões políticas em prol de interesses de cunho liberal. A descentralização esteve então polarizada entre a democratização das decisões políticas e o esvaziamento do Estado (GERSCHMAN, 2004).

Importa ressaltar que num país tão heterogêneo quanto o Brasil, a consolidação de princípios e diretrizes torna-se essencialmente complexa, vide as diferenças de capacidade financeira, administrativa e operacional entre os entes federados<sup>51</sup>. Tecnicamente as mudanças na gestão da saúde nos três níveis organizativos da saúde se deram a partir de inúmeras portarias e mecanismos de regulação e de incentivo financeiro<sup>52</sup> (destacam-se nesses instrumentos as NOB's, as NOAS e o Pacto pela Saúde, os quais serão discutidos adiante).

Há que se considerar que em um país marcado pelo paternalismo, por leis regidas por bases clientelistas e pretensiosas, mas também, que tem por fruto de lutas e movimentos sociais o reconhecimento legal da necessidade de mudanças no trato com o social para o alcance da democracia, a questão da gestão inscreve-se em um contexto social, histórico, político e econômico ampliado (PAIM, TEIXEIRA, 2007).

Ou, como expresso por Cohn, Elias e Ianni (2002, p.8), as concepções que tem orientado “os modelos de gestão propostos para racionalizar a produção dos serviços públicos de saúde” derivam de tensão entre restrição de recursos e necessidades de investimentos.

## **2.1 A gestão do SUS:**

A história da administração sanitária do Brasil no início do século XX criou uma cultura administrativa específica para o setor estatal – a princípio atuante nas questões coletivas (epidemias, vacinas...) – por meio de estruturas centralizadas

---

<sup>51</sup> O Brasil é um sistema federado, onde co-existem entes federados que gozam de autonomia constitucionalmente definida. O poder político e a autoridade administrativa são distribuídos territorialmente entre instâncias de governo, de tal forma que o governo nacional e os subnacionais tenham certa independência em sua esfera de atuação (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

<sup>52</sup> Podem ser citados: apoio e capacitação técnica dos gestores estaduais e municipais; divulgação de propostas e instrumentos técnicos de gestão; capacitação de recursos humanos para o SUS; controle e avaliação de sistemas, serviços e práticas; financiamento de pesquisa; regulação de mercados da saúde; implementação de novas estruturas de regulação da rede de serviços.

(CAMPOS, 1997)<sup>53</sup>. Após os anos 1950, com a entrada do Estado na atenção individual, foram incorporadas à máquina pública hospitais, unidades de saúde e ambulatórios, o que obrigou os governos a aprimorarem o instrumental de gestão dos sistemas de saúde. Foi necessária aqui a adesão da saúde à Teoria Geral da Administração, passando a utilizar ferramentas como planejamento normativo, administração dos setores de recursos humanos, financeiro e materiais, avaliação de resultados entre outros. Nos anos seguintes, com a ampliação das funções do Estado sobre a saúde, ocorreu a combinação dos estilos administrativos de saúde – o liberal e o de saúde pública (CAMPOS, 1997). O autor demarca que “o pior de cada um destes dois mundos” foi retido nessa síntese, em que

**Da tradição estatal conservou-se a estrutura rígida e centralizada, a gestão burocratizada e autoritária, mas permeável ao clientelismo e às várias formas de utilização privada da coisa pública. Da tradição liberal, conservou-se a autonomia relativa dos profissionais,** especialmente dos médicos, os que sem os estímulos pessoais do mercado redundou em uma profunda alienação dos servidores de suas obrigações mais comezinhas (CAMPOS, 1997, p.90, grifo nosso).

A gerência dos sistemas de saúde transformou-se então em um desafio estratégico – elemento central – para a recuperação da saúde pública aos olhos dos anseios liberais e conservadores. Tal perspectiva, pautada pela redução de custos e maximização dos resultados (a partir da eficiência e eficácia),<sup>54</sup> não considera, ou omite-se frente a outros fatores importantes da saúde pública, tais como prevenção, acesso, financiamento – entre outros defendidos por sanitaristas e camadas progressistas do Brasil.

Ao longo destes mais de 20 anos de SUS, alguns agravantes se somam ao desafio de gerar a política de saúde: a falta de clareza quanto à forma de concretização de um SUS de fato regionalizado, hierarquizado, com comando único e financiamento descentralizado entre as esferas administrativas<sup>55</sup>; o não consenso quanto à missão e competências de cada uma das esferas de governo; a falta de coordenação interna do sistema de saúde; a dificuldade de comunicação entre as esferas; o amadorismo da gestão; a fragilidade institucional e ineficiência da gestão; o engessamento de recursos e de serviços públicos; a inadequação de possíveis alternativas; a dificuldade de articulação dos gestores das unidades prestadoras de

<sup>53</sup> Baseadas em técnicas de administração militar e atividades gerais de fiscalização.

<sup>54</sup> Eficaz equivale ao fazer o que é certo, o que foi proposto/demandado. Eficiência retrata o melhor resultado da atividade proposta, ou seja, considera o custo-benefício da ação.

<sup>55</sup> Paim e Teixeira (2007) denominam tais características como “imagem-objetivo” do SUS.

serviços de saúde com o governo; e a atuação incipiente do controle social (PAIM; TEIXEIRA, 2007). Campos (1997) sintetiza a difícil tarefa de implementação do SUS ao apontar que houve a legalização, mas não a ruptura do sistema, o que impediu uma nova consciência sanitária e política de forma a atingir um modelo progressista hegemônico – um SUS realmente único e universal.

Prevalece, então, como modo de produção de saúde, o modelo neoliberal, que privilegia o modo privado de produção de serviços, enfraquece as forças políticas e negligencia a perspectiva transformadora da área da saúde ou – na linguagem gramsciana – não tem permitido a construção de uma contra-hegemonia (CAMPOS, 1997). Este autor ainda destaca que mudanças administrativas sem alterações no modo de produção e na lógica do modelo de saúde, não lograrão resultados e redundarão não mais do que em empreitadas esvaziadas de conteúdo. Ou, como nos dizeres de Campos: é preciso “encontrar o *látex da reforma sanitária*”<sup>56</sup>.

Como saída deste contexto de “não institucionalidade” do SUS, Paim e Teixeira (2007) ressaltam que é preciso a profissionalização da gestão e das carreiras específicas para esta tarefa. Enfatizam que é *mister* um novo ente jurídico da organização do Estado com lógicas flexíveis, descentralizadas e ágeis de gestão que poderiam ser representadas pela seguinte construção: preservação de princípios, autonomia de meios e pactuação de fins. Ou seja,

[...] **debruçar-se sobre os problemas e desafios que emanam da atual configuração macro-organizacional do sistema e do processo de gestão** nos vários níveis do sistema, de modo a subsidiar a identificação de propostas alternativas que contribuam para o fortalecimento e a consolidação de práticas coerentes com os princípios e valores da Reforma Sanitária (PAIM; TEIXEIRA, 2007. p.1821, grifo nosso).

Debruçar-se sobre os problemas e desafios que emanam da atual configuração macro-organizacional do sistema e do processo de gestão aqui significariam tanto evidenciar as dificuldades em de fato descentralizar a saúde numa perspectiva financeira e política; em quebrar os monopólios e corporativismos de indústrias farmacêuticas e empresas de planos de saúde; em imprimir nos representantes do governo o ideal de uma gestão participativa, assegurada a atuação dos espaços de

<sup>56</sup> Campos (1997, p.145) refere-se à lenda na qual o índio responsável em esvaziar uma poça d’água utilizava-se de uma cesta trançada de cipós, a qual permitia o escoamento da água pelos seus vãos. A tarefa tornava-se ingrata, pois a água sempre retornava ao seu leito. Yara, compadecida com o penar do jovem guerreiro, ensinou-lhe o segredo do látex, impermeabilizando a sua vasilha – seu instrumento de trabalho.

controle social; em inibir a sobreposição dos interesses econômicos frente aos sociais; e, em romper com o jogo de interesse partidário e político, mantido por condutas corruptas e contrárias à democracia.

Cabe, no entanto, destacar que o excessivo privilegiamento da discussão nos marcos da dimensão técnica da saúde em detrimento dos aspectos políticos institucionais mascara exatamente aquilo que se buscou construir: “retirar a luta pela transformação da situação de saúde da população brasileira de um cotidiano específico para visualizá-la como parte [...] da luta pela transformação da sociedade brasileira [...] transformação radical da sociedade através da revolução socialista” (ELIAS, 1993, p.64)<sup>57</sup>.

A técnica (marcada pelo conservadorismo do sistema) impediu que aspectos políticos e críticos pudessem ganhar espaço e de fato alterar a dinâmica do sistema de saúde brasileiro. Exemplo disso ocorre na proposta de descentralização da saúde, que esbarrou em dificuldades institucionais e financeiras já apontadas anteriormente.

Nesse sentido, nos últimos 20 anos foram lançadas normalizações pelo Ministério da Saúde: NOB 91/92, NOB 93, NOB 96, NOAS 2001/2002 e Pacto pela Saúde<sup>58</sup>, que definem: 1) as atribuições dos gestores sobre planejamento, pagamento, execução, controle, avaliação e auditoria dos serviços prestados no âmbito do SUS; 2) os mecanismos de relacionamento e espaços de negociação entre os gestores do SUS; 3) as responsabilidades e as prerrogativas financeiras associadas às condições de gestão dos estados e municípios (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008) (quadro 6).

---

<sup>57</sup> Elias (1993) argumenta que a saúde é considerada valor universal, indivisível e núcleo subversivo da estrutura social. A saúde traria a “[...] possibilidade de promover a transformação social através da construção de um bloco histórico ou, no mínimo, participar dela como um catalizador. Esta concepção tem como pressuposto básico a luta de classes combinada à impossibilidade de a classe dominante atender os interesses dos dominados em relação à saúde. O inimigo visível desta postura são os denominados projetos neoliberais, e o inimigo oculto, as propostas do Welfare State para o setor saúde”.

<sup>58</sup> Solla (2006) e Santos; Andrade (2009) retratam com maior riqueza de detalhes as normalizações aqui apontadas.

Essas normas são instrumentos de gestão no que tange à organização do sistema e as formas de transferência de recursos entre as instâncias (MENDES et al, no prelo)<sup>59</sup>, entretanto, não foram suficientes para a implementação da descentralização do SUS – estados e municípios não atingiram autonomia suficiente em termos de gestão e permaneceram subordinados aos projetos do governo federal. Para Viana (2001) a incapacidade de manutenção do processo de descentralização decorre da fragilidade da base de sustentação fiscal dos estados. É indissociável o processo de descentralização e o ajuste fiscal adotado no Brasil, que se dará tanto pela (re)centralização fiscal (propiciada pelo crescimento da participação das contribuições sociais na receita federal e a decorrente frustração das políticas sociais descentralizadoras) quanto pelas soluções encaminhadas para a superação da crise financeira dos governos subnacionais. Ao lado da (re)centralização de recursos, perduram formas antigas do exercício da política e da administração pública, ausência de ações coordenadas nos três níveis de governo pela falta de atribuições explícitas e de um acordo de competências e, sobretudo, pelo não-enfrentamento da reforma do Estado dentro de uma perspectiva federalista (VIANA, 2001). Trata-se, segundo Paim e Teixeira (2007), de um movimento pendular entre descentralização e centralização.

| PORTARIA / PERÍODO                   | RACIONALIDADE SISTÊMICA <sup>60</sup>                             | FORMA DE FINANCIAMENTO  | MODELO DE ATENÇÃO                                     | ACORDO FEDERATIVO   |
|--------------------------------------|---|---|---|---|
| <b>NOB 91/92</b><br>(de 1990 a 1994) | Não houve   | Repasse segundo a produção  | Ausente   | Negociação nacional por meio do CONASS, CONASEMS E CIT.   |
| <b>NOB 93</b><br>(1994 a 1998)       | Negociações municipais isoladas                                   | Maioria: repasse por produção.<br>Residual: blocos de financiamento com teto definido.      | Definidas ações programáticas e de vigilância.        | Negociação nacional por meio do CONASS, CONASEMS E CIB. Consórcios (isolados) e acordos formalizados intergovernamentais por habilitação (gestão do SUS). |
| <b>NOB 96</b><br>(1998 a 2002)       | Negociações intermunicipais, com participação e mediação estadual | Maioria: Transferências por nível de atenção, serviço e programas.<br>Residual: repasse por | PACS; ESF; Programa de controle de doenças e agravos. | Negociação nacional e estadual. Consórcios (isolados) e acordos formalizados por habilitação  |

<sup>59</sup> MENDES, J.M.R.; GARCIA, M.L.T.; FERNANDES, R.M.C. **Gestão na saúde: da reforma sanitária às ameaças de desmonte do SUS.** [S.l.:s.n., 2010).

<sup>60</sup> Trata-se de termo utilizado por Noronha, Lima e Machado (2008, p. 458) ao destacar as contradições geradas pela tentativa de tornar compatível o processo de descentralização com os diferentes serviços da cada nível de complexidade. Pode-se entender como a sistematização da regulação do sistema de referência x contra-referência.

|  | (PPI)   | produção.   |   | (gestão do SUS e PPI).  |
|--|---|---|---|---|
| <b>NOAS 2001/2002 (2002 a 2003)</b>        | Negociação vinculada ao conjunto de ações estabelecidas no nível federal e negociações intermunicipais sob coordenação do Estado (PPI, PDR e PDI).            | Maioria: Transferências em parcelas por nível de atenção. Residual: Repasse por produção.           | Mantém os anteriores com definições de responsabilidades da atenção básica, média e alta complexidade. Cria protocolos da assistência médica. | Negociação nacional e estadual. Consórcios (isolados) e acordos formalizados por habilitação (gestão do SUS, PPI e contrato de gestão). Implantação de mecanismos de avaliação de resultados.   |
| <b>PACTO PELA SAÚDE (A partir de 2006)</b> | Negociação vinculada ao conjunto de ações estabelecidas no processo de regionalização da saúde, conduzidos no âmbito estadual com pactuação entre os gestores | Transferência em grandes blocos segundo o nível de atenção, o tipo de serviço, programas e funções. | Define responsabilidades em todos os níveis de atenção.   | Negociação em âmbito nacional e estadual. Expansão de negociação regional e compartilhamento de gestão de sistemas. Acordos formalizados por habilitação (PPI e contrato de gestão). Implantação de mecanismos de monitoramento e avaliação dos compromissos pactuados. |

**QUADRO 05 – NORMALIZAÇÕES PARA ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE – NOB, NOAS E PACTO PELA SAÚDE (conclusão).**

FONTE: adaptado de NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008.

O Pacto pela Saúde (portaria/GM n° 399) derrubou a vigência das NOBs e da NOAS. Sustentado por três dimensões (Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão) (BRASIL, 2006b), o Pacto pela Saúde traz uma série de reformas institucionais ao SUS nas três esferas de gestão, substituindo as habilitações propostas na NOB/96 e NOAS/2001 pelo Termo de Compromisso e Gestão.

O Pacto, resultado de um processo de dois anos de negociação entre Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais (CONASEMS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) (desde 2003), resulta da necessidade de revisão dos processos normativos do SUS. Os gestores defendiam que estes deveriam contemplar a diversidade regional e local existente no país, resgatando os princípios do SUS, sob a égide da responsabilidade sanitária, integrando ações de promoção/prevenção à saúde, atenção primária, assistência de média e alta complexidade, epidemiologia e controle de doenças, vigilância sanitária e ambiental, além da reafirmação da importância das instâncias deliberativas CIB e CIT<sup>61</sup>, e o fortalecimento do controle social. São objetivos do Pacto pela Saúde: estabelecer um novo acordo de financiamento; definir responsabilidades, metas sanitárias, e responsabilidade compartilhada nas três esferas de governo na produção da saúde levando em consideração a realidade de cada estado e município, ou seja, a

<sup>61</sup> Comissão Intergestores Bipartite e Comissão Intergestores Tripartite.

condição de gestão (SANTOS; ANDRADE, 2009). Deve, portanto, considerar reivindicações de gestores de estados e municípios e reconhecer sua autonomia. Nessa perspectiva, as ações consideradas prioritárias para os secretários foram: compromisso com o SUS e seus princípios; fortalecimento da Atenção Primária; a valorização da saúde; a articulação intersetorial; o fortalecimento do papel dos estados; a luta pela regulamentação da EC-29 (recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde) e por mais recursos financeiros para a área da saúde<sup>62</sup>.

Solla (2006) situa as mudanças propostas pelo Pacto de gestão em cinco eixos: a) substituição do processo de habilitação pela formalização de termos de compromisso de gestão (contratualização); b) regionalização solidária como eixo da descentralização; c) integração de várias formas de repasse de recursos federais para estados e municípios em blocos de financiamento; d) explicitação dos recursos de custeio próprios das esferas municipal e estadual, e; e) pactuação de indicadores a partir de 2007.

Dentro dessas mudanças, destacaremos aqui uma ferramenta de gestão – a contratualização entre os gestores –, enquanto forma de enfrentamento do “baixo desempenho” da administração pública, conforme a proposta de nova gestão pública, nos moldes de Bresser Pereira, o qual defende um novo modelo jurídico de administração dos setores sociais, que não mais a responsabilidade única do Estado<sup>63</sup>. Nessa proposta, o Estado deve ter o papel apenas de regulador das políticas, o que caracterizaria maior autonomia aos prestadores de serviços – seria, portanto, a separação entre execução e financiamento. Trata-se de uma relação entre as partes (nesse caso, entre gestores estaduais, municipais, organizações sociais, fundações e gestores dos hospitais) que aceitam obrigações recíprocas em troca de benefícios para ambas (LIMA, 2009). De fato, é uma possibilidade de alteração da forma passiva de reembolso, na qual o recebimento de recursos passa

---

<sup>62</sup> As prioridades estão expressas em objetivos e metas no Termo de Compromisso de Gestão, que é um instrumento público de formalização dos pactos realizados e estão detalhadas no documento denominado Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006.

<sup>63</sup> Montañó (2002) e Lima (2009) apontam com mais detalhes as propostas de Bresser Pereira, dentro da política de redução do Estado e aproximação das Organizações Sociais, sobretudo nas áreas sociais, como saúde, educação, lazer e cultura, aspecto esse abordado no item 1 desta Dissertação.

a ter a contrapartida do compromisso da prestação de serviços. A contratualização expressa

[...] fortemente a **prestação de contas sobre o desempenho, a ela associando incentivos**. Sua implantação possibilita e demanda participação, exigindo **muita negociação com todos os atores envolvidos**, externos e internos, sobretudo com os profissionais, **impondo ainda um desenvolvimento organizacional contínuo**, os quais poderão contribuir para instituir uma cultura de prestação de contas e de responsabilização inclusive com o desempenho (LIMA, 2009, p.32, grifo nosso).

É preciso ressaltar que apesar do Pacto pela Saúde apresentar-se mais democrático (por definir consensualmente a organização, o funcionamento e o financiamento do sistema), ele traz em seu bojo traços das normas operacionais anteriores. Isto porque em que pese alocar recursos em blocos, por níveis de assistência, na prática, no interior desses blocos, vincula algumas transferências de recursos ao atendimento de programas determinados pelo Ministério, sem garantia de recursos para outras ações que atendam ao quadro epidemiológico do município. Dessa forma, os municípios encontram dificuldades para definir em seus planos municipais de saúde, estratégias próprias de construção da política de saúde local. A política de financiamento do governo federal mina as autonomias política, financeira, operacional e administrativa da gestão local (MENDES, 2005). Permanece, então, a forte influência do Ministério da Saúde quanto à formatação do sistema municipal, privilegiando, sobretudo a atenção básica, como o Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF).

Debatedores do SUS aqui já abordados<sup>64</sup>, apontam que a implementação do Sistema Único de Saúde, em sua concepção original, significa romper com uma conjuntura político-econômica (internacional e nacional) bastante desfavorável às políticas públicas na área social – permanecem latentes os obstáculos estruturais e conjunturais nessa área. Os primeiros obstáculos estão relacionados à desigualdade de acesso nos serviços de saúde e o confronto entre a intenção de proteção social e as restrições impostas pela estrutura econômica do país, predominando um sistema marcado por centralização excessiva, fragmentação institucional, frágil capacidade regulatória e fraca tradição participativa da sociedade.

No Brasil, os obstáculos estruturais se expressam nas profundas desigualdades socioeconômicas e culturais – inter-regionais, interestaduais, intermunicipais –, nas características do próprio federalismo brasileiro, na

<sup>64</sup> Entre eles Noronha; Lima e Machado (2008), Campos (2007a) e Santos (2008; 2010).

proteção social fragmentada e no modelo médico-assistencial privatista sobre o qual o sistema foi construído (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008, p. 465).

Os obstáculos conjunturais referem-se às práticas de “contrarreforma” disseminadas ao longo da década de 1990, sob o caráter político e ideológico neoliberal, a partir de políticas de ajustes elaboradas por organismos multilaterais de financiamento. São elas: estabilização de moeda, privatização de estatais, redução e reforma do Estado, redução do funcionalismo público, reforma da Previdência, aumento do segmento informal, desemprego estrutural, fragilização do movimento sindical, desregulamentação de mercados.

Apesar de avanços no sistema de saúde brasileiro, muitos ainda são os obstáculos – sobretudo nos aspectos de financiamento, descentralização e gestão – a serem derrubados na intenção de alcance de um sistema realmente único, universal e igualitário na saúde. Considerando estes obstáculos como “nós” impeditivos da implementação do SUS, o quadro 6 ilustra algumas “amarras” para a gestão do Sistema considerando: financiamento, descentralização e gestão.

**QUADRO 06 – FATORES DE AVANÇOS E OBSTÁCULOS DA GESTÃO DA SAÚDE**

| <b>EIXO</b>             | <b>AVANÇOS</b>   | <b>OBSTÁCULOS</b>  |
|-------------------------|--|--|
| <b>Financiamento</b>    | Aumento da participação dos municípios;<br>Aumento das transferências “fundo a fundo” de recursos para estados e municípios.                                       | Não implantação do orçamento da Seguridade;<br>Instabilidade de fontes e volumes de recursos;<br>Não cumprimento da EC-29;<br>Excesso de burocracia para recursos federais – condicionalidades;<br>Não há critérios para equidade de distribuição;<br>Pouca adoção de transferências intermunicipais e interestaduais;<br>Tentativas de introdução de itens de despesa que não são considerados gastos em saúde no orçamento do Ministério da Saúde.<br>Estagnação ou diminuição do percentual de investimento por parte da União. |
| <b>Descentralização</b> | Transferência progressiva de responsabilidades, atribuições e recursos federais para estados e municípios;<br>Criação das CIT e CIB como instâncias de negociação. | Imprecisão do papel do gestor estadual, sob o risco de fragmentação do sistema;<br>Conflitos e competitividade nas relações entre os gestores nos diversos níveis.   |
| <b>Gestão</b>           | Aumento da capacidade de gestão, com inovadoras experiências em estados e municípios;<br>Expansão da oferta de serviços em áreas até então desassistidas.          | Heterogeneidade da capacidade gestora entre os diversos estados e municípios;<br>Excesso de algumas ofertas de ações, insuficiências de outras;<br>Pouca integração entre serviços.  |

FONTE: adaptado de NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008.

Confirmando as assertivas acima, Santos (2010) destaca que no período de 1980 a 2006 a participação federal no financiamento público da saúde decresceu de 75 para 46,7%, enquanto estados e municípios ampliaram de 25 para 53,3%. A descentralização das atribuições da saúde conseqüentemente prevê tal redução na esfera federal, todavia não é possível esquecer que há um segundo fator para a esquivia do governo federal: a redução do gasto público, como determinação do Fundo Monetário Internacional (MENDES, 2005). Soma-se a isso às dificuldades de descentralização no sistema brasileiro, ante as diferentes capacidades financeiras, administrativas e operacionais para a prestação da atenção à saúde – em que o aumento das importâncias de recursos não foi acompanhada pela possibilidade de os municípios exercerem autonomia na determinação da política de saúde. Para Mendes (2005, p. 89) esse tipo de “descentralização refere-se muito mais a uma espécie de desconcentração administrativa que ameniza as autonomias política, financeira, operacional e administrativa da gestão local”.

Tem-se assim um esboço de dificultadores da gestão da saúde no nível macro. Neste estudo, importam também as dificuldades da gestão vivenciadas nas instituições de saúde, no nível micro, sobretudo os HUs. Pois, associado à insuficiência e instabilidade do financiamento público para o SUS, “persistem problemas de gestão, especialmente no que diz respeito aos estabelecimentos de saúde como hospitais e serviços de atenção básica” (PAIM; TEIXEIRA, 2007, p.1820). Estes autores citam como problemas de gestão: a não “profissionalização de gestores, a descontinuidade administrativa, o clientelismo político e a interferência político-partidária no funcionamento dos serviços”. Tais aspectos comprometeriam a credibilidade “do SUS perante os cidadãos e a expectativa dos servidores públicos enquanto trabalhadores e partícipes de um projeto civilizatório progressista, conforme o escopo da Reforma Sanitária Brasileira” (PAIM; TEIXEIRA, 2007, p.1820).

A profissionalização dos gestores, por exemplo, não pode ser atacada por meio de cursos ou capacitações, visto que, dentro de uma complexidade macro a questão percebida são os diversos interesses e as diferentes frentes as quais a gestão

necessita atender. Mais do que “fazer” é preciso considerar: o que fazer? Para que fazer? Para quem fazer? Como fazer? E, quando fazer? E ainda, o que não fazer?

A descontinuidade administrativa, assim como o clientelismo e a interferência partidária no funcionamento dos serviços é também reflexo do jogo político, do poder e da alienação enraizada na cultura paternalista predominante na gestão pública brasileira. Nesse aspecto, a corrupção, o corporativismo e a instalação de programas iníquos são ferramentas usadas pelas elites na busca de dificultar a distribuição de renda no país (CAMPOS, 2007a). Quanto à credibilidade, pode-se inferir que dentro de um sistema voltado ao lucro e a individualidade, importa realmente manter a saúde pública como designada aos pobres e indigentes, enquanto ao “mercado” cabe a maior parcela dos serviços vendidos pelo setor privado. Importa ao capitalismo manter o discurso da saúde pública como ineficiente e ineficaz, pois é a partir desse formato que a ideologia do Estado mínimo e do mercado máximo ganha força e adeptos.

É nesse cenário que os Hospitais Universitários de Ensino são pressionados a rever seus modelos de gestão. Nesse trabalho vamos pensar a gestão do HU como um ponto inserido na rede de atenção à saúde, portanto, como instituição que se articula com os demais níveis de atenção (atenção básica e média complexidade).

Como hospital, os HUs se inserem em um cenário marcado por predomínio das unidades hospitalares (que consomem 70% do total de gastos do SUS) (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2008). Os hospitais permanecem o centro do sistema de saúde no Brasil, respondendo por dois terços dos gastos do setor e boa parte dos serviços produzidos.

Em um sistema integrado de serviços de saúde (como no caso brasileiro), os hospitais deveriam:

- Ser um lugar para manejo de eventos agudos;
- Ser utilizado exclusivamente em casos de possibilidades terapêuticas;
- Apresentar densidade tecnológica compatível com suas funções, o que significa ter unidades de tratamento intensivo e semi-intensivo; unidades de internação; centro cirúrgico; unidade de emergência; unidade de apoio diagnóstico e terapêutico; unidade de atenção ambulatorial; unidade de

assistência farmacêutica; unidade de cirurgia ambulatorial; unidade de hospital dia; unidade de atenção domiciliar terapêutica, etc;

Nas instituições hospitalares está empregada a maioria dos médicos, enfermeiras, assistentes sociais e outros profissionais da área de saúde. Muitos deles são centros de treinamento e o principal espaço de desenvolvimento e adoção de novas tecnologias de alta complexidade.

Enquanto hospitais de ensino, o Brasil tem certificado o total de 155 instituições, entre públicas, privadas e filantrópicas (BRASIL, 2009a). Deste total, 46 estão sob gestão federal, pertencentes ao MEC, com a denominação de hospitais universitários, distribuídos pelo Brasil, conforme a tabela 02.

**TABELA 02 - DISTRIBUIÇÃO DOS HUs FEDERAIS NO BRASIL**

| <b>REGIÃO</b> | <b>QUANTIDADE</b> |
|---------------|-------------------|
| Sudeste       | 16                |
| Nordeste      | 15                |
| Sul           | 7                 |
| Centro-Oeste  | 5                 |
| Norte         | 3                 |
| <b>TOTAL</b>  | <b>46</b>         |

FONTE: (BRASIL, 2009b).

Os hospitais universitários vivenciam um quadro de sucateamento e não investimento governamental, afetando a assistência prestada pelos mesmos e conseqüentemente à formação oferecida aos alunos. Aqui os “nós” da gestão se manifestam como reflexo das amarras da área da saúde, pois diante do déficit financeiro na prestação dos serviços de alta complexidade, os recursos da educação são “desviados” ao pagamento de pessoal e a aquisição de material, de forma a manter o hospital funcionando e assim poder continuar – ainda que de forma precária – as funções de formação e pesquisa (REIS; CECILIO, 2009).

A crise nos (ou dos) HUs é um tema que vem se avolumando na mídia e que tem mobilizado os ministérios da Educação e da Saúde brasileiros. Isso é o que iremos adentrar a seguir.

### **3 OS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS – entre as demandas do SUS e do MEC**

*“Eu acho que tem que haver uma aproximação maior de uma vez por todas e que nunca houve entre Ministério da Saúde e Ministério da Educação, os hospitais universitários e as universidades têm que se comprometer. Nossas dezenas de faculdades de medicina, odontologia, nutrição, enfermagem, fisioterapia, têm que, definitivamente, começar a formar recursos humanos para o Sistema Único de Saúde e não formar recursos humanos para o mercado” (VOLNEI GARRAFA apud MENDONÇA, 2008).*

Os Hospitais Universitários no Brasil registram as primeiras experiências em 1808, com a criação por Dom João VI, da Escola de Cirurgiões na Bahia. Com a transferência da família real para o Rio de Janeiro, fundou-se neste território outra Escola de Cirurgiões –, e ambas utilizavam o espaço das Santas Casas de Misericórdia como campo de ensino (CARMO, 2006). Conforme Caldas Júnior, citado por Carmo (2006), até os anos 1940/1950, as atividades de ensino das faculdades de medicina foram exercidas nos espaços cedidos pelas instituições filantrópicas. Entretanto, havia diferenças de interesse e de missão entre as instituições de ensino e as filantrópicas: as primeiras almejavam a formação de recursos humanos e as últimas eram direcionadas à assistência. Inicia-se aqui o modelo – e o dilema – até hoje vivenciado pelos Hospitais Universitários: a tarefa de conciliar ensino e assistência.

Para Lima (2004) quando o hospital se transformou em espaço de cura (e por isso necessitou tornar-se mais organizado e disciplinado), projetaram-se as bases para a aprendizagem, a experimentação, a pesquisa e a reprodução de saberes. Estavam formados os pilares sustentadores de um hospital-escola. Baseado no modelo flexneriano de educação médica, os HUs deveriam ter, entre outros, uma divisão do currículo composta por um ciclo básico de dois anos, realizado no laboratório, seguido de um ciclo clínico de mais dois anos, realizado no hospital – configurando assim a exigência de laboratórios e instalações adequadas para a formação médica. O chamado ciclo clínico sustentava-se no interior do hospital, considerado local privilegiado para estudar as doenças<sup>65</sup>. Inseridos nesse modelo, os hospitais vão se transformando na principal instituição de transmissão do conhecimento médico durante todo o século XX. Às faculdades cabia o ensino de laboratório nas áreas básicas (anatomia, fisiologia, patologia) e a parte teórica das especialidades, enquanto aos HUs cabia o espaço da prática.

Entender uma organização, como o hospital, é inscrevê-la na dinâmica da realidade.

Uma organização é considerada de forma instantânea, uma ‘cristalização’ da história, um momento da mesma que condensa nessa ‘forma’ concreta todo um desenvolvimento ligado a outras determinações sociais, culturais, políticas e econômicas. Em conseqüência, a análise das organizações que existem em um momento histórico dado nos fala, indiretamente, dessas outras determinações procedentes do passado, junto às que decorrem do momento presente. Esta dupla determinação histórica e atual dá conta da forma ‘permanente’ ou estrutura organizacional estável, ao mesmo tempo em que de sua funcionalidade, sua adequação às necessidades do momento, seu permanente requisito de legitimação e, conseqüentemente sua possível variabilidade. Quanto maior for o peso da determinação histórica, maior será a estabilidade e o conservadorismo (interno) de uma instituição; se predomina a determinação atual, maior será a adaptabilidade a situações novas ou em transformação (TESTA, 1989, p.88).

Nessa perspectiva, entender os HUs é inscrevê-los em um contexto histórico marcado por especialização, reforma universitária, remuneração por produção, reforma do Estado, reforma na Educação, avanço tecnológico e precarização das condições de trabalho.

---

<sup>65</sup> Flexner entendia a doença como um processo natural, biológico. O social, o coletivo, o público e a comunidade não contavam para o ensino médico e não eram considerados implicados no processo de saúde-doença.

A reforma universitária em curso, com suporte do Banco Mundial, toma a educação como uma mercadoria: 88% das instituições de ensino superior são privadas e, confirmando o acelerado processo de "comodificação" da educação, em 2004 o governo aprovou lei de parceria público-privada (Programa Universidade para Todos) que estabelece a isenção de impostos e contribuições para mais 1302 instituições privadas, além das 350 instituições 'filantrópicas', comunitárias e confessionais que já haviam conquistado esse subsídio público na Constituição Federal (LEHER, 2005). Na área da saúde os números em 2010 indicavam: 181 escolas médicas (sendo 100 privadas, 47 federais<sup>66</sup>, 26 estaduais e 8 municipais) (ESCOLAS..., 2010), 1.015 cursos de graduação em Enfermagem (84% em instituições privadas) (ABEn, 2010), 191 cursos de Odontologia (137 são instituições privadas, 27 federais, 19 estaduais e 8 municipais) (CFO, 2010), 323 Cursos de Serviço Social (309 presenciais e 14 à distância, distribuídos entre 87,3% privadas e 22,7% públicas)(CFESS; ABEPSS, 2010).

Ao perder seus elementos não-mercantis (formação humanista, pensamento crítico e analítico, integração da ciência e da cultura), a educação torna-se mera mercadoria. No caso do ensino superior – e, em específicos os cursos vinculados à área da saúde em torno dos quais se estruturam os HUs -, a formação organiza-se em torno da oferta de um ensino superior como mercadoria, a formação do aluno vista como preparação para o mercado; o conteúdo do ensino se torna utilitário e instrumental; com subordinação das universidades estatais ao mercado. A competitividade se torna uma palavra-chave para aqueles que propõem a reforma universitária. As universidades estatais devem atender as demandas do mercado nacional e serão avaliadas através da forma classificatória, um incentivo governamental para a competição (VIANA, 2004).

A competição social é uma das características fundamentais da sociabilidade na sociedade moderna (VIANA, 2002) e tem sua origem no processo de produção e distribuição capitalista, e agora se aprofunda com o novo estágio do capitalismo, invadindo esferas da vida social nas quais sua influência não era tão grande – a educação é um exemplo. O grande critério passa a ser quantitativo.

---

<sup>66</sup> Há contradições entre o número de HUs federais no território brasileiro. Para este estudo consideraremos o total de 46 hospitais universitários, conforme apontado pelo MEC (BRASIL, 2009b).

A precarização do trabalho no interior das Instituições Federais de Ensino Superior (IFES) vem sendo diariamente denunciada. Parte substantiva da infra-estrutura das universidades está terceirizada – limpeza, segurança, serviço de alimentação e até mesmo de enfermagem nos hospitais universitários. Parte da graduação é feita com serviços terceirizados por professores sem vínculo e sem direitos – professores substitutos – que chegam a alcançar mais de um quarto dos professores das IFES na graduação, totalizando, em 2005, cerca de nove mil professores (LEHER; LOPES, 2008).

As investidas contra os direitos previdenciários dos docentes provocaram três grandes ondas de aposentadorias de professores nas IFES, correspondentes às medidas dos governos Collor, FHC e Lula sem contrapartida de concursos para o provimento desses cargos. Ao contrário, a proliferação de professores substitutos cujo trabalho é mal remunerado, desprovido de direitos trabalhistas, pressupõe longas jornadas de trabalho. Ademais, o trabalho desses professores é centrado na sala de aula, desvinculado da pesquisa e da extensão, assim como das decisões sobre a instituição. As conseqüências dessa precarização atingem também os professores efetivos que ficam mais sobrecarregados em termos de comissões departamentais, orientações de monografia, mestrado e doutorado, orientação de bolsas tipo PIBIC, bancas, etc (LEHER; LOPES, 2008).

No caso das instituições privadas, as condições de trabalho são marcadas por contratos de trabalho como horista, ausência de pesquisa e extensão, turmas enormes, além de estágios que não asseguram supervisão acadêmica e de campo articuladas. Baseado em dados da Sinopse Estatísticas da Educação Superior (INEP, 1996-2006), Leher e Lopes (2008) indicam o aumento gradativo da relação professor/aluno na graduação – em 1988 era de 7,1, em 1998 de 9, e em 2006 chegou à 10,8 – relação que reflete a intensificação do trabalho docente. Baseada nesse cenário é que Chauí conclui que as IFES, esvaziadas em sua (já frágil) autonomia, guiadas pelo utilitarismo e pelo pragmatismo, e estruturadas para formar nos moldes da certificação massiva, porém vazia, perderão suas características de instituição e se converterão em organizações (CHAUÍ, 2000).

O significado estrutural da contrarreforma do ensino superior foi sintetizado no documento produzido em conjunto pelo Conselho Federal de Serviço Social e pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (CFESS; ABEPSS, 2010):

- **A expansão do ensino superior privado ligeiro presencial** (ou à distância, como é o caso do Serviço Social), com o suporte na Lei de Diretrizes e Bases (1996) e forte apoio institucional do MEC, ocorre para configurar **nichos de valorização do capital médio**, num período em que o capitalismo promove uma intensa oligopolização do capital, com tendências de concentração e fusão de capitais, e dificuldades de investimento produtivo e de valorização. Constitui ainda uma **via de acesso ao fundo público e ao crédito**, a exemplo da discussão acerca do apoio do BNDES a essas instituições, na perspectiva da valorização e do suporte ao lucro privado fácil e rápido, tendência esta que vem crescendo no contexto da recente crise. Trata-se da introdução de tecnologia capital intensiva para o treinamento em grande escala e baixo custo.
- A expansão desse tipo de ensino corresponde a uma **estratégia política de legitimação** porque se dá em nome da democratização do acesso ao ensino superior como forma de chegar ao emprego, o que tem um forte poder de mobilização da sociedade brasileira, que está entre as mais desiguais do planeta em todos os acessos, historicamente. A maior perversidade desse projeto é essa: estamos produzindo um exército de reserva de trabalhadores de formação superior limitada e que mal tem condições de competir no mercado de trabalho, como mostram os processos de seleção pública e concursos, mas que caem no canto de sereia do acesso, que na verdade é a forma do governo brasileiro corresponder aos parâmetros internacionais de competitividade e atratividade, no contexto da mundialização, no mesmo passo em que reproduz seu projeto político. Por exemplo: há aproximadamente sete anos, doze mil formandos em odontologia eram lançados no mercado de trabalho a cada ano; hoje, são aproximadamente nove mil profissionais, somados aos 220.136 cirurgiões-dentistas já existentes<sup>67</sup>.

---

<sup>67</sup> Esse quadro configura a redução do interesse no curso de odontologia, marcado pela baixa remuneração, escassez de empregos e mercado acirradamente competitivo, como apontam Paranhos et al (2009).

- Essa expansão tem conexão com as linhas mestras do projeto de “crescimento econômico” brasileiro, conforme as escolhas que tem sido feitas a partir da implementação do projeto neoliberal no Brasil, com ares de neodesenvolvimentismo<sup>68</sup>.

A concepção do ensino superior brasileiro, moldado pelos ideais mercadológicos do capital portador de juros, também produz efeitos na dinâmica e direcionamento dos hospitais universitários. O crescimento indiscriminado das instituições de ensino, e entre elas os cursos na área da saúde, ainda requerem espaços de aprendizado prático, porém, sob a perspectiva de produção e não de qualidade, conforme pautado na conjuntura atual<sup>69</sup>. Perde-se nessa perspectiva a missão do hospital universitário, enquanto anexo das faculdades de saúde, optando por caracterizá-lo apenas como simples espaços de prestação de serviços.

Tradicionalmente, a concepção de um HU é definida como um prolongamento de um estabelecimento de ensino em saúde. Trata-se de um “anexo” das faculdades e universidades voltadas à saúde, como por exemplo, faculdades de medicina. Este ‘anexo’ provê treinamento universitário na área da saúde. É assim, local específico para a parte prática de cursos voltados aos profissionais de saúde. Como hospital de

---

<sup>68</sup> A alternativa novo-desenvolvimentista aos males do capitalismo é a constituição de um Estado capaz de regular a economia — que deve ser constituída por um mercado forte e um sistema financeiro funcional — isto é, que seja voltado para o financiamento da atividade produtiva e não para a atividade especulativa. Para tanto, é necessário não só buscar formas inteligentes de ação estatal, complementares à ação privada, como também proporcionar condições para que o Estado possa desempenhar de forma mais eficaz sua ação para o que pode ser necessário uma “reforma da gestão pública”. Trata-se de adotar uma forma de gestão que aproxime as práticas dos gerentes públicos às dos privados, tornando-os ao mesmo tempo mais autônomos e responsáveis perante a sociedade. Tal reforma requer não somente uma maior profissionalização da gestão pública como também um certo grau de descentralização do Estado, com a transferência de determinadas funções específicas do Estado a agências (semi)autônomas e a transferência de serviços sociais e científicos a organizações de serviço públicas, semi ou não-estatais. Note-se, contudo, que isto não significa que as decisões mais importantes relativas às políticas públicas a serem implementadas devam ser igualmente descentralizadas, pois cabe às esferas governamentais, eleitas democraticamente, a definição destas (SISCÚ; PAULA; MICHEL, 2007).

<sup>69</sup> Pagliosa e Da Ros (2008), referindo-se à educação médica nesse contexto, apontam que: o acesso à saúde das pessoas e comunidades, um direito social, trouxe mudanças às relações médico e população; o perfil de morbi-mortalidade no país, com predomínio das doenças crônico-degenerativas, exige um reordenamento das ações e estratégias na saúde, e isso traz implicações à formação dos profissionais; aliado à necessidade de um trabalho multiprofissional e conhecimentos interdisciplinares. Tudo isso somado, aumentam as dificuldades de integrar os conhecimentos, as habilidades e as atitudes dos profissionais em formação, com o intuito de desenvolver as competências necessárias para dar conta das demandas da saúde em nossos dias. Ou seja, a formação requer repensar as concepções de saúde-doença, os modelos de atenção em saúde e as políticas públicas para o setor, entre outras.

ensino, sua gestão subordina-se à gestão da universidade correspondente. Está submetido não só à Reitoria, mas também ao MEC (enquanto órgão responsável pela educação), e aos MS (enquanto órgão vinculado ao sistema de saúde e, portanto, à assistência e à formação de recursos humanos em saúde). Por sua dupla vinculação (ensino e assistência), os HUs propiciam atendimento médico de maior complexidade a uma parcela da população.

Os HUs são em sua proposta original:

Laboratórios destinados à prática do ensino na área da saúde que, vinculados às universidades como órgãos suplementares, desenvolvem, juntamente com o ensino, atividades de pesquisa, extensão e assistência à saúde, de forma integrada ao Sistema Único de Saúde (PEREIRA, 2004, p. 20).

Bittar (2002) estabelece diferenças na classificação dos hospitais de ensino, conforme o vínculo institucional, a saber:

Hospitais de Ensino (HE) entende-se Hospital Universitário de propriedade ou gestão de universidade pública ou privada, ou a elas vinculado por regime de comodato ou cessão de uso, devidamente formalizados; Hospital-Escola, de propriedade ou gestão das escolas médicas isoladas públicas ou privadas, ou a elas vinculadas por regime de comodato ou cessão de uso devidamente formalizados; Hospital Auxiliar de Ensino, aquele que não sendo de propriedade ou gestão de universidade ou escola médica isolada, que desenvolvem programas de treinamento em serviço, de curso de graduação ou pós-graduação na área de saúde, devidamente conveniado com uma instituição de ensino superior, conforme classificação adotada pelo MEC (BITTAR, 2002, p.10).

Cislaghi (2010), porém, alerta que a Portaria Interministerial conjunta MS e MEC nº 1000 de 15 de abril de 2004, foi a primeira a abrir caminho para a extinção do modelo de HUs vigente hoje. Essa portaria unifica hospitais universitários (vinculados e geridos por universidades), hospitais escola (vinculados e geridos por escolas médicas isoladas) e hospitais auxiliares de ensino (hospitais gerais que desenvolvem atividades de treinamento em serviço, curso de graduação ou pós-graduação através de convênio com instituição do ensino superior) sob a mesma denominação: hospitais de ensino (HE). Tornando iguais os processos de regulação e requisições para sua certificação esta portaria interministerial eliminou o estatuto dos hospitais universitários, que na sua relação orgânica com as universidades, sempre garantiram melhores condições de formação com indissociabilidade entre pesquisa, ensino e extensão. “Trata-se sim de uma extinção dos hospitais

universitários, que passam a ser igualados a qualquer hospital que exerça atividades de ensino, favorecendo o ensino privado e abrindo portas para o estabelecimento de fundações na gestão (CISLAGHI, 2010, sp).

Nessa perspectiva é preciso apontar que os hospitais universitários podem, de acordo com a forma jurídica, ser públicos ou privados. Os públicos podem estar diretamente ligados à administração do governo federal, estadual ou municipal, ou ainda, indiretamente por meio das fundações, autarquias e empresas públicas. Os privados podem ser entidades com e sem fins lucrativos, filantrópicos ou geridos pelas fundações de apoio de direito privado. A cada forma administrativa compete uma forma diferenciada de financiamento – recursos públicos, produção, venda de serviços ao mercado (BITTAR, 2002).

O estudo que se segue abordará os hospitais de ensino vinculados às universidades federais – Hospital de Ensino (HE) ou Hospital Universitário (HU) – mantidos com recursos do governo federal.

### 3.1 Os HUs no Brasil

Os HUs exercem um papel político importante na comunidade inserida, visto sua escala, dimensionamento e custos projetados a partir da alta concentração de recursos humanos, físicos e financeiros (MEDICI, 2001). A ‘parceria’ entre o SUS e os hospitais universitários (HUs) está prevista no artigo 45 da Lei Orgânica da Saúde (LOS)<sup>70</sup>.

**Art. 45. Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados (BRASIL, 1990a, sp, grifo nosso).**

Considerando a diversidade das instituições hospitalares, o MS, através da Portaria nº 2.224 (BRASIL, 2002), estabeleceu o sistema de Classificação Hospitalar do

<sup>70</sup> É necessário destacar que os hospitais universitários são vinculados a escolas ou universidades. Estas, por sua vez, são ligadas ao MEC. A inserção dos hospitais ao SUS se dá por “necessidade” da rede ou do próprio hospital no que tange recursos e meios para a execução das práticas. Tal discussão será abordado ainda nesta pesquisa.

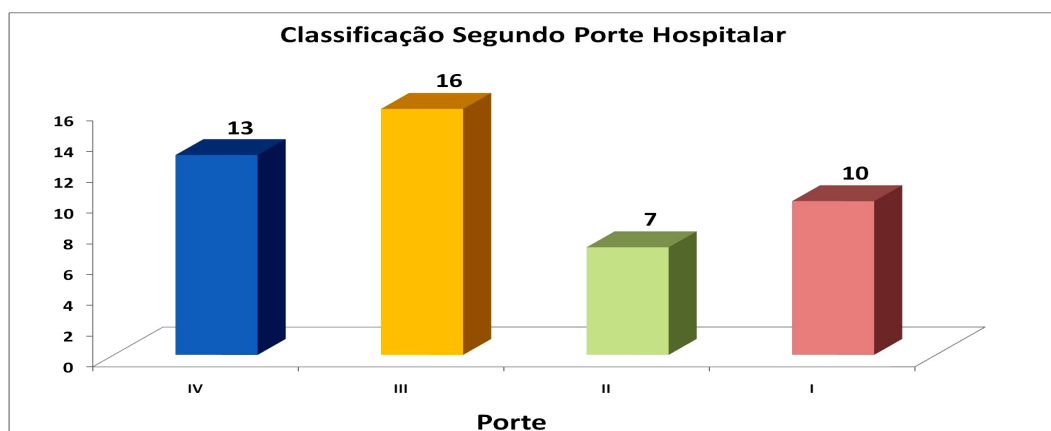
Sistema Único de Saúde. A classificação de cada hospital se dá segundo seu enquadramento em um dos Portes estabelecidos pela Portaria, de acordo com o somatório de pontos obtidos nos respectivos intervalos de pontos estabelecidos para cada Porte (a saber: Porte I - de 01 a 05 pontos; Porte II - de 06 a 12 pontos; Porte III - de 13 a 19 pontos; Porte IV - de 20 a 27 pontos). A classificação segue a lógica do perfil assistencial, capacidade de produção e complexidade dos serviços prestados pelos hospitais – uma classificação voltada à produtividade da rede hospitalar.

**TABELA 03 – SISTEMA DE PONTUAÇÃO DOS HOSPITAIS DA REDE SUS**

| PONTOS POR ITEM | ITENS DE AVALIAÇÃO  |                    |                  |                        |                                |                             |                       | PONTOS TOTAIS                     |
|-----------------|---------------------|--------------------|------------------|------------------------|--------------------------------|-----------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
|                 | A<br>N. ° DE LEITOS | B<br>LEITOS DE UTI | C<br>TIPO DE UTI | D<br>ALTA COMPLEXIDADE | E<br>URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA      | F<br>GESTAÇÃO DE ALTO RISCO | G<br>SALAS CIRÚRGICAS |                                   |
| 1 Ponto         | 20 a 49             | 01 a 04            | -----            | 1                      | Pronto Atendimento             | -----                       | Até 02                | Mínimo 1<br><br><br><br>Máximo 27 |
| 2 Pontos        | 50 a 149            | 05 a 09            | Tipo II          | 2                      | Serviço de Urgência/Emergência | Nível I                     | Entre 03 e 04         |                                   |
| 3 Pontos        | 150 a 299           | 10 a 29            | -----            | 3                      | Referência Nível I ou II       | Nível II                    | Entre 05 e 06         |                                   |
| 4 Pontos        | 300 ou mais         | 30 ou mais         | Tipo III         | 4 ou mais              | Referência Nível III           | -----                       | Acima de 08           |                                   |

FONTE: (BRASIL, 2009b).

Considerando essa classificação (Gráfico 2), 35% dos HUs são de porte III, 28,3% são de porte IV, 21,7% são de porte I e 15% são de porte II. Estes números confirmam a preponderante atuação dos Hospitais de Ensino na alta e média complexidade – como determinado pela legislação –, bem como ressalta a participação dessas instituições no sistema de saúde.



**GRÁFICO 02 – CLASSIFICAÇÃO DOS HUs SEGUNDO PORTE HOSPITALAR**

FONTE: (BRASIL, 2009b)

Quanto à distribuição regional, os HUs estão assim distribuídos (Tabela 04):

**TABELA 04: DISTRIBUIÇÃO DOS HUs (PÚBLICOS) POR PORTE E REGIÃO**

| PORTE/REGIÃO | NORTE     | NORDESTE  | CENTRO-OESTE | SUDESTE   | SUL       | TOTAL     |
|--------------|-----------|-----------|--------------|-----------|-----------|-----------|
|              |           |           |              |           |           | PORTE     |
| I            | 01        | 02        | 01           | 06        | 00        | <b>10</b> |
| II           | 01        | 04        | 00           | 01        | 01        | <b>07</b> |
| III          | 01        | 06        | 03           | 03        | 03        | <b>16</b> |
| IV           | 00        | 03        | 01           | 07        | 02        | <b>13</b> |
| Total região | <b>03</b> | <b>15</b> | <b>05</b>    | <b>17</b> | <b>06</b> | <b>46</b> |

FONTE: (BRASIL, 2009b)

Verifica-se, até aqui, a alta concentração dos hospitais de porte III e IV nas regiões Sul e Sudeste (do total de 29 hospitais, 15 estão nessas regiões). Tal distribuição impacta os valores a serem repassados pelo governo, em que maior concentração é igual a maior repasse, bem como demarca que a concentração de tecnologia – em relação a atenção à saúde e em formação de profissionais da saúde – permanece nesses espaços, o que determina desequilíbrio e disparidade entre as regiões do Brasil. Importa destacar a região Norte como a exceção quanto a existência de hospitais de porte IV, o que ratifica a concentração de mão-de-obra, em saúde especializada, nas regiões mais industrializadas (e urbanizadas) do país, a despeito da necessidade das regiões periféricas e menos povoadas, como a Norte, por hospitais de grande porte<sup>71</sup>. Como apontado por Schwartzman (sd), nem mesmo os salários atrativos das regiões interioranas do país tem conseguido “fixar” os profissionais nesses locais, o que impede a continuidade ou mesmo a formação de um trabalho de excelência na saúde. Soma-se a isso a falta de concursos públicos e o crescente número de aposentadorias a partir dos anos 1990 nas instituições de ensino superior – fatores esses que incidem significativamente na produção das instituições públicas.

**TABELA 05 - PRODUÇÃO DE ATIVIDADES ASSISTENCIAIS NOS HUs FEDERAIS EM 2008**

|                           | ALTA         | FAEC    | MÉDIA        | TOTAL      |
|---------------------------|--------------|---------|--------------|------------|
|                           | COMPLEXIDADE |         | COMPLEXIDADE |            |
| Atendimento de Emergência | 87.902       | -       | 945.769      | 1.033.671  |
| Internações               | 64.854       | 6.401   | 331.581      | 402.836    |
| Consultas                 | 313.681      | -       | 6.042.970    | 6.356.651  |
| Procedimentos             | 599.957      | 175.502 | 20.104.744   | 20.880.203 |

FAEC – (Fundo de Ações Estratégicas e Compensação). FONTE: (BRASIL, 2009b).

<sup>71</sup> Enquanto o Norte e o Nordeste apresentam números pouco acima do recomendado pela OMS – 1 para cada mil habitantes –, a Região Sudeste conta com 2,81 médicos por mil habitantes, ou seja, quase o triplo do recomendado e 2,5 vezes mais que o Norte (PÓVOA; ANDRADE, 2006).

Tendo por diretriz a atuação no âmbito da atenção terciária, os HUs permanecem como referência no atendimento de alta e média complexidade. É preciso aqui classificar o que seja alta e média complexidade na atenção à saúde: 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<sup>72</sup>. A alta complexidade, por sua vez, envolve um conjunto de procedimentos de 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)<sup>73</sup>.

Os procedimentos da 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 pequena quantidade, mas com impacto financeiro extremamente alto, como é o caso dos procedimentos de diálise, quimioterapia, radioterapia e hemoterapia. (BRASIL, 2005). Importa nessa discussão alertar que não aparecem como assistência de um HU os procedimentos de atenção básica, todavia os mesmos são realizados nesse espaço, tendo em vista a necessidade de formação do aluno e o estrangulamento da rede de assistência.

Assim, os números da atenção básica estão “negligenciados” no faturamento de assistência dos HUs, bem como, também em função da dificuldade de acesso da população, os fluxos estão reversos entre os níveis de atenção, não obedecendo às

---

<sup>72</sup> Por exemplo: procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros profissionais de nível superior e nível médio; cirurgias ambulatoriais especializadas; procedimentos traumato-ortopédico; ações especializadas em odontologia; patologia clínica; anatomopatologia e citopatologia; radiodiagnóstico; exames ultra-sonográficos; diagnose; fisioterapia; terapias especializadas; próteses e órteses; anestesia (BRASIL, 2005).

<sup>73</sup> As principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, organizadas em redes são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardiácos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumato-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras lábio-palatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e o tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica; terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfecta; fibrose cística e reprodução assistida (BRASIL, 2005).

portas de entrada proposta pelo SUS (ALVES, 2009). Leitos de alta complexidade são ocupados por demandas da atenção básica, deturpando assim a idéia da hierarquização dos serviços.

Ainda quanto à produção dos HUs é válido destacar, para além da assistência, sua produção em termos da formação (Tabelas 06 e 07).

**TABELA 06 – PRODUÇÃO DE ATIVIDADES DE ENSINO NOS HUs FEDERAIS EM 2008**

| PORTE        | DOCENTES    | ALUNOS       | PROGRAMAS<br>RESIDÊNCIA<br>MÉDICA | VAGAS<br>MÉDICO<br>RESIDENTE | TOTAL<br>MÉDICO<br>RESIDENTE | RESIDENTES<br>DE OUTRAS<br>PROFISSÕES |
|--------------|-------------|--------------|-----------------------------------|------------------------------|------------------------------|---------------------------------------|
| I            | 234         | 4214         | 9                                 | 59                           | 64                           | 24                                    |
| II           | 560         | 8383         | 57                                | 179                          | 312                          | 152                                   |
| III          | 1981        | 21667        | 295                               | 753                          | 1421                         | 18                                    |
| IV           | 2960        | 37542        | 513                               | 1398                         | 2856                         | 21                                    |
| <b>TOTAL</b> | <b>5735</b> | <b>71806</b> | <b>874</b>                        | <b>2389</b>                  | <b>4653</b>                  | <b>215</b>                            |

FONTE: (BRASIL, 2009b)

Considerando a relação discente/docente (Tabela 06), esta se expressa de forma diferente conforme o porte hospitalar: nos hospitais de porte I para cada 18 alunos há 1 docente; nos de porte II a relação é de 15 para 1. Nos de porte III e IV a relação respectivamente é de 11:1 e 12,7:1. Tendo por base que os hospitais de porte IV recebem quase 10 vezes o número de alunos que os hospitais de porte I suportam, e que a proporção amplia para 12,6 na relação de professores que compõem a instituição, é possível concluir que os hospitais de maior porte (III e IV) concentram parte significativa da produção e assistência dos HUs no país, assim como a ampla parcela de docentes especializados na área da saúde, confirmando os apontamentos de Schwartzman (sd) quanto a dificuldade de fixação de serviços e profissionais nas áreas periféricas aos centros industriais e financeiros do país – uma vez que 53% dos HUs de porte I e II estão concentrados nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

Como espaço de formação, pesquisa e extensão, os HUs possuem Núcleos e centros de pesquisa que vem fomentando novas descobertas, sobretudo na alta tecnologia. O número de publicações e projetos provenientes dessas instituições ratifica seu papel de produtor e transmissor de conhecimento no espaço do SUS, bem como formador de recursos humanos para as unidades acadêmicas das universidades.

Por outro lado, com o agigantamento de mega-indústrias transnacionais nos ramos farmacêutico e de outras tecnologias em saúde, os hospitais configuram como campo privilegiado para a pesquisa (clínica e básica). Holanda (2006) estima que existam mais de 15.000 protocolos de pesquisa clínica em andamento no Brasil hoje, sendo que grande parte envolvem acordos informais entre pesquisador e laboratório farmacêutico internacional. Este autor destaca que é *mister* aliar a pesquisa da área básica à clínica em consonância com os princípios do SUS, resultando em benefícios para a população.

A pós-graduação *stricto sensu* cresceu no Brasil em todas as áreas. Em relação à área da Medicina, por exemplo, pesquisa do Conselho Federal de Medicina aponta que, em 2004, 14% dos médicos fizeram mestrado (contra 7,7% em 1996) e 6,8% fizeram Doutorado (contra 3,6% em 1996). Por isso, a produção de Dissertações e Teses é uma atividade de produção de conhecimento importante no interior dos HUs (CFM, 2004).

**TABELA 07 – PRODUÇÃO DE ATIVIDADES DE PESQUISA NOS HUs FEDERAIS EM 2008**

| PORTE        | DISSERTAÇÕES | TESES      | PUBLICAÇÕES<br>NACIONAIS | PUBLICAÇÕES<br>INTERNACIONAIS | PROJETOS    | LABORATÓ<br>RIOS |
|--------------|--------------|------------|--------------------------|-------------------------------|-------------|------------------|
| I            | 22           | 10         | 120                      | 98                            | 293         | 52               |
| II           | 71           | 9          | 111                      | 56                            | 583         | 22               |
| III          | 211          | 68         | 822                      | 458                           | 797         | 67               |
| IV           | 940          | 448        | 933                      | 3846                          | 4057        | 450              |
| <b>TOTAL</b> | <b>1244</b>  | <b>535</b> | <b>1986</b>              | <b>4458</b>                   | <b>5730</b> | <b>591</b>       |

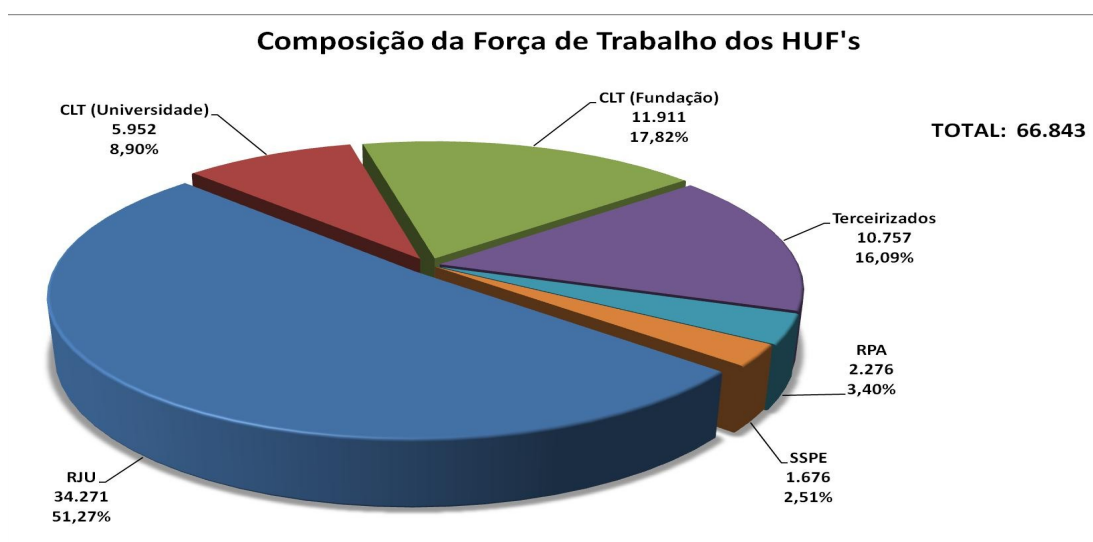
Fonte: (BRASIL, 2009b)

Se por um lado os HUs são responsáveis por ampla parcela dos procedimentos na rede pública de saúde, sobretudo na alta complexidade<sup>74</sup>, por outro 1.124 leitos foram desativados nessas instituições devido à falta de pessoal. Com um déficit, desde 2008, de 5.443 servidores, a questão dos recursos humanos dos hospitais se agrava com a perspectiva de aposentadoria de 3.741 servidores entre 2008 e 2010, dos quais 996 são auxiliares e técnicos de enfermagem, 319 enfermeiros e 370 médicos (BRASIL, 2009a).

Além do contingente de servidores, é preciso caracterizar a precarização das relações de trabalho (Gráfico 03). Calcula-se que cerca de 40% dos profissionais

<sup>74</sup> Os dados que confirmam tal afirmação constam na página 97.

estão sob regimes precários e/ou desregulamentados. Há nos HUs profissionais contratados por tempo determinado de serviço pela própria universidade ou via fundações (fato esse considerado ilegal pelo TCU); há um percentual de serviços terceirizados (sobretudo em áreas de limpeza, segurança, transporte e nutrição), além daqueles que prestam serviços mediante recibo de prestação de trabalho autônomo (RPA) ou ainda Solicitação de Serviço de Pessoa Externa (SSPE). A falta de pessoal e/ou a grande rotatividade dos vínculos contribui significativamente para ineficiência dos serviços, a conseqüente precariedade da instituição e a fomentação de impasses entre os próprios trabalhadores diante dos diferentes salários e carga horária conforme o vínculo.



**GRÁFICO 03 – FORÇA DE TRABALHO DOS HUs FEDERAIS**

Fonte: (BRASIL, 2009b)

Por detrás da diversificada composição da força de trabalho nos HUs, encontra-se uma das fontes para o alto nível de endividamento destas instituições (CISLAGHI, 2010) – isso porque os 40% de funcionários não regidos pelo Regime Jurídico da União (RJU), ou seja, não pertencentes ao quadro de servidores do MEC, são custeados por recursos do próprio hospital. Portanto, parte dos recursos a serem investidos no ensino, na pesquisa, na extensão e na assistência são transformados em folha de pagamento de pessoal terceirizado.

Nesse sentido, para além de toda a grandiosidade da instituição, expressa aqui em números, há alguns fatores que ‘impedem’ o alcance das características de um HU

com plenitude, como por exemplo, o financiamento. Até a década de 1960, os hospitais universitários do Brasil foram custeados pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC), desvinculados da produção de serviços.

Desta forma, o financiamento dos HU federais era definido na lógica de orçamento, sem um sistema contratual formal ou informal que vinculasse o repasse de recursos ao alcance de metas e ao cumprimento de compromissos com o sistema de saúde, confirmando sua missão primeira de ensino e pesquisa (CARMO, 2006, p.26).

Com a extinção dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's) e a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), pós 1964, expandiu-se em larga escala o montante de trabalhadores, autônomos e empregadores – contribuintes –, e, portanto, com direito à assistência médica da Previdência Social, via Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). A saúde pública demandou a ampliação dos convênios e contratos com a rede privada para atender a uma responsabilidade já do Estado. Inseridos num contexto de luta pela universalização da saúde, os Hospitais Universitários passam a compor a assistência médica da Previdência Social, ampliando o fluxo de dupla demanda na instituição: mantinha o atendimento aos chamados “indigentes” (aqueles não incorporados ao mercado de trabalho e, portanto, sem cobertura da previdência naquele período) e ofertava seus serviços também aos inseridos no mercado formal de trabalho (cobertos pela Previdência).

Os valores repassados pelo MEC já não são suficientes para arcar com as despesas de um hospital-escola que, aliado à crise econômica dos anos 1980 (inflação exacerbada), ampliam o déficit financeiro destes hospitais (CARMO, 2006). Esta crise

[...] resultou em retração de recursos destinados aos HUs pelo MEC, além desses se transformarem em “bode expiatório” da crise financeira nas universidades às quais pertenciam por serem unidades de custo mais elevado (CARMO, 2006, p.29).

Anos depois, como reivindicado pelo Movimento pela Reforma Sanitária<sup>75</sup>, a Constituição Federal de 1988 estendeu o direito à saúde de forma universal,

---

<sup>75</sup> A partir da luta do movimento pela reforma sanitária, que foi gerar a criação do SUS (Sistema Único de Saúde) na Constituição de 1988, a qual garantiu como princípio constitucional a igualdade de todos perante a lei, os HU's passam a integrar a rede SUS. Neste momento, eles passam a ter missão de hospital de ensino e assistência e a função é ser referência em assistência secundária e terciária para o SUS.

equânime e integral. Para tanto, foram estabelecidas leis de regulamentação do sistema único de saúde, as quais também têm diretrizes para os hospitais universitários<sup>76</sup>.

Essa posição do HU, financiado por Educação e Saúde é histórica: como vimos, até meados da década de 1970, os Hospitais Universitários Federais eram mantidos exclusivamente pelo MEC como parte da universidade, dentro da autonomia universitária.

Na década de 1970, o velho INAMPS quis fazer uma associação com os Hospitais Universitários transferindo a eles valores de acordo com o atendimento prestado a seus beneficiários. Foi uma luta inglória, pois os HU não queriam perder sua "autonomia", sua oportunidade de clientelismo, etc. Depois de muita tentativa passaram a receber por atendimento aos beneficiários num sistema hoje buscado por planos de saúde: três ou quatro portes clínicos e outros cirúrgicos, onde eram encaixadas todas as patologias e os recursos eram transferidos globalmente apenas baseados nestes portes de blocos (CARVALHO, sd, sp).

Como resultado, o MEC progressivamente reduziu seus investimentos nos HUs visto que estes contavam com financiamento do INAMPS (e depois MS). Desde o advento do SUS, o pagamento ficou com o Ministério da Saúde<sup>77</sup>. O desejo do MEC era passar os hospitais universitários para o orçamento da saúde o que impactaria sobre o cálculo dos recursos mínimos da saúde.

Para Carvalho (sd) a inclusão dos Hospitais universitários federais dentro do Ministério da Saúde não é adequada, pois resultaria em:

- 1) diminuição estimada em meio milhão de reais da saúde para outra área distinta que é a educação;
- 2) eterna crise incontornável, pois o MS nem conseguiu nas últimas décadas cuidar dos seus;
- 3) dúvida quanto à autonomia universitária dentro de outro ministério, que não o da Educação;
- 4) uma instituição com duplo comando (MEC e MS).

---

<sup>76</sup> Ar. 45 da Lei 8.080/90.

<sup>77</sup> Carvalho (sd) argumenta que o MS paga tabela diferenciada aos hospitais universitários na razão de 25, 50, 75% a mais do pago aos hospitais privados lucrativos e aos hospitais privados não lucrativos.

Ou seja, o HU é colocado como entre dois senhores: o MEC desejoso por repassar ao MS essa estrutura cara em sua análise, e o MS, na avaliação do CONASEMS e do CNS, não deve ficar com uma estrutura que é da Educação. Nessa disputa, os HUs são inseridos na rede de saúde.

Mediado pelos princípios de descentralização, regionalização e hierarquização da assistência, os HUs, ao integrarem à rede municipal e estadual de saúde, passam a estabelecer relações de pactuação com os três níveis de gestão, principalmente o estadual. Será nesse contexto, permeado também pela Reforma do Estado – e conseqüente redução da ação do poder público sobre as instituições sociais (saúde, educação, lazer, cultura, previdência), que o governo federal, aqui representado pelo MEC, paulatinamente, se desobriga da reposição da força de trabalho. Com isso, parte do recurso enviado pelo MEC e MS – para fins de cumprimento da missão do HU – seja gasto com pagamento de pessoal e compra de insumos de forma a manter a instituição em funcionamento (CARMO, 2006).

Nesse sentido, as diferentes facetas que atravessam o HU (ensino, pesquisa, assistência e extensão) não são lineares, mas sim formam um complexo emaranhado de **nós** a serem enfrentados. Destacaremos três **nós**: 1) a **falta de articulação entre ensino e assistência**, no qual conflitos de interesses entre as duas dimensões refletem sobre o serviço prestado. Ou seja, a assistência – parte constitutiva da formação de profissionais para a área da saúde – passa a uma dimensão que polariza e rivaliza com o ensino; 2) o **financiamento dos HUs**, visto as diferentes modalidades de repasse de verbas (pacto global, contrato de metas, entre outros), culminando em crise de proporções: social, assistencial, política, organizacional, financeira e de ensino; 3) a **desarticulação entre MEC e MS**, reforçando a disparidade de interesses envolvidos em um HU.

Evidencia-se que o poder nestes hospitais está esfacelado. A ordenação universitária – por departamentos –, potencializada pela lógica médica de se organizar em dezenas de especialidades, acabam criando instituições complexas de gerir. Em geral, os superintendentes, ou diretores clínicos, ou até mesmo os dirigentes do SUS, todos podem pouco em relação aos serviços universitários. A fragmentação atinge tal grau que, em muitas localidades, vários destes departamentos se autonomizaram tão radicalmente que se transformaram em novos

serviços – os famosos Institutos, como o Instituto do Coração (Hospital das Clínicas de São Paulo). Há exceção, mas em geral, esta autonomia excessiva não resulta necessariamente em progresso. Em alguns casos aproveitou-se desta liberdade para a livre criação de serviços com reconhecida excelência ética e técnica. Na maioria das situações, entretanto, identifica-se uma tendência de progressivo descompromisso dos docentes com a assistência, com o ensino e com a pesquisa. Boa parte dos professores de medicina – falta levantamento sobre isso – tem dupla atuação profissional<sup>78</sup>, combinando atividades privadas com obrigações públicas. Ultimamente, o público estaria sendo relegado ao segundo plano, de tal maneira que a assistência nesses hospitais passou a ser realizada predominantemente por residentes; e o ensino diretamente supervisionado por professores, em conseqüência, tenderia a recuar para aulas expositivas ou discussões semanais de casos clínicos. Em regra geral, a convivência diária do professor com o aluno reduziu-se em qualidade e quantidade (CAMPOS, 1999).

Diante da dualidade ensino x assistência, tem-se um paradoxo, como aponta Lima (2004): não é possível escolher uma ou outra alternativa, mas sim tem-se a necessidade de transitar melhor entre as duas. E declara:

[...] a forma dicotômica de tratamento do ensino e da assistência tenderia a interpretar que a questão está polarizada *entre* duas posições. E no tratamento tradicional dado à questão, estar entre duas possibilidades (...) significa não ser nem um nem outro, e estar no meio significa não ter concluído a tarefa. (...) o entre despotencializado é o entre capturado por duas totalidades opostas, é o entre reportado a idealidades esterilizantes (LIMA, 2004, p.53).

Ou seja, o HU tem por prerrogativa manter as frentes de ensino e assistência em andamento, de forma articulada e indissociada. Optar por apenas uma delas significa romper com a atividade fim da instituição, a qual se caracteriza por um espaço teórico-prático de formação profissional, mas também como parte de uma rede de assistência fundamental ao processo de constituição dessa formação.

Os nós apontados anteriormente configuram a instabilidade vivenciada pelos HUs, sobretudo pela situação crônica instalada sobre os mesmos, em especial nos aspectos de gerência, recursos humanos e financeiros. Para além dos vínculos ministeriais e da difícil tarefa de conciliar recursos e despesa, uma especificidade

---

<sup>78</sup> Em muitos casos o vínculo de trabalho é de 20 horas.

relevante no HU é a realização da dupla tarefa primária, de ensino e assistência, “caracterizando-se como espaço teórico-prático de formação de profissionais de saúde e como parte de uma rede de assistência, onde pessoas demandam atendimentos de saúde de vários níveis e complexidade” (LIMA, 2004, p.51).

O hospital universitário torna-se assim, *lócus* privilegiado de observação tanto das questões de ensino como da assistência. É neste espaço que circula diariamente a pressão pela cobertura dos serviços, bem como a exigência acadêmica da coordenação de ensino e pesquisa – além da pressão de discentes e docentes. Lima (2004) afirma que

[...] Os hospitais universitários atuam, muitas vezes, de forma descontextualizada da realidade de saúde, e o tempo do profissional dentro do hospital é o tempo permitido pelos demais vínculos de que dispõe. Desse modo, o “paciente” está disponível para o tempo possível do profissional e não para o tempo que o SUS remunera (LIMA, 2004, p.53).

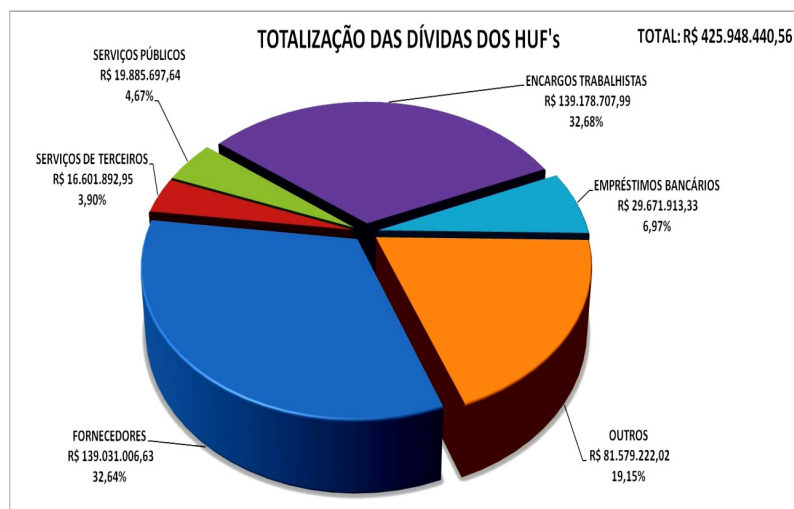
A precarização das instituições públicas de ensino, aliadas às múltiplas jornadas de trabalho, apontadas por Lima (2004), são acrescidas de outros fatores: a falta de concurso público para contratação, pelo MEC, de recursos humanos vem gerando uma enorme terceirização da mão-de-obra dos HUs. Segundo Pillotto (sd), dados da ANDIFES mostram que em 2007 quase 45% do financiamento era usado para pagamento de pessoal terceirizado (celetista) e já eram necessárias 5 mil novas vagas para quadro técnico-administrativo. Por outro lado, ocorre a diminuição do financiamento via governo federal<sup>79</sup>, resultando na busca dos hospitais por mais dinheiro via SUS, assumindo para isso metas nem sempre possíveis de serem cumpridas. Começa também a busca de financiamento através de doações e parcerias (Amigos do HU, por exemplo).

Hoje os Hospitais Universitários apresentam: quadro de servidores insuficientes, fechamento de leitos e serviços, sucateamento, contratação de pessoal via fundação de apoio (terceirizados e estagiários) e a subutilização da capacidade instalada para alta complexidade. Além disso, o MEC aponta que apenas os HUs federais acumulam um déficit total de 30 milhões/ano (diferença entre o produzido e o pago),

---

<sup>79</sup> Para a Associação Nacional dos Diretores de IFES (ANDIFES), a dívida dos hospitais seria, em 2003, de R\$303 milhões e, para o MEC/MS, seria de R\$230 milhões. Segundo a ANDIFES, em outubro de 2007 os Hospitais vivem uma situação de “equilíbrio estável” com a dívida chegando a R\$440 milhões. É sempre válido lembrar que em 2007 os gastos governamentais com a dívida pública, externa e interna, foram de R\$237 bilhões. No mesmo ano, o investimento em saúde foi de R\$40 bilhões (PILLOTO, sd).

resultante dos valores defasados da tabela SUS, levando a uma dívida acumulada de 425 milhões de reais (Gráfico 04) mais do que todo recurso alocado pelo Banco Mundial para o REHUF (CISLAGHI, 2010).



#### GRÁFICO 04 – TOTALIZAÇÃO DAS DÍVIDAS DOS HUs FEDERAIS

FONTE: (BRASIL, 2009a).

Diante desse cenário crescem as propostas de gestores locais e governantes políticos para a flexibilização da captação de recursos<sup>80</sup>, como também para a desvinculação dos Hospitais de Ensino das universidades, já que o Ministério da Educação (MEC) não considera a função de “assistência” como sendo de sua alçada<sup>81</sup>. A via de “salvação” dos HU’s – argumenta o governo federal – seria a criação das Fundações Estatais de Direito Privado, defendidas inicialmente pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG) e, em seguida, pelo MS como unidades gestoras dos hospitais<sup>82</sup>. Tais propostas foram rejeitadas pelas entidades que se articulam na defesa do projeto histórico do SUS e expressas na 13ª Conferência Nacional de Saúde (2007), que rejeitou por maioria de delegados a

<sup>80</sup> No ano de 2001, se previa a venda de 25% dos leitos dos hospitais universitários. Esta privatização geraria ainda mais sucateamento para as áreas do hospital que continuassem públicas. A proposta foi barrada depois de uma greve de mais de 100 dias, organizada por trabalhadores técnico-administrativos, estudantes e docentes.

<sup>81</sup> Essa proposta surgiu no Projeto de Lei 7200/05, chamado de “Reforma Universitária”, que hoje se encontra em tramitação no Congresso Nacional.

<sup>82</sup> Para os formuladores das propostas áreas como saúde, previdência, educação, turismo e assistência social não são de responsabilidade exclusiva do Estado e, portanto, devem ser repassadas à gestão do mercado (MOÑTANO, 2002).

proposta da Fundação Estatal<sup>83</sup>. Entretanto, permanece latente na conjuntura neoliberal a intenção de repasse da área social ao mercado.

É nítida a necessidade de medidas governamentais que possam alterar a realidade destas instituições: reestruturá-las sem, contudo, perder o foco da atribuição do Estado em prover os serviços sociais à comunidade, de forma universal e integral. Todavia, para entender os objetivos desta reestruturação é preciso inicialmente contextualizar o hospital universitário no que tange a sua representatividade no país.

Os HUs representam 2,55% da rede hospitalar brasileira, 10,3% dos leitos SUS, 11,8% das AIHs (R\$1.346.123,00), 11,62 % da produção ambulatorial, R\$ 481 milhões/ano FIDEPS, 25,6% dos leitos de UTI, sendo responsável por 37,56\$ dos procedimentos de alta complexidade (LOPEZ, 2005b)<sup>84</sup>. Respondem por cerca de 50% das cirurgias cardíacas, 70% dos transplantes e 50% das neurocirurgias ocorridas no país.

Permanece uma crise, ou como definida por Lima (2004) uma “situação crônica”, percebida de diferentes maneiras, nos HUs que assume múltiplas dimensões (LOPEZ, 2005b): a organizacional, a do ensino, a assistencial, a política, a financeira e a social. Tais dimensões não são independentes entre si, mas sim interligadas, onde o sucesso ou o conflito em uma área reflete significativamente nas outras.

---

<sup>83</sup> Graneman (2007, p. 8), abordando essa questão, retrata uma cena ocorrida nesta CNS: “A compreensão do projeto privatizante contido nas fundações de direito privado foi, certamente, a razão que levou a massa de 5.000 participantes da Conferência a se ausentarem do Plenário quando o Ministro da Saúde José Gomes Temporão iniciou sua conferência, logo após a abertura do evento. Visivelmente irritado com o esvaziamento do auditório o Ministro pediu/ordenou que todos tomassem seus assentos. Diante da recusa do plenário, o Ministro informou que tinha mais trabalho a fazer e que iria para casa se os delegados não o quisessem ouvir. Seus apelos não foram suficientemente fortes e no plenário restaram duas centenas de delegados. Para os delegados participantes, esta seria apenas a primeira de uma série de manifestações da esmagadora maioria contrária ao projeto de fundação de direito privado [...] a proposta de fundação de direito privado foi derrotada nos 10 grupos da conferência nacional – a continuidade da discussão foi inviabilizada pelo próprio governo/executivo quando encaminhou para o Congresso Nacional o projeto de Lei Complementar 92/ 2007 sobre as fundações sem ao menos discuti-lo com o Conselho Nacional de Saúde.”

<sup>84</sup> **AIHs** – Autorização de Internação Hospitalar. Instrumento que autoriza e registra no SUS todas as internações realizadas, bem como os procedimentos. É possível a partir desta reconhecer os valores pagos pelo SUS aos prestadores hospitalares públicos ou privados (BRAGA NETO, 2008).

**FIDESP** – Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa. Criado pela Portaria SNES/MS/1991 atribuía um percentual a ser repassado aos hospitais de ensino, independente de critérios. Tinha por objetivo estreitar os laços entre os hospitais de ensino à rede de saúde SUS. Nos anos seguintes foram lançados critérios de seleção para o repasse, uma vez que o objetivo fim não foi alcançado. O FIDESP foi extinto pela Comissão Interinstitucional para Reestruturação dos Hospitais de Ensino (BRASIL, 2004e).

Aqui destacaremos as dimensões organizacional, assistencial e de ensino. A **dimensão Organizacional** define o lugar ocupado pelo Hospital no conjunto da rede de serviços, ou seja, lugar da alta tecnologia no cuidado em saúde. Importa destacar que as atenções do Ministério da Saúde, em termos de investimentos, concentram-se na atenção básica, ou seja, o espaço ocupado pelos HUs não se encontra entre as prioridades da política de saúde (CAMPOS, 2007a). Na educação, o mesmo ocorre, onde o MEC repassa gradativamente, a educação superior à iniciativa privada, por meio do não investimento e sucateamento das instituições de ensino.

Na dimensão propriamente **Assistencial** pode-se enfatizar o modo de organização do trabalho desenvolvido no âmbito hospitalar. O foco coloca-se sobre o modelo clínico, fragmentação do objeto de trabalho (doença e doentes) e divisão sócio-técnica do trabalho (um exemplo, o trabalho médico em especialidades e subespecialidades). Resgatar a integralidade do cuidado ao indivíduo, promovendo a rearticulação do trabalho parcelado, ao tempo em que se promove uma requalificação das relações entre profissionais de saúde e usuários do sistema, com base em valores como respeito e dignidade é um de seus pontos críticos.

A dimensão do **Ensino**, representado nos hospitais que se constituem em espaço de ensino-aprendizagem das diversas profissões de saúde, em geral reproduz o modelo médico-assistencial hegemônico, com todos os seus corolários em termos da divisão técnica do processo de trabalho, fragmentação dos objetos e dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, emoldurados pela perda da qualidade na relação dos profissionais de saúde com os pacientes. Nessa dimensão situa-se o enorme desafio de mudança na formação do pessoal de saúde, que vem sendo problematizado de diversas formas, desde o debate sobre as reformas curriculares até a introdução de inovações pedagógicas no processo de ensino-aprendizagem.

Tudo isso tem implicações, evidentemente, na **dimensão Social**, à medida que a população usuária da atenção hospitalar sofre os efeitos das políticas e processos referidos acima, quer se evidenciem na dificuldade de acesso a determinados serviços, quer na baixa qualidade da assistência hospitalar ou mesmo na falta de atenção a que são sujeitos, o que contribui para a insatisfação e elevação das pressões sociais e políticas por mudança, ainda que grande parte da população

desconheça as alternativas que vem sendo discutidas no âmbito dos serviços e da academia.

Diante dessa miscelânea de questões, os ministérios envolvidos tem lançado alternativas políticas e técnicas para os Hospitais Universitários (LOPEZ, 2005b). Com interesses e funções ao mesmo tempo distintas e complementares, Saúde e Educação vêm se articulando nos últimos anos para estabelecerem um diálogo e ações conjuntas no que tange à formação de recursos humanos para a saúde e a prestação de serviços da assistência especializada no HU. É preciso ressaltar que as ações dos ministérios envolvidos não estão deslocadas do projeto societário neoliberal vigente, e por isso, visualizam nas medidas lançadas o alcance também das propostas (impostas) pelo mercado internacional, sobretudo pressionados por órgãos financeiros, os quais priorizam os cortes dos gastos públicos em nome da economia. Essa dinâmica pode ser ilustrada através do trabalho desenvolvido pelas secretarias de ambos os Ministérios, conforme se segue.

O Ministério da Saúde criou em 2003 a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), a qual tem por finalidade participar da formulação e implementação das políticas de atenção básica e especializada, observando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta secretaria subdivide-se em SGTES (Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde) e DEGES (Diretoria de Gestão do Ensino em Saúde), ambas atuantes no processo de reestruturação dos HUs (BRASIL, 2009a).

No MEC, a Secretaria de Educação Superior (SESU) é a unidade responsável por planejar, orientar, coordenar e supervisionar o processo de formulação e implementação da Política Nacional de Educação Superior. A manutenção, supervisão e desenvolvimento das instituições públicas federais de ensino superior (IFES) e a supervisão das instituições privadas de educação superior, conforme a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), também são de responsabilidade da SESU (BRASIL, 2009c).

A SESU está subdividida em Diretorias e entre elas está a Diretoria de Hospitais Universitários e Residências em Saúde, que instituiu, junto com o MS em 2003, por meio da Portaria Interministerial 562, a Comissão Interinstitucional de

Reestruturação da Rede Hospitalar de Ensino<sup>85</sup>. A Comissão tem por objetivos normativos: avaliar e diagnosticar a situação dos HUs no Brasil, visando reformular e/ou reorientar a política nacional para o setor, considerando a necessidade de melhoria financeira, estrutural, organizativa e de gestão; e, definição do papel / inserção do HUs no SUS (LOPEZ, 2005b)<sup>86</sup>. Nesse sentido o discurso governamental aponta como tópicos de trabalho desta Comissão (LOPEZ, 2005b):

- o novo papel reservado aos HUs (na saúde, no ensino e na pesquisa);
- a relação dos hospitais com o SUS (inserção, regulação e integração no SUS);
- os desenhos organizacionais e de gestão (autonomia, eficiência e eficácia gerencial);
- o modelo de financiamento (global/por contrato de gestão);
- a democratização e gestão participativa; e
- a revisão e certificação dos HUs.

Os objetivos e tópicos apontados pelo governo têm como foco atingir as funções de um hospital escola, que são: atuar como centros qualificados de apoio ao ensino das unidades acadêmicas da área da saúde, geradores de novos conhecimentos, fomentadores de ações científicas com relevância acadêmica e impacto social; prestadoras de assistência à saúde com excelência e integradas às demandas do Sistema Único de Saúde e da sociedade; desenvolvendo práticas modernas de gestão comprometidas com resultados (BRASIL, 2009c).

---

<sup>85</sup> A comissão foi composta por representantes das seguintes instituições governamentais e da sociedade civil: Ministérios da Saúde, da Educação, da Ciência e Tecnologia e do Planejamento, Orçamento e Gestão; Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior (Andifes); Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (Abrahue); Associação Brasileira de Educação Médica (Abem); Associação Brasileira de Enfermagem (Aben); Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass); Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems); Associação Brasileira de Reitores de Universidades Estaduais e Municipais (Abruem); Direção Nacional dos Estudantes de Medicina (Denem); e Executiva Nacional dos Estudantes de Enfermagem (Eneenf).

<sup>86</sup> A Comissão instituiu as Portarias que norteiam o processo de Reestruturação dos HUs:

- Portaria Interministerial nº 1000 de 15 abril de 2004 (BRASIL, 2004a);
- Portaria Interministerial nº1005 de 27 de Maio de 2004 (BRASIL, 2004b);
- Portaria Interministerial nº 1006 de 27 de maio 2004 (BRASIL, 2004c);
- Portaria Interministerial nº 1702 de agosto de 2004 (BRASIL, 2004d);
- Portaria Interministerial nº 2400 de 02 de outubro de 2007 (BRASIL, 2007a).

Para os Ministérios da Saúde e Educação, o Programa de Reestruturação da Rede Hospitalar de Ensino, tem por diretrizes (BELTRAME, 2008):

- Ampliação da oferta de serviços;
- Correção das iniquidades regionais;
- Investimento em linhas de cuidado, na promoção e prevenção da saúde;
- Democratização da gestão;
- Transparência na aplicação e fiscalização de recursos;
- Pactuação com gestores estaduais e municipais;
- Rediscussão do papel, das responsabilidades e da participação dos estados e municípios no financiamento;
- Racionalização e modernização gerencial;
- Política de gestão e desenvolvimento de pessoal;
- Instrumentos de acompanhamento e avaliação de serviços e da gestão;
- Planejamento participativo e contratualização;
- Produção científica e de pesquisa;
- Inovação e incorporação de tecnologias em saúde.

Nota-se que as diretrizes relacionadas acima apontam em direção a um novo formato de gestão, organizado em torno da dimensão técnico-gerencial. Indicam, portanto, o posicionamento do governo quanto às causas da desestruturação dos hospitais universitários – trata-se do discurso do mau gerenciamento, como apontam os adeptos à desestatização dos espaços públicos. A postura do governo mascara o contexto de restrição e deterioração das ações do Estado neoliberal vigente – como resultado das imposições das agências financeiras internacionais (FMI e Banco Mundial) – ou seja, perde-se nesse posicionamento governamental as abordagens políticas e sociais presentes no contexto da gestão, que podem (e devem) direcionar, moldar e condicionar os rumos da instituição.

As ações do governo em prol da reestruturação do HU não estão desconectadas do projeto societário dominante e por isso é preciso contextualizar o período em que a proposta de Reestruturação dos Hospitais Universitários começa a ser pensada. O ano de 2003 é marcado por diferentes fatores, na área da saúde, educação e também na conjuntura política do país. Dessa forma, 2003 inicia-se com

expectativas na área política, visto a passagem do poder presidencial ao bloco até então considerado como oposição (PT). O governo Lula trazia consigo a esperança de mudanças significativas na estrutura econômica e social brasileira, sobretudo contra os aspectos neoliberais presentes no país desde o governo Collor, que por meio de ajuste fiscal, flexibilização, focalização, redução do Estado e privatizações de áreas rentáveis ao mercado, moldavam o país aos interesses internacionais e deixavam internamente uma vasta precarização dos direitos sociais. Os aspectos de desestruturação do país e desarticulação do setor público se alastrava por diversas áreas, entre elas a educação superior, e nesta os HUs, que diante do déficit orçamentário e de pessoal, além da precarização do espaço físico e estrutural rumavam ao caos. Iniciava-se então as discussões governamentais pela Reforma Universitária que no ano seguinte (2004) culminaria com a aprovação da Lei Orgânica da Educação Superior, criação da Comissão Especial de Avaliação, criação do Sistema Nacional de Educação Superior (SINAES), aprovação do projeto de cotas e do PROUNI<sup>87</sup> (MANCEBO, 2004).

Todas estas inovações na educação estavam sob o discurso governamental de impedir o empobrecimento das missões da universidade e a mercantilização da produção do conhecimento, ainda que os mais críticos já pudessem concluir que o governo Lula manteve nos seus primeiros 20 meses de atuação – ao contrário de seu discurso eleitoral – os marcos fixados pelo neoliberalismo de um Estado regulador e mantenedor da ordem, subsidiando assim os espaços privados. Nesse sentido as reformas na educação, mais do que afastamento do Estado, prevêm uma reconfiguração da oferta do ensino superior (MANCEBO, 2004).

Na saúde, 2003 é também o ano da 12ª Conferência Nacional de Saúde, sob o tema “Saúde: Um Direito de Todos e Dever do Estado – a saúde que temos, o SUS que queremos”. A Conferência deixou como propostas o fortalecimento do HU enquanto espaço de atuação 100% SUS, devendo assim garantir e ampliar o controle social sobre suas ações, bem como estreitar as relações com os gestores locais no sentido do ensino, pesquisa e atenção à saúde, demarcando firmemente a separação entre o público e o privado (BRASIL, 2004f). Entretanto, na conjuntura do país, a saúde,

---

<sup>87</sup> A Reforma Universitária não é o foco deste estudo, todavia é certo que tal dimensão atravessa o processo de reestruturação dos HUs. Portanto, recomenda-se a leitura de Mancebo (2004).

bem como os demais serviços sociais de cunho público, vem sofrendo as conseqüências de um Estado mínimo e mantenedor dos acordos firmados junto à órgãos internacionais com Banco Mundial e FMI – o que na prática impede a execução das propostas da Conferência Nacional referida.

É nesse cenário de restrição financeira e queda no desempenho dos HUs que o trabalho da Comissão Interinstitucional de Reestruturação da Rede Hospitalar de Ensino teve continuidade com o processo de certificação dos hospitais como Hospitais Universitários de Ensino, tendo por base as portarias interministeriais (MEC e MS) 1000/2004 e 1006/2004, em que os hospitais enquadrados como de ensino fariam jus a uma nova modalidade de contratualização com o SUS. Esta contratualização envolve definição de metas junto a gestores locais do SUS, assim como remuneração global a partir de pactuações nos campos da prestação de serviços, pesquisa e ensino.

Foram definidos critérios de certificação dos hospitais de ensino, baseados nos eixos de integração docente-assistencial, participação na rede de serviços do SUS e manutenção de mecanismos gerenciais e organizativos. Ser reconhecido como um hospital de ensino requer cumprir algumas exigências, como: abrigar programas de residência médica e multiprofissional, garantir acompanhamento docente para os estudantes de graduação, manter as atividades de internato, abrigar atividades de pesquisa no hospital, manter, no mínimo, 70% dos leitos destinados a pacientes do SUS, entre outras (BRASIL, 2004a).

Uma vez certificados, os HU's foram incluídos no Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do SUS e assim iniciaram um processo de pactuação com os respectivos gestores de saúde (estadual e municipal), de metas relacionadas à produção de serviços e às atividades de ensino, de pesquisa e de avaliação tecnológica voltadas para as necessidades do sistema de saúde – a contratualização (LOBO et al, 2009). Por meio da contratualização com os gestores estaduais/municipais, o mecanismo de financiamento foi alterado e os procedimentos de média complexidade são repassados via orçamento global, conforme a pactuação firmada, sendo que os serviços de alta complexidade permanecem com o pagamento condicionado à produção.

Pela contratualização o representante legal do hospital de ensino e o gestor do SUS estabelecem, pelo Plano Operativo Anual (POA)<sup>88</sup>, metas qualitativas e quantitativas do processo de atenção à saúde, ensino, pesquisa e gestão. Essas metas devem ser acompanhadas por um Conselho Gestor da Instituição e pela Comissão de Acompanhamento de Contrato do governo federal. Portanto,

A contratualização constitui-se na ferramenta de compromisso entre hospitais e secretarias em relação às diretrizes colocadas no Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino nos campos da assistência, da gestão, do ensino, da pesquisa e da avaliação tecnológica em saúde (LIMA, 2009, p.35).

Paralelo ao processo de reestruturação dos hospitais, medidas de contenção e segregação entre ensino e assistência tiveram continuidade no cenário dos HUs. Em 2008, o MEC lançou a portaria 04/2008, que determina a criação das Unidades Gestoras e Orçamentárias dos hospitais, sob a justificativa de maior controle das entradas e saídas de recursos dos HUs, bem como do patrimônio e da força de trabalho. Contrariando o discurso governamental, é preciso destacar que a cisão entre Hospitais Universitários da estrutura das Universidades traz em seu cerne a iniciativa de desresponsabilização do MEC com os HUs, construído sob alegação de autonomia administrativa alcançável através das fundações de direito privado. Essas fundações estatais têm personalidade jurídica de direito privado, sob o pretexto de que dessa forma terão mais autonomia e eficiência para prestar os serviços de saúde no lugar do Estado.

Em 2010, para a continuidade de ações que regulamentam a reestruturação dos HU's, foi elaborado o Decreto Nº 7.082/2010, que institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais – REHUF – o qual tem em seu texto o discurso de “criar condições materiais e institucionais para que os HU's federais possam desempenhar plenamente suas funções na dimensão de ensino, pesquisa, extensão e na dimensão de assistência à saúde” (BRASIL, 2010c, sp). O Decreto assinala o papel e as funções cabíveis aos Ministérios envolvidos (MEC, MS e MPOG) e reforça as diretrizes sobre as quais o REHUF está assentado, a saber:

---

<sup>88</sup> O POA, elaborado conjuntamente entre gestores do SUS e do hospital, especifica o que fazer e como fazer para alcançar os objetivos propostos entre hospital e secretarias de saúde. Expressa o que a Secretaria compra do hospital e o que ele se compromete a atingir (quantitativo e qualitativo).

- Instituição de mecanismos adequados ao financiamento, progressivamente e igualmente compartilhados entre os Ministérios da Saúde e Educação até 2012;
  - Melhorias no processo de gestão;
  - Adequação da estrutura física;
  - Recuperação do parque tecnológico;
  - Reestruturação do quadro de recursos humanos;
  - Aprimoramento das atividades, avaliação permanente das mesmas;
- e,
- Incorporação de novas tecnologias no tocante à ensino, pesquisa e assistência.

Observa-se que o financiamento dos hospitais de ensino é destaque no texto do Decreto Nº 7.082, que estipula a partilha igualitária entre MEC e MS nas despesas dos HU's<sup>89</sup>, em que Saúde e Educação necessitam de uma programação orçamentária, de forma a cumprir as parcelas cabíveis, respectivamente. Há nesta partilha a intencionalidade do MEC em reduzir sua participação no orçamento dos HUs, ao passo da ampliação de receita do MS. Subjaz aqui a intenção de esquivar das responsabilidades financeiras e/ou despesas do HU, numa lógica em que educação e saúde são por demais dispendiosas ao governo.

Os discursos dos Ministérios da Saúde e da Educação apontam que o alcance desta reestruturação requer alterações significativas no parque tecnológico, na estrutura física, no quadro de pessoal, no processo de avaliação e na participação de atores externos à instituição. Trata-se assim, de mudanças consideráveis no processo de gestão dos HU's e para tanto será preciso uma “pactuação global” de metas entre ministérios da Saúde; Educação e Cultura; e, de Planejamento, Orçamento e Gestão (BRASIL, 2010c). Há, portanto, nesta proposta, um redesenho dos hospitais universitários, em especial no aspecto financeiro e na multiinstitucionalidade que os envolve. O REHUF sugere, nas entrelinhas, uma alteração e um embate na

---

<sup>89</sup> O Decreto estipula a progressão dos percentuais de cada Ministério envolvido, até que em 2012 ambos contribuam de forma igual. Para fins de financiamento serão consideradas despesas dos HU's o montante das despesas correntes alocadas para esses hospitais, bem como as custas para sua reestruturação e modernização, excluindo-se deste montante as despesas com inativos e aposentados (BRASIL, 2010c).

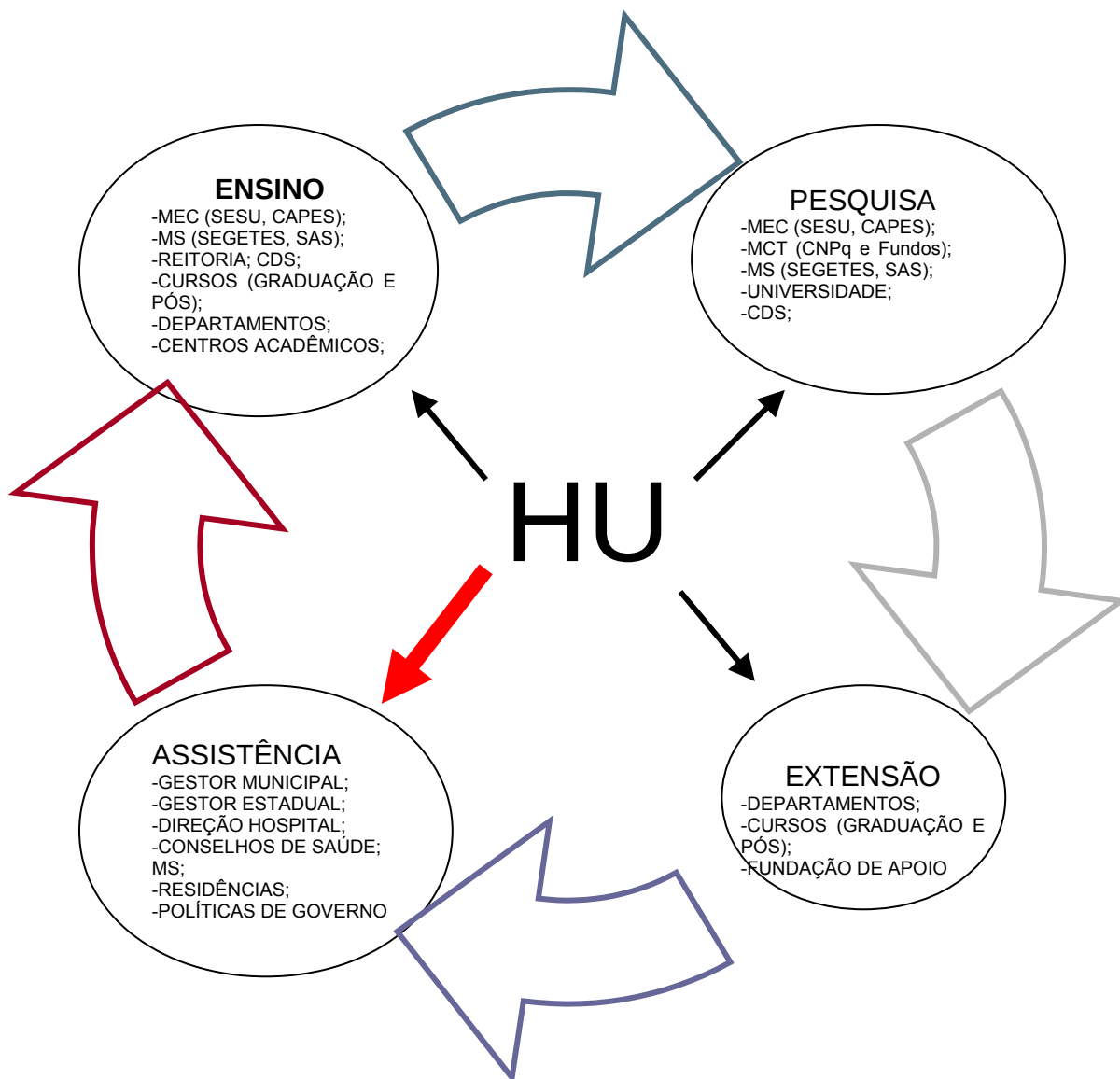
discussão de quem é o dono do HU. Ao determinar a partilha entre MEC e MS o governo aponta para um modelo de hospital escola, em que amplia o aspecto da assistência, enquanto reduz o papel da formação, do ensino e da pesquisa. O ensino mantém-se esfacelado enquanto a assistência é utilizada como moeda de troca.

Ainda na tentativa de redesenho dos hospitais universitários, o MEC junto ao MPOG, elaboram a Medida Provisória nº 520, assinada em 31 de dezembro de 2010, a qual autoriza o poder executivo a criar a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. (EBSERH), que tem, entre outras competências, administrar unidades hospitalares, bem como prestar serviços de assistência médico-hospitalar e laboratorial à comunidade, no âmbito do SUS (BRASIL, 2010f). Sob a justificativa de maior autonomia no uso dos recursos, legalização dos contratos de trabalho e aprimoramento do processo de gestão das instituições de ensino e saúde, o governo Lula se despede de seu mandato deixando a herança das Fundações Estatais de Direito Privado, ainda que sob nova roupagem: as EBSERH.

O conjunto de medidas adotadas (e acima resumidas) para a “reformas” pretendidas na gestão dos hospitais públicos fazem parte do relatório do Banco Mundial que aponta a ineficiência e o alto custo dos hospitais federais decorrentes da burocracia e dos empecilhos da legislação brasileira. “As saídas são nossas velhas conhecidas desde o início dos anos 1990: ‘soluções’ gerenciais e administrativas para um problema social (GRANEMAN, 2007).

Explicita-se aqui a que projeto societário essas medidas se alinham. Logo, o HU vive hoje a luta cotidiana no interior de cada instituição de manter o equilíbrio do tripé: atenção à saúde; educação e desenvolvimento de recursos humanos; e, produção de conhecimento e a pressão por produção de assistência de alta complexidade demandada pelo SUS e as diretrizes do REHUF. Como apontado na Figura 01, a prestação da assistência torna-se aspecto de relevância na dinâmica do HU, sobretudo pelo retorno financeiro obtido –, fator este imprescindível à sobrevivência do hospital. Tem-se assim uma disparidade entre as frentes de atuação do hospital universitário, pois as mesmas são independentes entre si, atuando cada uma de

acordo à sua função e interesse, o que aponta apenas uma “conexão” isolada com o hospital universitário e não um entrelaçamento amplo entre as partes.



**FIGURA 01. FRENTES DE ATUAÇÃO E ATORES ENVOLVIDOS EM UM HU.**

A existência da multiplicidade de instituições, objetivos e interesses em torno dos HUs resulta em conflitos, crises e tensões que dificultam alcançar os objetivos fins de uma instituição como um hospital de ensino. A gestão deste se torna complexa e dependente de uma série de fatores, que exigem o envolvimento de diversos atores e sujeitos, estes com aspectos próprios de cada um que se inter cruzam para além das exigências do MEC e MS.

Entretanto, não é difícil compreender que os conflitos existentes em torno da gestão dos HU's é também reflexo da não efetivação plena do SUS, conforme elaborado e defendido pelo Movimento da Reforma Sanitária a partir de um embate de forças nas décadas de 70 e 80. E importa ressaltar que apesar de avanços conquistados com a promulgação das leis 8.080 e 8.142 – que determinam como diretrizes o controle social, a universalização, a equidade e a integralidade da saúde –, permanece na prática ideais do projeto político direcionado ao jogo do capital, com vistas ao lucro e à acumulação financeira.

Considerar a diversidade de atores envolvidos na gestão de um HU é ponto de partida deste estudo e para tanto, torna-se necessário, neste momento, descrever o Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes, *locus* desta pesquisa.

### **3.1.1 O HUCAM como espaço do ensino e da assistência**

*O Hospital Universitário começou como um sonho (COSTA, 1997, p. 7)*

A frase acima foi proferida por um dos professores do Centro Biomédico da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) – Olívio Louro Costa – em entrevista ao jornal da mesma instituição. Referia-se ao sonho de transformar o antigo Sanatório Getúlio Vargas<sup>90</sup> em hospital de ensino, já na década de 1960, quando o curso de medicina da UFES se iniciava, apresentando muitas dificuldades quanto ao espaço e autonomia para o ensino prático<sup>91</sup>. A conquista do Sanatório envolveu estudantes, reitor, diretor da faculdade de medicina, médicos, políticos, militares e o governo do Estado<sup>92</sup>. Após greves e longos diálogos com o governador da época – Christiano Dias Lopes – pactuou-se um convênio, em 1967, entre governador, diretor da faculdade de medicina e reitor da UFES, no qual o Sanatório passava à

---

<sup>90</sup> O Sanatório datava de 1935 e tornou-se alvo de interesses para a consolidação do Hospital de Clínicas por sua proximidade geográfica com a escola de medicina, sua ampla estrutura física e o combate ao confinamento dos pacientes com tuberculose (COSTA, 1997).

<sup>91</sup> Retrata aqui a publicização dos campos de prática em vários locais, como por exemplo, o Hospital São Pedro, também localizado no município de Vitória/ES.

<sup>92</sup> Havia em jogo interesses contrários de alguns políticos, tendo em vista que por muitas vezes a internação no Sanatório foi moeda de troca junto aos seus eleitores. Além disso, o governo do estado negociava a venda do Sanatório à Fundação Hospitalar, o que dificultaria sobremaneira as negociações (COSTA, 1997).

Universidade<sup>93</sup>, por meio de permuta com o Estado<sup>94</sup>. Costa (1997) retrata a ocupação, não sem obstáculos financeiros e estruturais, da área do hospital. A verba oferecida pela reitoria não permitia o pleno funcionamento dos leitos e o atendimento obedecia ao calendário letivo dos alunos – rotina que de certa forma permanece até a atualidade. Destaca ainda o convênio com o governo federal, por meio do INAMPS (e posteriormente com o SUS) como um avanço em termos de financiamento. Somente em 1979 assinou-se um documento definitivo quanto à posse do espaço. Tornou-se assim o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina, depois Hospital Universitário de Maruípe e finalmente Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes – HUCAM (COSTA, 1997).

Hoje o HUCAM é um órgão suplementar da reitoria da Universidade Federal do Espírito Santo e devidamente certificado como hospital de ensino, conforme as portarias estabelecidas pelo MEC. É caracterizado na rede de saúde do estado como hospital geral de grande porte (Grau III), em que atua com capacidade para 281 leitos<sup>95</sup> e 128 consultórios, os quais oferecem inúmeras especialidades<sup>96</sup>. Como um hospital 100% SUS, dentro da ótica de regulação de leitos e de especialidades, o HUCAM é referência para atendimentos de média a alta complexidade no território capixaba e interior dos estados limítrofes (Bahia, Minas Gerais) (HUCAM, 2008).

No quesito ensino, o HUCAM é espaço de graduação para os cursos integrados à saúde (hoje o hospital atende aos cursos de graduação de Medicina, Nutrição, Enfermagem, Farmácia, Terapia Ocupacional, Psicologia, Serviço Social, Fisioterapia, Fonoaudiologia) além dos 115 residentes (ano)<sup>97</sup> de medicina

---

<sup>93</sup> Importa frisar que o convênio também estabelecia que o hospital não poderia abdicar de atender aos tuberculosos (COSTA, 1997).

<sup>94</sup> Foram negociados terrenos e imóveis da universidade (COSTA, 1997).

<sup>95</sup> De fato o HUCAM possui 281 leitos cadastrados no CNES, mas apenas 235 estão ativos. O fechamento de leitos tem como causa principal a falta de recursos humanos.

<sup>96</sup> As enfermarias e os ambulatórios oferecem em seu conjunto os seguintes serviços assistenciais: Anatomopatologia; Anestesiologia; Cardiologia; Cirurgia Cardíaca e Torácica; Cirurgia Geral, Cirurgia do Aparelho Digestivo; Cirurgia de Cabeça e Pescoço; Cirurgia Pediátrica; Cirurgia Plástica Reparadora; Cirurgia Vascular; Clínica Médica Geral; Clínica Vascular; Dermatologia; Diálise (peritoneal e hemodiálise); Endocrinologia; Endoscopias; Fonoaudiologia; Fisioterapia; Gastroenterologia; Genética; Geriatria; Ginecologia; Hematologia e hemoterapia; Hemodinâmica; Infectologia; Nefrologia; Neurologia; Nutrição e Dietética; Obstetrícia; Oftalmologia; Onco-hematologia; Ortopedia; Otorrinolaringologia Geral; Pediatria; Ambulatório de Especialidades e Pronto Socorro; Psicopedagogia; Pneumologia Geral; Reumatologia; Saúde Mental; Urologia e UTI (HUCAM, 2008).

<sup>97</sup> Dados 2010. Este número é variável.

(espalhados em diversas áreas) e os 24 residentes (ano) do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (criado em 2010). Também no HUCAM o ensino se materializa por estudantes de pós-graduação<sup>98</sup> (*lato e stricto sensu*), pesquisas e projetos de extensão.

Enquanto espaço de trabalho, o HUCAM comporta 1.921 funcionários, estes com diferentes vínculos empregatícios, conforme Tabela 08.

**TABELA 08– FUNCIONÁRIOS HUCAM CONFORME VÍNCULO / 2010**

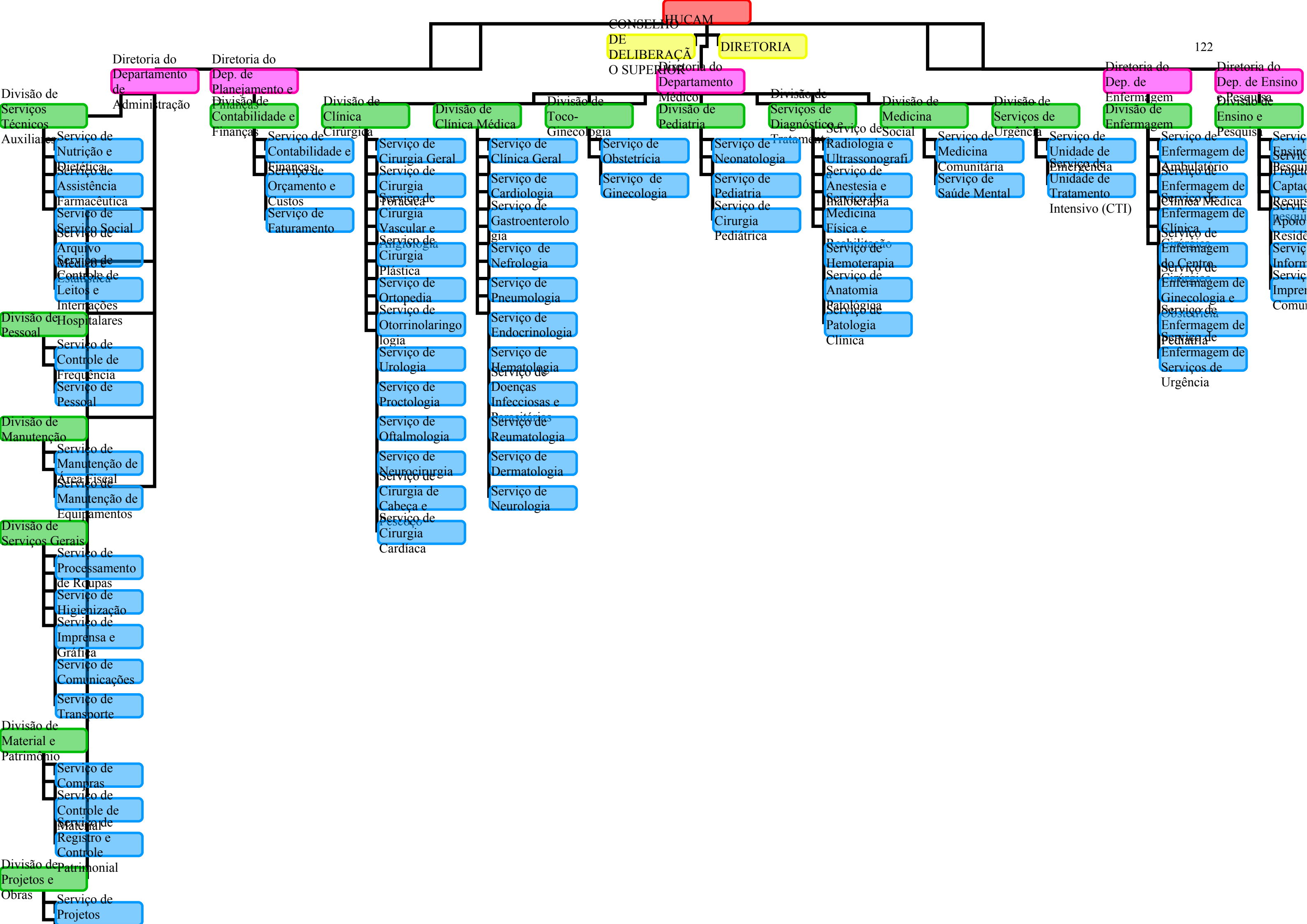
| VÍNCULO                      | QUANTIDADE  |
|------------------------------|-------------|
| MEC                          | 948         |
| MS                           | 37          |
| SESA                         | 188         |
| SEMUS                        | 8           |
| Contrato (terceirização)     | 498         |
| Contrato (Fundação de Apoio) | 113         |
| Voluntariado                 | 129         |
| <b>TOTAL</b>                 | <b>1921</b> |

Esses números expressam a precarização do trabalho e fragmenta a luta de seus trabalhadores – nesse caso aqui, regidos por regimes diferentes de trabalho, com remunerações, direitos e formas de organização diferentes (servidores da UFES – SINTUFES, servidores da SESA – SINDSAÚDE, servidores da SEMUS - Sindicato dos Servidores Municipais Único da Saúde de Vitória (SISMUV), por exemplo).

Inseridos no HUCAM, esses trabalhadores desenvolvem suas atividades em uma instituição com um desenho organizacional dividido em tantos serviços quantas são as especialidades médicas, o que dificulta a integração do ensino clínico. No HUCAM o organograma está estruturado da seguinte forma<sup>99</sup>:

<sup>98</sup> Entre os programas de *stricto sensu* estão: Biotecnologia, Ciências Fisiológicas, Doenças Infecciosas, Saúde Coletiva e Odontologia.

<sup>99</sup> Modelo vigente em novembro de 2010.



Importa aqui demonstrar também a composição do Conselho de Deliberação Superior (CDS):

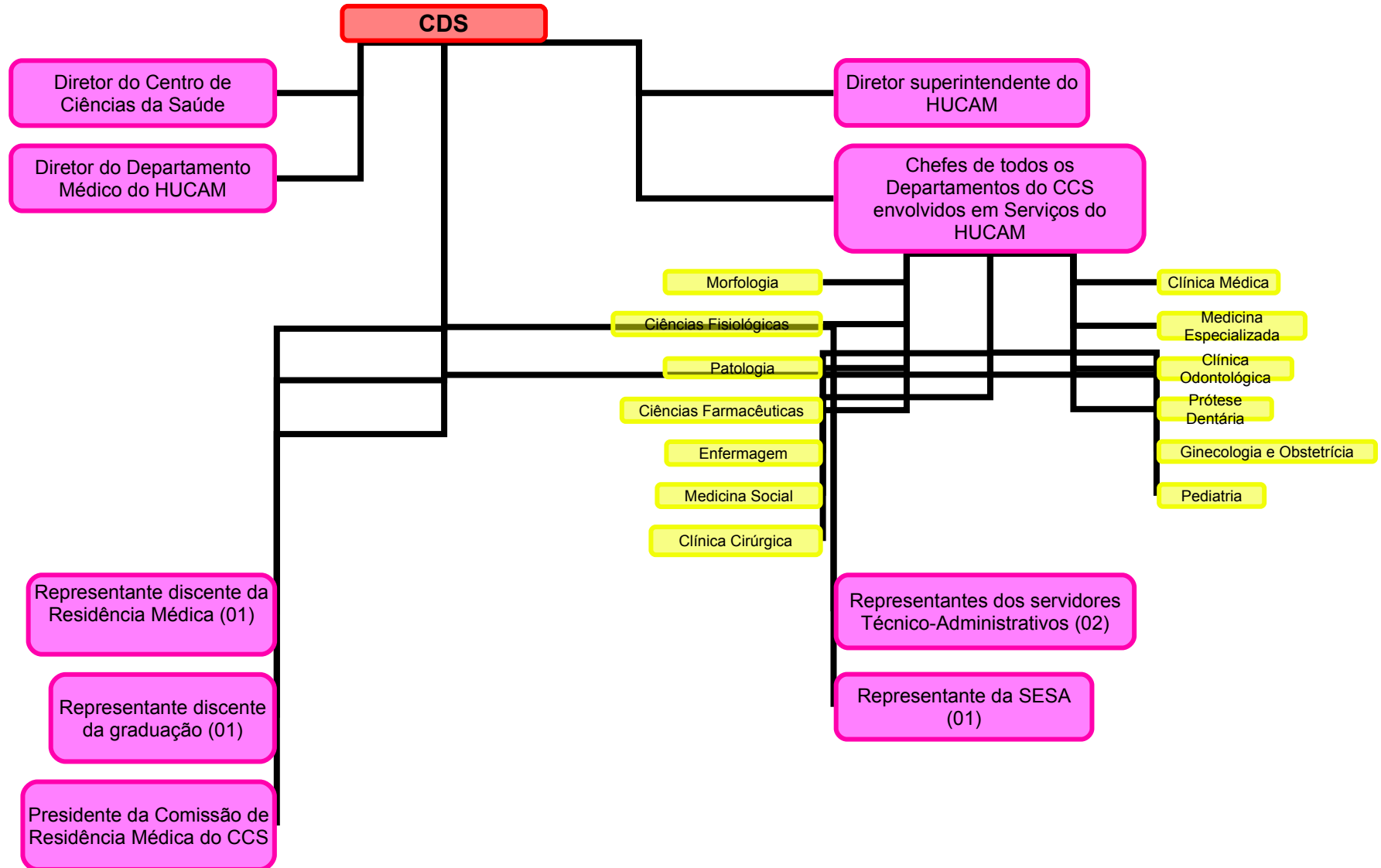


FIGURA 03 – COMPOSIÇÃO DO CENTRO DE DELIBERAÇÃO SUPERIOR DO HUCAM

A Administração Superior do HUCAM é composta pelo Conselho de Deliberação Superior (CDS) e a Diretoria propriamente, os quais têm em suas atribuições alcançar os objetivos fundamentais do HU, na dupla tarefa do ensino e da assistência, ou seja, “servir ao ensino e ao aprendizado dos cursos de Graduação e Pós-Graduação das ciências da saúde [...] de acordo com as normas específicas elaboradas conjuntamente pelo Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFES e HUCAM”; bem como “prestar assistência médico-hospitalar à comunidade”, entre outras (UFES, 2010b, p.2).

Apesar da formação diferenciada entre o CDS e a Diretoria, ambas estão envolvidas nas decisões, acompanhamento e avaliação pertinente à política das atividades do HUCAM. Assim, as decisões da Diretoria acerca da prestação de serviços à assistência devem ter, teoricamente, o aval do CDS, para que haja uma adequação desta ao ensino<sup>100</sup>. Fica demarcado no regimento do HUCAM, bem como na fala de alguns participantes da Administração Superior<sup>101</sup>, que o CDS está voltado majoritariamente aos critérios do ensino e da formação, enquanto a Diretoria mantém contato constante com as tarefas da assistência à saúde. Tornou-se evidente na fase exploratória dessa pesquisa que não há espaço reservado aos usuários no interior do CDS. Por outro lado, a participação da Secretaria Estadual de Saúde (SESA), que tem assento reservado nas discussões do CDS, se tornou rara nos últimos anos. Tais aspectos indicam cisões e fragilidades nos laços entre os interesses da instituição de ensino da saúde e a gestão do SUS no município e no ES.

Quanto aos recursos financeiros utilizados no HUCAM, estes são provenientes de variadas fontes (MEC, MS, SESA, PMV) e são distribuídos da seguinte forma: o hospital escola, ou seja, parte dos recursos humanos e materiais para a educação são mantidos pelo MEC (o que corresponde a cerca de 5% do orçamento do HUCAM). Os demais 95% são oriundos do SUS e das pactuações com as esferas estaduais e municipais (RAIO X, 2010). Importa frisar que não há um percentual fixo de repasse para cada uma destas fontes financeiras da assistência, mas sim uma atuação conforme as demandas e níveis da assistência hospitalar, ou seja, a SESA,

<sup>100</sup> A dinâmica de uma instituição de saúde por vezes não permite que decisões possam esperar pelas reuniões administrativas, conforme colocação do Diretor do CDS.

<sup>101</sup> Entrevista realizada com Diretor CCS e CDS.

a PMV e mesmo a transferência de recursos via Fundo Nacional de Saúde são repassados conforme pactuação (anual) de metas e interesses dos gestores estaduais e municipais - contratualização. Dessa forma, o MS envia os recursos (via FNS) – a serem utilizados na prestação da assistência à saúde no HUCAM – para o gestor estadual (SESA) e este contratualiza junto ao hospital universitário as metas a serem atingidas no referido ano, por meio do Plano Operativo Anual (POA). Além desse repasse, a SESA (órgão regulador da saúde do estado), por meio de pactuação<sup>102</sup>, destina outros recursos ao HUCAM para cobrir procedimentos não inclusos na tabela SUS, além de materiais, equipamentos e recursos humanos. Estes procedimentos não inclusos, classificados como alta complexidade, somados aos procedimentos de valores defasados na tabela SUS geram um déficit mensal de aproximadamente R\$ 413.230,00 ao HUCAM<sup>103</sup>. A Prefeitura Municipal de Vitória, por meio da SEMUS, injeta recursos no HUCAM destinados à contratação de quadro técnico específico – por iniciativa própria, uma vez que não há legislação que imponha tal acordo.

O financiamento do HUCAM é, então, feito por duas vias: contrato e investimentos externos. A primeira via é pactuada (compra dos serviços) de acordo com as normalizações e valores do SUS – repassados pelo Ministério da Saúde, via secretaria estadual – e a segunda conforme negociação entre gestores do HUCAM, gestor estadual e gestor municipal – diante da conjuntura da saúde local (RAIO X, 2010). Importa frisar que os investimentos do governo estadual e municipal no HUCAM, diante do sucateamento desta instituição, são considerados pela instituição como fundamentais para a manutenção e a continuidade dos serviços, compra de equipamentos e contrato de pessoal, porém também destacam a identidade que o hospital universitário vem ganhando com essa relação e diante da conjuntura do país. Ou seja, **o hospital universitário é um hospital escola que atende ao SUS ou é um hospital público que oferece campo de ensino aos estudantes da área da saúde?** Questões como estas podem ser feitas à dinâmica do HUCAM, onde sua inserção pactuada na rede de saúde do ES descaracteriza a instituição como hospital escola e “desobriga” o MEC quanto à sua contribuição como fonte de financiamento. Usando deste mesmo raciocínio concluímos que **o HUCAM está na**

---

<sup>102</sup> Conforme Art 4º da Portaria Interministerial 1006/MEC/MS de 2004.

<sup>103</sup> Dados obtidos no relatório do Plano Operativo Anual 2009.

**rede de saúde do estado, mas não pertence à rede**, o que fragiliza sua atuação e seu poder de negociação diante dos gestores de saúde. Fica demarcado que o convênio do HU com o SUS é o que o mantém financeiramente, o que - erroneamente - pode caracterizar sua função de assistência sobreposta à formação.

Há embutida na relação HUCAM x SESA uma dupla via – enquanto o HUCAM depende financeiramente de mais recursos da SESA, esta visualiza no HUCAM as possibilidades de serviços de alta complexidade até então deficitários na rede estadual de saúde<sup>104</sup>.

O HUCAM é perpassado então pelas diversas facetas que atravessam a educação e a saúde pública no Brasil. O não investimento governamental, o sucateamento da estrutura física, a deficiência e precarização das relações de trabalho, os jogos de interesses internos e externos, e a aproximação gradativa do processo de privatização são traços encontrados no interior desta instituição e colocados de forma explícita e implícita no discurso daqueles que permeiam o processo de gestão desta unidade.

Caracterizada a instituição, parte-se para a análise dos dados que, como na fábula dos cegos, retratam parcialmente a dinâmica de gestar o HU. O desafio que se segue é diante das partes, construir a multiface do hospital universitário.

#### **4 GESTÃO DO HUCAM: a repartição entre assistência e ensino**

<sup>104</sup> Assim, no plano 2008-2011 da SESA, o HUCAM aparece no item **Assistência Integral, ambulatorial e hospitalar especializada, situando um papel de referência deste para a alta complexidade** na especialidade cardiovascular, bem como para implementar um centro referência estadual de dermatologia e o Programa de Assistência Dermatológica a Populações Vulneráveis do Interior do ES. No plano anterior (2004-2007) o HUCAM situava-se como estratégico para a utilização de suporte de diagnóstico terapêutico do seu laboratório de análises clínicas e outros serviços complementares que venham a ser solicitados pelos profissionais do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador.

*“O conhecimento empírico, o mais preciso possível é extremamente importante para a análise teórica, mas ele não substitui a análise teórica” (José Paulo Netto)*

A análise aqui foi estruturada em três eixos: a) processo de gestão do HUCAM; b) as estratégias desenvolvidas pela gestão do HUCAM para integração à rede assistencial do SUS; e, c) os impactos da relação dual (ensino-assistência) sobre a gestão do HUCAM.

### **A) Processo de gestão do HUCAM**

A gestão foi retratada pelos entrevistados como uma atividade que requer do sujeito gestor **conhecimento, preparo e experiência**.

*Fazer a **administração** de um hospital do serviço público, a gente **tem que ter conhecimento**, tem que **entender como que essa máquina toda funciona** (G1);*

A gestão, expressa na palavra administração, reflete uma compreensão restrita desta à execução de tarefas antes determinadas. E, nesse momento, emerge a dimensão técnica – técnicas e ferramentas da administração –, dimensão essa necessária para que o HUCAM – tal qual uma máquina – funcione.

A máquina aqui – um HU – apresenta particularidades que trazem diferentes desafios: a assistência (e seu lugar no interior da rede do SUS); o ensino (com a formação de recursos humanos para a assistência, pesquisa e extensão); a difícil conciliação entre as diversas instituições envolvidas nesse espaço (MEC, MS, SESA, SEMUS, Sindicato, Conselho Deliberativo, Universidade, TCU, MPF); a restrição financeira diante do impasse entre a competência dos Ministérios da Saúde e da Educação; a deficiência de recursos humanos que impede a real capacidade da organização; e ainda, as relações de poder intra e extra-institucional. Os conflitos, embates e negociações que envolvem o processo de gestão são retratados quer nas relações intra-institucionais – setores da própria UFES – e entre este e o governo federal – Ministérios da Saúde e da Educação.

*Você fica na gestão do hospital, **sob pressão** de colocar o serviço funcionando e isso é uma **pressão tanto pra assistência quanto pro ensino** – pressão dos dois lados.*

*Então a **gestão do hospital é um processo em que o diretor tem uma série de limitações** por todos os setores da universidade e do governo federal (G5);*

A pressão (repetida inúmeras vezes) expressa os limites vividos pelo gestor de plantão. Ao centrarem a reflexão sobre o embate interno e externo à instituição, os sujeitos deixam de incorporar outras dimensões fundamentais à compreensão do processo de gestão. A necessidade do exercício do controle e cooperação no trabalho, além do papel da gestão na regulação de conflitos entre capital e trabalho, se esconde atrás da burocracia institucional e das exigências depositadas sobre a figura do gestor formalmente instituído – nesse caso, o diretor do HUCAM.

*O que eu sinto falta é dos gestores que assumem, que assumem hospitais, cargos de gestão no serviço público, no hospital....**essa pessoa com conhecimento dessa rede, de como funciona, de como ter alternativas, ter acesso, de ter política, de ter entrada no Ministério, entrada nos vários pontos** – é um cargo que, sinceramente, quem assume é um herói (G1);*

A palavra herói no interior do discurso marca a difícil conciliação de interesses a serem atendidos no hospital. Por um lado, o hospital deve atender às demandas da rede de saúde, no nível terciário e, sobretudo, conseguir atender ao contrato de metas pactuado com a Secretaria Estadual de Saúde, visto ser este a fonte dos recursos do SUS no HUCAM. Por outro, como uma unidade vinculada ao Centro de Ciências da Saúde (CCS), o HUCAM é campo de formação prática para estudantes de Graduação e Pós-Graduação dos cursos de Medicina, Enfermagem, Farmácia, Odontologia, entre outros. Ou seja, deve atender aos anseios da formação, oferecendo ensino de qualidade, por meio de uma assistência qualificada, conciliando atributos de docentes, discentes e técnicos.

E ainda, enquanto serviço público de saúde, o HU sofre com o não investimento e sucateamento no setor. O heroísmo aqui estaria em manter, apesar desse contexto, a instituição funcionando. Como um ato individual, portanto heróico, a análise dos entrevistados foca a dimensão individual – no gestor –, e não no processo de gestão em nível macro. Ou seja, escamoteia uma arena de conflitos no interior do qual inter cruzam diferentes projetos societários que se expressam na forma de gerir a saúde e a educação. Ou seja, a aparência dessa retórica traz consigo a idéia mágica de uma suposta solução para a questão da gestão – capacitação dos gestores – mascarando aquilo que se quer esconder – a funcionalidade da crise, que perpassa as áreas envolvidas, para a expansão do mercado nos marcos do neoliberalismo. É

a partir de um Estado sucateado e ineficiente na oferta e na gerência de seus serviços que os prestadores privados ganham força, amplitude e credibilidade frente à população – está montado a partir dessa estratégia o cenário propício às iniciativas privadas – e no caso da saúde – a aproximação de outros modelos de gestão e financiamento como as OSCIPs (Organização da Sociedade Civil de Interesse Público), as OSS (Organizações Sociais de Saúde) e as Fundações de Direito Privado, as quais rompem com o propósito de saúde pública universal e de dever do Estado. Ratifica este processo a Medida Provisória 520/2010, lançada no apagar das luzes do governo Lula, que permite, sob a justificativa de uma gestão eficiente e condizente às necessidades das instituições públicas de ensino e saúde, a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. (EBSERH), com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, vinculada ao Ministério da Educação. Tal medida permite a contratação de pessoal para os hospitais universitários, por tempo determinado, sob regime CLT, dentro da racionalidade de metas e indicadores de produção. Escamoteada está nesta medida a precarização das relações de trabalho, a retirada dos Ministérios da Saúde e Educação do cenário de responsabilização sobre os HUs, além do processo de privatização dos serviços sociais, como a educação e saúde.

Entre a necessidade de ter conhecimento e o contexto da gestão da instituição, os entrevistados externos (gestor municipal nesse caso) e/ou internos ao HUCAM (não médico), destacam que esse tem sido um lugar ocupado por docentes sem conhecimento do processo de gestão. E, nesse momento, deixam subliminar ao discurso que o cargo de diretor-superintendente do HUCAM é ocupado por **docente médico**.

*As pessoas que são eleitas para fazer a gestão do hospital muitas vezes são pessoas com boa vontade, mas **não entendem de gestão em serviço de saúde. São qualificadas para serem professores, pra fazer atendimento, mas não tem profissionalização nessa questão, porque para você ser gestor de um hospital você tem que conhecer** cursos, processos de trabalho daquele serviço, mas eu acho que isso não ocorre nos hospitais universitários, não só aqui no HUCAM. E aí é tudo meio que improvisado e eu acho que **um dos problemas da saúde é esse: o desconhecimento pelas pessoas, principalmente na área da economia da saúde, na questão do processo de trabalho, sempre estão querendo um serviço superdimensionado e isso vai gerando uma série de questões (Gm1);***

***Os gestores eles não tem preparo pra ser gestores, então fica no apagar dos incêndios (G1);***

Se por um lado para o representante da SEMUS ser docente não assegura as habilidades requeridas para o cargo de direção do HUCAM, por outro lado, para os sujeitos gestores internos do HUCAM (G3) são condicionantes e habilidades para ser gestor – ser docente e médico (do quadro técnico-administrativo da instituição). Tal inserção asseguraria, ao nível do discurso, maior capacidade na conciliação dos interesses entre ensino e assistência. Tais condicionantes estão presentes no regimento do HUCAM, construído, sobretudo, com a participação de docentes, o que caracteriza a presença marcante de um corporativismo de classe, perpetuando historicamente o poder e a hegemonia do saber médico na instituição hospitalar, assim como o direcionamento da instituição sob o olhar acadêmico.

*Por isso que é importante que as pessoas que entram lá, como diretores do hospital, tenham essa visão do ensino. Eu acho que até por isso também é que pra ser gestor do hospital, como superintendente, tem que ser um professor universitário, que se tem uma vivência dentro do hospital (G3).*

Escamoteado pela figura do docente, tal discurso mascara uma tradição histórica na instituição – o diretor superintendente – na correlação de forças no interior da instituição é ocupado pelos Departamentos vinculados aos cursos de medicina ou odontologia<sup>105</sup> (Quadro 07). Por outro lado, o CCS hoje é composto por oito cursos de graduação<sup>106</sup>, os quais atuam de forma sistemática na formação, mas quanto à correlação de forças institucional apresentam fortes disparidades, até mesmo pela questão de temporalidade dos cursos na instituição<sup>107</sup>.

| PERÍODO   | DIRETOR                  | DEPARTAMENTO/ESPECIALIDADE  |
|-----------|--------------------------|---|
| 1968-1970 | Nélio Espíndula          | Dep. Medicina Social / Tisiologia   |
| 1970-1971 | Hélio José Mannato       | Dep. Ginecologia  |
| 1971-1975 | Benito Zanandréa         | Dep. Clínica Médica / Gastroentologista   |
| 1976-1979 | Jayme Santos Neves       | Dep. Clínica Médica / Tisiologia  |
| 1979-1984 | João Vidal de Moraes     | CCS – Dep. Medicina Social / Odontologia  |
| 1984-1988 | José Carlos Soares Silva | CCS – Dep. Clínica Cirúrgica  |
| 1988-1992 | Wilson Mario Zanoti      | Dep. Clínica Médica / Gastroenterologia   |
| 1992-1996 | João Batista Pozzato     | CCS – Dep. Clínica Cirúrgica<br>HUCAM – Div. Clínica Cirúrgica <sup>108</sup> /<br>Anestesiologia |
| 1996-2002 | Paulo Mendes Peçanha     | CCS – Dep. Clínica Médica / Infectologia  |
| 2002-2008 | João Batista Pozzato     | CCS – Dep. Clínica Cirúrgica  |

<sup>105</sup> As eleições diretas para o cargo de diretor-superintendente do HUCAM inicia-se em 1987.

<sup>106</sup> Medicina, Odontologia, Enfermagem, Farmácia, Nutrição, Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Fonoaudiologia.

<sup>107</sup> Os cursos de Nutrição, Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Fonoaudiologia foram criados somente a partir de 2008 na UFES, enquanto os demais estão presentes há décadas.

<sup>108</sup> Alguns dos funcionários possuem duplo vínculo com a instituição – técnico e docente, atuando na assistência e no ensino.

|                   |                    |   |
|-------------------|--------------------|---|
|                   |                    | HUCAM – Div. Clínica Cirúrgica / Anestesiologia                 |
| 2008 (maio/junho) | Gerson Marino      | CCS – Dep. Pediatria/ Pediatra                                  |
| 2008...           | Emílio Mameri Neto | CCS – Dep. Medicina Social/<br>Gastroenterologia <sup>109</sup> |

**QUADRO 07 – DEPARTAMENTO E ESPECIALIDADE DOS GESTORES DO HUCAM**

Mantém-se intacta a perpetuação do saber médico e docente na direção da instituição. Por outro lado, a faceta que os entrevistados externos destacam é a da docência – portanto, distante do perfil desejado para o cargo – conhecedor das demandas da rede de saúde.

*Quem entra lá pra ser diretor...ele não tem perfil de gestor...ele tá formado pra dar aula, mas é o regimento que diz: “pra ser diretor do hospital tem que ser professor”. Então não tem jeito. Professor ele aprendeu a vida inteira, fez mestrado e doutorado pra dar aula, não é pra fazer gestão (Gm2);*

A dicotomia entre a formação para a docência e as atribuições/conhecimentos esperados para se fazer a gestão desta instituição não é um aspecto pensado pela Universidade. Não há estabelecido no Regimento Interno do HUCAM, qualquer critério que determine as habilidades necessárias ao diretor superintendente do hospital escola, exceto a vinculação dos mesmos: os candidatos à superintendência do HUCAM devem pertencer ao quadro de professores do departamento Médico ou de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde (UFES, 2010b).

Infere-se que o regimento do HUCAM<sup>110</sup> é mais um instrumento normativo do hospital, o qual ratifica suas atribuições de ensino, assistência, pesquisa e extensão. O mesmo contempla como órgãos da administração do hospital o CDS e a Diretoria, a partir de uma visão de gestão centralizada e vertical, em que a composição destes dois setores se dá por representação dos chefes e diretores das diversas repartições do Centro de Ciências da Saúde que se reúnem periodicamente em reuniões administrativas e deliberativas da política do hospital.

É o regimento que aponta o cargo de diretor superintendente como função exercida em tempo integral, num mandato de 04 anos, designado pelo Magnífico Reitor após eleições diretas pelo conjunto de alunos, docentes, e funcionários do HUCAM<sup>111</sup>.

<sup>109</sup> Presidiu a Fundação de Apoio ao Hucam (Fahucam) no período entre 2005 a 2008, tendo ocupado o cargo de Secretário Municipal de Saúde de Vitória no ano de 2004.

<sup>110</sup> Sofreu última alteração em 2010.

<sup>111</sup> Nas eleições são guardadas as devidas proporcionalidades, de forma que o peso geral dos votos dos diferentes corpos seja igual.

Compete ao diretor superintendente representar o HUCAM junto à UFES; coordenar, supervisionar e acompanhar as atividades do HUCAM; coordenar a aplicação dos recursos financeiros; baixar atos oficiais; zelar pela parte disciplinar do HUCAM; propiciar pleno desenvolvimento das áreas de ensino no hospital; indicar ocupantes dos cargos de outras diretorias, divisões e serviços do hospital; promover a integração entre os diferentes órgãos que compõe o HUCAM; elaborar relatórios anuais; e, fazer cumprir o regimento e as deliberações do CDS (UFES, 2010b).

Trata-se de um cargo que exige conhecimentos de várias áreas: ensino, assistência, pesquisa e extensão. Nesse sentido, G1 aponta que o saber, identificado por seu vínculo funcional com a instituição – docentes – não asseguraria o domínio das questões que envolvem a gestão do serviço de alta complexidade – o hospital. Como docentes – e médicos –, os gestores dominam conhecimentos voltados à técnica profissional da categoria e à didática de repasse desse conhecimento aos alunos. São formados e especializados, e em alguns casos, referências em suas áreas clínicas, mas não receberam na formação, necessariamente, conhecimentos sobre gestão pública.

*É isso que eu falo quando as pessoas que assumem cargos de administração elas **não conhecem como a rede funciona**. E muitos gestores – muitos – não conhecem a ponta (G1);*

Não conhecer a ponta traduz não conhecer como de fato se materializa o serviço prestado pelo hospital, quem são os funcionários ali instalados e os entraves do dia-a-dia. Não conhecer a ponta é afastar-se então das demandas cotidianas e do público atendido – este representado por dezenas de ambulâncias vindas do interior do ES e estados vizinhos, que procuram no HUCAM serviços não oferecidos em seu território, contrariando o princípio da regionalização e da hierarquização do SUS<sup>112</sup>.

---

<sup>112</sup> Os princípios de regionalização e hierarquização da saúde definem que os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. Isto implica na capacidade dos serviços em oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando um ótimo grau de resolubilidade (solução de seus problemas). O acesso da população à rede deve se dar através dos serviços de nível primário de atenção que devem estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam os serviços de saúde. Os demais, deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica. A rede de serviços, organizada de forma hierarquizada e regionalizada, permite um conhecimento maior dos problemas de saúde da população da área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade (BRASIL, 1990c).

Oriundos do interior do estado ou da Grande Vitória, esse fluxo de usuários explicita a dificuldade de acesso da população à saúde.

Mas, como um cargo político, a direção não se resume à figura do diretor superintendente nem o processo de gestão se encerra nessa função. Por outro lado, não se pode esquecer que o atual gestor do HUCAM já exerceu o cargo de gestor municipal da rede de saúde e que como docentes, todos desenvolvem atividades nos diferentes serviços existentes no HU.

Para os entrevistados o conhecimento da gestão se alcança na experiência profissional e na vivência cotidiana de uma instituição pública – novamente o ato de gerir aparece como atributo e/ou mérito individual da pessoa do gestor:

*Já conhecia muito o hospital universitário, porque eu trabalho na universidade tem 33 anos e isso dá um certo conhecimento, uma certa ligação até afetiva com o hospital. Sempre fui professor e trabalhei dentro do hospital (G3);*

De fato, o tempo na instituição, ainda que não um critério, se tornou um fato repetitivo entre os entrevistados, pois todos os gestores que pelo HUCAM passaram no recorte temporal deste estudo, possuem mais de 30 anos de experiência no hospital. A extensa experiência, capaz de gerar relação de afeto com a instituição, aqui é apontada como o suficiente para a tarefa de gerir – escamoteando a relação de particularidade x totalidade existente nas instituições. Perde-se com essa visão a idéia de que gerir um hospital universitário, inserido na rede de saúde pública do estado, para além de todas as questões internas, requer atravessar um embate de forças no nível macro das relações, permeado por condições econômicas e relações políticas entre as partes envolvidas.

Ainda numa perspectiva individual, os sujeitos enfatizaram que a gestão do HU vai estar intimamente relacionada à capacidade do gestor de solucionar os problemas – de todas as ordens – da instituição. E, nesse sentido, as soluções são, em maioria, criadas na dinâmica institucional, não havendo um trabalho de planejamento prévio.

*Você tem uma **cobrança que vem da assistência em direção ao diretor**. Eu preciso disso, preciso daquilo outro, um resumo do dia-a-dia que te sufoca. Medicamento que tá faltando, paciente que precisa de um medicamento diferenciado, você tem que arranjar recurso pra comprar, um dia-a-dia sufocante. **Um caos constante, administração do caos diário em cima do diretor superintendente** (G4);*

O caos aqui apontado se caracteriza pelo sucateamento do hospital: falta de medicação, necessidade de compra de medicação em caráter de urgência, unidade de emergência superlotada, aparelhos quebrados, falta de vagas, deficiência de recursos humanos, falta de manutenção, inadequação da estrutura física, questões trabalhistas, indisposições internas entre os funcionários e, cobranças externas, como reitoria e gestor local.

A fala de G4 é também a reprodução do período turbulento no qual gerenciou a instituição. O caos, nesse período, pode ser representado por uma crise financeira institucional, a qual alcançava o montante deficitário de R\$600 mil/mês. O HUCAM estampava constantemente as capas dos jornais locais, abordando desde filas de espera por atendimento, como também denúncias de desvios e mal uso de verbas. A gestão seguinte também sentiu os reflexos deste caos e assim o jornal do SINTUFES estampava em seu boletim de 03 de abril de 2008 a “crise no HUCAM”:

Num desabafo durante a assembléia, [o então diretor eleito] afirmou categoricamente que, como professor universitário há 34 anos no Hucam, era uma lástima o que tinha observado nos 67 dias de sua gestão, manifestando um profundo descontentamento ao ver o HUCAM descaracterizado de suas funções, sem autonomia e refém da SESA. No mesmo dia ele pediu exoneração (SINTUFES, 2008, p. 2).

É preciso considerar que a crise nos HUs, conforme debatido nos capítulos anteriores, é produto de uma série de fatores, condicionados pela conjuntura neoliberal desde os anos 1990. Assim, a crise dos hospitais universitários se torna pública ao longo do final da década de 1990 e início do século XXI, explicitando alguns aspectos da gestão, a saber: o uso dos recursos de produção dos hospitais para custeio de gastos em outras áreas; o sucateamento dos equipamentos por ausência de investimentos do governo na manutenção e compra de equipamentos novos; o não reajuste da tabela do SUS, a qual se mostra há muito defasada em virtude do baixo financiamento do setor (já discutido no capítulo 1); o déficit de servidores e a conseqüente contratação “irregular” de mão de obra terceirizada, por meio de verbas públicas destinadas à assistência<sup>113</sup>.

As questões aqui descritas reafirmam o cenário apresentado pelos Hospitais Universitários e de Ensino em nível nacional: quadro de servidores insuficientes,

---

<sup>113</sup> Carvalho (sd) traz alguns apontamentos nesse sentido.

fechamento de leitos e serviços, sucateamento, contratação de pessoal via fundação de apoio (terceirizados e estagiários) e a subutilização da capacidade instalada para alta complexidade.

No relatório de Gestão da UFES de 2009, a assistência hospitalar e ambulatorial à população desenvolvida pelo HUCAM foi de 216.187 atendimentos dos quais 178.198 referem-se a consultas médicas, 22.723 a consultas de outros profissionais de nível superior (enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, psicopedagogos, nutricionistas), 5.623 consultas de urgência e 9.643 internações. Isso representa uma média de 18.015 atendimentos/mês, quantitativo abaixo da meta estabelecida que é de 18.360. As variáveis que justificam esse déficit na demanda de atendimento correspondem ao bloqueio de 30 leitos na Clínica Médica devido à necessidade de instalação de precauções de contato (isolamento) para controle e profilaxia de pacientes portadores do vírus Enterococo Resistente a Vancomicina (VRE)<sup>114</sup>, e 11 leitos na Clínica Cirúrgica por déficit de pessoal, caracterizando redução de 14,64% do total de leitos ativos na instituição, que é de 281 (UFES, 2010a). Outra variante de grande impacto na redução do número de atendimentos e nos indicadores hospitalares diz respeito ao término de um convênio firmado entre SESA e UFES no qual foram contratados 84 profissionais sob a condição de emergência para amenizar a falta de profissionais do quadro próprio, cuja substituição está na dependência de autorização do governo federal para realização de concurso público.

Este complexo cenário faz com que o HUCAM seja alvo de pressão por parte da reitoria e de órgãos de controle público, como Ministério Público Federal e TCU, como citado por G1 e G4.

*E cada dia mais tanto o TCU como o Ministério Público colocam normas que a gente deve obedecer, deve acompanhar e que não batem muito com o que é o serviço de saúde (G1);*

*E do outro lado também vem a reitoria em direção ao diretor. Reitoria, procuradoria...é todo mundo em cima do diretor superintendente. Então é um órgão de choque. E nessa questão de administrar cobrança dos dois lados é impossível você traçar um planejamento e cumprir aquele planejamento, por que o dia-a-dia te sufoca. Aqui se falava: "é matar um leão por dia" (G4);*

---

<sup>114</sup> Vírus que se alastrou pelas dependências do hospital.

Conforme alguns entrevistados, a pressão exercida por órgãos externos se dá no que tange ao controle entre a capacidade de atendimento do HUCAM e a demanda existente. O Ministério Público Federal pressiona o HUCAM quanto à prestação de atendimentos de qualidade e integralidade das ações de saúde, o que constantemente choca-se com o discurso da universidade. A UFES mantém o discurso de que, se for preciso, o hospital deve atender somente ao necessário para alcançar os objetivos da formação<sup>115</sup>, marcando o embate entre o ensino e a assistência.

Dentro deste quadro de cobranças e desajustes caracteriza-se a pessoa do gestor como àquele capaz de oferecer respostas aos desarranjos do hospital. Reforça-se a vigência de uma gestão centralizadora e vertical, na qual o poder é atribuído a somente uma pessoa e a ela cabe a direção da instituição. Impede assim, a divisão de tarefas, o diálogo a partir de olhares diferenciados e a possível conciliação e/ou explicitação de respostas.

O HUCAM, enquanto formato centralizador de gestão, aqui é denominado pelo sindicato como “*o hospital deles*”, referindo-se à atuação dos gestores quanto às ordens e desmandos na instituição de forma a apresentar o hospital como algo de sua propriedade.

*Eu não consigo entender porque cada diretor que entra: “esse é o meu hospital”. Esse não é o hospital universitário... é o meu hospital. Ali ele nomeia quem ele quer, nós não temos funcionários de carreira, então eles nomeiam quem eles querem, aí vira o hospital deles e você não consegue intervir na gestão (S);*

Ao dizer “meu hospital” o representante do sindicato destaca a forma de gestão centralizada e patrimonialista<sup>116</sup> vigente no HUCAM. Há no HUCAM a negligência ao princípio da participação social dos trabalhadores, da comunidade e dos usuários no processo decisório. Na perspectiva do Sindicato, a saída seria a adoção de uma gestão democrática, com participação de todos os envolvidos.

---

<sup>115</sup> O posicionamento da universidade foi apontado numa conversa informal com representante do Conselho Gestor da UFES e depois confirmado por um dos gestores entrevistados.

<sup>116</sup> O termo patrimonialista aqui refere-se a uma gestão estritamente firmada pela tradição onde o gestor toma decisões conforme seu prazer, sua simpatia ou sua antipatia, e de acordo com pontos de vista puramente pessoais, sobretudo suscetíveis de se deixarem influenciar por preferências também pessoais. A administração do Estado e suas instituições, sob o princípio do patrimonialismo é uma questão puramente pessoal do gestor público, inexistindo, por este motivo, uma clara diferenciação entre as esferas pública e privada.

*Uma gestão democrática, com conselho gestor, com participação dos estudantes, dos trabalhadores, da comunidade. Isso aqui só tem avanço que gere benefício pros trabalhadores, pra classe ... só tem uma gestão: uma gestão democrática, pautada nos princípios do conselho gestor democrático, com participação de todo mundo. Fora isso não tem jeito não (S);*

Um outro formato de gestão, implicaria mudanças na cultura organizacional, nas relações interpessoais e na explicitação dos projetos políticos em jogo no interior da instituição.

*O grande impedidor é que as pessoas continuam ainda com uma cultura de uma gestão verticalizada e fragmentada. Então, de repente, esses problemas de organização, se a gente trabalhasse dentro da cultura de planejamento e dentro de uma gestão colegiada a gente poderia vencer – contornar essas limitações (G1);*

Na fala de G1 e S falta o modelo da gestão compartilhada e participativa no HUCAM – a co-gestão – no qual todos os funcionários são co-responsáveis pelo andamento da instituição, onde as decisões são tomadas a partir de um consenso e na busca de atender aos diferentes anseios ali existentes. Há nessa proposta um trabalho de escuta e de fala de outros atores que não só aqueles chamados de diretores. Na co-gestão todos são sujeitos, inclusive os usuários.

Por outro lado, de que participação esses sujeitos falam? Ter assegurada a participação em fóruns deliberativos necessariamente não corresponde de imediato à solução dos problemas hoje encontrados na instituição. Isso não significa que o controle social instituído no Brasil não tenha sua relevância, porém, é preciso ter claro que o seu poder decisório é limitado – dentro da lógica de uma sociedade burguesa. Como aponta Correa (sd, p.15) estes espaços podem ser espaços de participação e controle social dos segmentos populares na perspectiva de ampliação da democracia e de construção de uma nova hegemonia, porém, é preciso destacar o aspecto contraditório desses mecanismos de participação institucionalizados na área da saúde, pois, apesar de terem sido conquistados sobre pressão, podem se constituir em mecanismos de legitimação do poder dominante e cooptação dos movimentos sociais.

Torna-se incoerente sustentar a gestão colegiada no HUCAM se os segmentos ali presentes estão inseridos num contexto de uma instituição com relações assimétricas, com profissões que tem inscrições diferentes na divisão sócio-técnica do trabalho e que tem diferentes representações no espaço institucional. Como

exemplo desse quadro podemos citar o técnico de enfermagem, categoria que no HUCAM hoje é composta por diversos vínculos (SESA, HUCAM, SEMUS e terceirizada), o que culmina em diferenças: salarial, cumprimento de carga horária, benefícios e direitos trabalhistas – diversidade essa que enfraquece as relações de forças intra-institucional.

Ainda assim, sob a nomenclatura de gestão colegiada, ocorreu no HUCAM uma tentativa de contagiar a instituição com formas novas e criativas de relações de decisão. Em 2008, pediatria e maternidade iniciaram trabalhos dentro da ótica da gestão participativa, com reuniões semanais entre diferentes segmentos da instituição (médicos, assistente social, técnicos, residentes, secretárias, psicólogas, enfermeiras, entre outros). Todavia, a estrutura de relações presentes no interior do hospital universitário – burocratizada e hierarquizada, conforme constatado no desenho do organograma – possibilita apenas representações corporativas, numa trama de fluidez e retenção das pessoas. As deliberações das reuniões eram inviabilizadas pela centralidade do poder institucional, tampouco pelo descaso, por parte da superintendência, aos temas ali debatidos. Ter um espaço de expressão não significa aqui romper com as amarras da instituição e por isso a co-gestão é, portanto, um modelo a ser pensado dentro de novas relações entre as classes.

Portanto, se a gestão, na perspectiva burguesa, é a mera reprodução do conhecimento e da capacidade individual da pessoa do gestor não há necessidade, tampouco há espaço, para a construção de planejamentos a curto, médio e longo prazo.

***O hospital não tinha nenhum planejamento estratégico montado, que era feito só para apagar os fogos que ocorreram. Não existe processo de gestão, não tem gestão nenhuma o hospital universitário. Ele tem áreas, como tem a assistência social, como tem a enfermagem, como tem a lavanderia... então todas elas existem, mas não tem nenhum trabalho, não se segue nenhum manual de procedimentos no hospital (G2);***

***Fica no apagar dos incêndios, resolvendo as questões, não tem planejamento, não tem essa organização (G1);***

Não ter um planejamento para a instituição significa aqui conviver diariamente com a pressão de todos às peculiaridades inerentes ao HU. Significa não apresentar propostas de mudanças diante da complexidade institucional, ou ainda, compactuar com o quadro de sucateamento, superlotação, déficit orçamentário e de pessoal dos hospitais universitários. Mantém-se instituída uma gestão que reafirma a crise

instalada nos HUs e sua impossibilidade de mudança, o que corrobora com a idéia de que o serviço público é ruim, ineficiente e obsoleto, pautado por medidas retrógradas e incompatíveis com os padrões capitalistas atuais. Confirma por meio da manutenção deste quadro a necessidade de outro modelo de gestão, que não mais o público – justifica a concretude da privatização dos serviços de saúde.

*O hospital não tem gestão. Onde não tem gestão não tem condição de você progredir (G2);*

O planejamento estratégico (PE), enquanto instrumento de gestão, tem por finalidade oferecer um ferramental teórico para o grupo de trabalho, da própria instituição, de forma a realizar um amplo estudo do cenário do setor saúde e das políticas públicas de saúde. É tarefa do planejamento apontar as oportunidades e ameaças dessas políticas para a organização, além de preparar um diagnóstico dos ambientes estratégicos do setor interno e externo, desvendando os pontos fortes e fracos do setor. São partes constitutivas do planejamento: a missão, valores e princípios, visão estratégica, propósito estratégico, principais diretrizes e metas, além dos principais projetos a serem implementados na organização (HUCAM, 2004).

Enquanto proposta formalizada, o HUCAM estruturou em sua trajetória dois planejamentos estratégicos: em 1996 e 2004<sup>117</sup>. Em 1995, a partir da Avaliação do Desempenho Operacional do HUCAM, foi construído, sob coordenação da Price Waterhouse, um relatório sobre o estudo e avaliação do ambiente de controles internos, a partir de recomendações e observações para o ano de 1996. O planejamento elaborado para o ano de 1996 consta de dezenas de recomendações – divididas por setores – acerca de diferentes aspectos do hospital. Para cada recomendação, os setores envolvidos ou a própria administração traçaram estratégias (PRICE WATERHOUSE, 1995).

O planejamento estratégico de 2004 foi elaborado, para o quadriênio 2004-2007, sob a supervisão do administrador hospitalar Valdir Ribeiro Borba, junto a um pequeno grupo de funcionários do hospital, não representando com isso todos os setores da instituição – o que demarca e confirma a relação de forças (assimétrica) no hospital. O material produzido em 2004 destaca em seu texto que

---

<sup>117</sup> Está em fase de elaboração o planejamento de 2010, como exigência do REHUF.

O Planejamento Estratégico não deve ser utilizado de forma isolada, mas deve ser um marco desencadeador de um processo integrado de administração de mudanças. Esse processo de mudanças deverá se dar com a adoção de uma série de ações que incluem a utilização das ferramentas da qualidade, controles de variabilidades, melhoria de processos, incorporação de pessoas e desenvolvimento de talentos. O novo modelo de gestão que poderá nascer do processo estratégico de planejamento deverá ter suas propostas, seus conceitos e seus valores divulgados e enraizados nos vários setores da organização (HUCAM, 2004, p. 7-8).

Importa ressaltar que consta no planejamento de 2004 uma série de propostas de mudanças (organizacional, financeira, de controle e avaliação), muitas sob a coordenação e responsabilidade do diretor superintendente, outras apontadas como atividades de pessoas específicas – marcando com isso a gerência individual e isolada do processo. Também se destaca o papel destinado à Fundação de Apoio do HUCAM (FAHUCAM), sobretudo na captação de recursos, mascarando com isso o distanciamento do Estado no que tange aprimoramento das políticas públicas. No HUCAM, pouco se fala sobre este planejamento, tampouco se sabe sobre suas ações – nem mesmo há um exemplar do mesmo disponível na instituição<sup>118</sup> – sugere assim o engavetamento das propostas ali trabalhadas.

Entre os itens destacados nestes instrumentos de gestão percebe-se semelhanças entre os planejamentos uma vez já lançados e entre estes e o planejamento em construção desde 2010, conforme alguns listados no quadro abaixo:

| ITEM                    | PE 1996   | PE 2004   | PE 2010  |
|-------------------------|---|---|--|
| <b>Financiamento</b>    | Aparece como deficitário, diante dos atrasos dos repasses federais e dos valores defasados.                 | Dependência de recursos, para além das verbas federais. Forte vinculação com fundação de apoio e empresas privadas. | Déficit de recursos, endividamento e descrédito institucional. Impossibilidade de novas ações diante da falta de recursos. |
| <b>Recursos Humanos</b> | Ausência de avaliação de desempenho dos funcionários. Inexistência de controle de lotação dos funcionários. | Ausência de um serviço de gestão de pessoas. Terceirização sem controle.  | Deficiência de recursos humanos. Existência de contratos precários e rotativos.  |
| <b>Estrutura Física</b> | Implicitamente aparecem questionamentos acerca da má utilização dos espaços, bem como da precariedade das   | Diversas áreas são apresentadas como inadequadas ao pleno funcionamento.  | Área física obsoleta e inadequada às funções do hospital. Sucateamento dos equipamentos, reduzindo                         |

<sup>118</sup> O material aqui utilizado pertence à terceiros, não inclusos dentro do quadro de funcionários do HUCAM.

|  |              |  |                                |
|--|--------------|--|--------------------------------|
|  | instalações. |  | expressivamente a<br>produção. |
|--|--------------|--|--------------------------------|

**QUADRO 08 – SEMELHANÇAS ENTRE OS PLANEJAMENTOS ESTRATÉGICOS DO HUCAM**

FONTE: Price Waterhouse, 1996; HUCAM, 2004, HUCAM (no prelo)<sup>119</sup>

Financiamento, recursos humanos e estrutura física são nós críticos que acompanham o HUCAM nesses últimos 15 anos (entre o primeiro planejamento e o último, em construção), ou seja, constata-se pelo planejamento as mesmas situações crônicas apontadas pelos entrevistados desta pesquisa. Todavia, é preciso lembrar que o planejamento não é auto-implantável e por isso depende da ação de seus formuladores, bem como do contágio das diretrizes ao corpo de funcionários do hospital. Assim, mais do que ferramentas, a gestão perpassa as possibilidades de atuação na instituição – esta variável conforme a conjuntura política e econômica circundante.

Diante do não planejamento, ou seria mais correto, da não incorporação dessa ferramenta, alguns entrevistados ressaltaram a ausência da gestão como conveniente a determinados interesses e por isso a permanência de seu *status quo de desorganização, sucateamento da estrutura física, deficiência de recursos humanos, crise financeira e desmotivação entre os funcionários*.

*Então, lá o hospital é feito para não ter gestão, para que continue o status quo que tem lá (G2);*

*Tem um “negócio” ali que nunca ninguém quis meter a mão pra resolver, na verdade é isso (Gm2);*

O “negócio” que ali está instaurado refere-se à dinâmica interna da instituição, perpassada por desorganização, descompromisso e disputas. A falta de material e de estrutura se tornou rotineira e com isso surge a justificativa para o não atendimento de qualidade, embora não seja só este o quesito para um atendimento de excelência; descompromisso com o usuário e denúncias de maus tratos por parte dos funcionários resumem-se em extensos processos administrativos, que pouca resolubilidade alcança, conforme dados da ouvidoria (esta por sua vez, delegada a uma única funcionária, a qual não possui nem mesmo uma sala de trabalho); docência e assistência não dialogam entre si e tampouco há movimentos internos para esse fato, mesmo estando ambas em uma instituição denominada hospital-escola. Enquanto fiscalização sobre os funcionários, não há uniformidade no

<sup>119</sup> HUCAM. Planejamento Estratégico. [Vitória, 2010].

controle de carga horária ou mesmo da prestação de serviços<sup>120</sup>. Este fato tem sido pauta de reuniões da superintendência do HUCAM junto à UFES diante da cobrança do MPF/ES acerca do cumprimento de carga horária dos funcionários ali alocados, de forma a ter clareza do déficit de recursos humanos<sup>121</sup>. Do sindicato surgem declarações quanto aos reflexos advindos da fiscalização da carga horária no hospital: “Ponto eletrônico: para que e para quem?” (Encarte SINTUFES, março/2010), denunciando a segregação entre os diversos vínculos atuantes no hospital, bem como a descrença de que tais medidas sejam estendidas ao corpo clínico (os médicos) da instituição.

São estes alguns dos aspectos que o HUCAM vivencia cotidianamente sem um questionamento crítico e político, pois de alguma forma alguns se beneficiam a partir de tal postura.

Embora já demarcado neste trabalho que a gestão não se limita aos condicionantes da instituição, mas encontra-se inserida nas tramas do sistema capitalista de produção – e no caso das instituições públicas, como o hospital, interessa ao capital reforçar a ineficiência do Estado para assim demonstrar a ampla capacidade do mercado e conseqüentemente favorecer o processo de privatização dos serviços sociais –, poucos sujeitos fizeram essa leitura holística, ainda que de forma atravessada.

Como sujeito político de enfrentamento a este projeto de HU, o sindicato denuncia esse cenário.

*É uma **transição para a privatização**. É uma transição, por que o que nós vivemos no Brasil hoje? Uma discussão das parcerias público x privadas. Isso tá provado lá atrás no governo Lula e o objeto da saúde hoje, se a gente prestar atenção, se você vê o governo do Estado, a **política deles não é abrir uma estrutura pra organizar a saúde. É comprar serviço privado**. Isso entra nos contratos de gestão exatamente pra ir transferindo essas áreas sociais por iniciativas privadas, através das parcerias (S);*

No HUCAM a compra de serviços terceirizados tem sido uma constante, ratificando a fala do sindicato. Serviços como limpeza, nutrição e dietética, e, remoção de

---

<sup>120</sup> O cartão de ponto eletrônico é imposto somente aos funcionários terceirizados do HUCAM. Aos servidores estatutários do hospital não é colocada nenhuma forma de comprovação de carga horária.

<sup>121</sup> Para o Ministério Público Federal havendo o cumprimento da carga horária por parte dos funcionários, o hospital poderia manter em melhores condições a condução dos serviços, reduzindo a demanda por novas contratações.

pacientes para outros serviços de saúde são realizados em sua maioria, quando não em totalidade, por serviços privados. Em 2009, os 488 terceirizados com recursos do HUCAM, somados aos 118 mantidos pela SEMUS correspondiam a 33,7% dos trabalhadores do hospital (Tabela 09).

**TABELA 09: COMPOSIÇÃO DO QUADRO DE RECURSOS HUMANOS DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EM 2009**

| <b>Regime de Trabalho</b> | <b>VÍNCULO</b>   | <b>QUANTIDADE</b>  | <b>%</b>   |
|---------------------------|--|--------------------|------------|
| Estatutário               | MEC  | 982                | 54,6       |
|                           | MS   | 34                 | 1,9        |
|                           | SESA   | 169                | 9,3        |
|                           | SEMUS  | 10                 | 0,5        |
| Celetista                 | Terceirizado (Mantidos com recursos do hospital)               | 488                | 27         |
|                           | Terceirizado (Fundação de Apoio – mantidos via convênio SEMUS) | 118 <sup>122</sup> | 6,7        |
|                           | <b>TOTAL</b>   | <b>1801</b>        | <b>100</b> |

FONTE: adaptado a partir de UFES, 2010a.

Em 2010 (Tabela 10) o percentual se mantém. O número de terceirizados (mantidos com recursos do HUCAM e contratados pela Fundação de Apoio – FAHUCAM) totalizavam 34,1% do total de trabalhadores do HUCAM, conforme dados da controladoria do hospital.

**TABELA 10 – COMPOSIÇÃO DO QUADRO DE RECURSOS HUMANOS DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EM 2010**

| <b>Regime de Trabalho</b> | <b>VÍNCULO</b> | <b>QUANTIDADE</b> | <b>%</b> |
|---------------------------|----------------|-------------------|----------|
| Estatutário               | MEC            | 948               | 52,9     |
|                           | MS             | 37                | 2,1      |
|                           | SESA           | 188               | 10,5     |
|                           | SEMUS          | 8                 | 0,4      |

<sup>122</sup> A Fundação de Apoio ao HUCAM é responsável pela parceria com empresas e financiadores externos de forma a manter projetos e pesquisas no hospital. Atualmente gerencia 33 projetos no HUCAM e CCS.

|              |  |                    |            |
|--------------|--|--------------------|------------|
| Celetista    | Terceirizado (Mantidos com recursos do hospital)               | 498                | 27,8       |
|              | Terceirizado (Fundação de Apoio – mantidos via convênio SEMUS) | 113 <sup>123</sup> | 6,3        |
| <b>Total</b> |  | <b>1792</b>        | <b>100</b> |

FONTE: Controladoria do HUCAM.

Dados do relatório de gestão de 2009 indicam que o HUCAM compromete mais de 32% do seu faturamento mensal com pagamento de mão de obra terceirizada. Esse percentual tende a aumentar, considerando os aditivos contratuais decorrentes de convenções coletivas e da necessidade de terceirização dos serviços de manutenção (área física e equipamentos) do hospital (UFES, 2010a).

Em setembro de 2010, o jornal do sindicato “denunciava” a substituição gradativa dos funcionários efetivos pelos terceirizados em nível nacional, como “uma política perversa de transição” do governo em repassar a gestão do HU ao modelo de Fundações de Direito Privado, tendo como pano de fundo o discurso da reestruturação dos hospitais universitários (SINTUFES, 2010a). O sindicato demarca em sua fala a ampliação dos espaços privados nas áreas sociais – como saúde e educação –, com aval e apoio governamental. Trata-se de continuidade da estratégia política iniciada nos anos 1990, derivada dos pressupostos da Reforma “bresseriana” do Estado, sob o discurso de maior mobilidade e eficácia dos serviços públicos, mascarando reais interesses de flexibilização e privatização do setor estatal. Torna-se interessante, nessa perspectiva, manter os serviços públicos ineficientes.

*Quanto mais esculhambado, melhor para as pessoas que ganham muito dinheiro dentro do hospital universitário. E ninguém mexeu por que isso já vem historicamente. Então existe um corporativismo, uma defesa entre eles, aí é política, política inclusive partidária do PT, existe uma defesa de que o hospital não seja bem administrado (G2);*

Em 2010 é possível localizar inquéritos instaurados pelo MPF/ES para apurar irregularidades no que tange ao fracionamento de despesas<sup>124</sup> (sem licitação) ou do contrato firmado entre HUCAM e Associação Pró-Matre (para contratação de terceirizados). Firmado em 2006, o contrato 01/2006 entre a Associação Pró-Matre de Vitória, objetivava a prestação de serviços de apoio técnico administrativo ao

<sup>123</sup> A Fundação de Apoio ao HUCAM é responsável pela parceria com empresas e financiadores externos de forma a manter projetos e pesquisas no hospital. Atualmente gerencia 33 projetos no HUCAM e CCS.

<sup>124</sup> O fracionamento de despesa apontava que o somatório das despesas para determinado fornecedor ultrapassava o limite de dispensa de licitação definido em lei, além da inversão da execução da despesa e de aquisições emergenciais sem devida observância do disposto no art. 26, da Lei nº 8.666/93 e na Orientação Normativa AGU nº 11/2009.

HUCAM/ES. A auditoria da Controladoria-Geral da União (CGU) constatou diversas irregularidades na execução deste contrato, com inobservância ao acórdão TCU nº 3219/2006. O TCU neste acórdão determinou que se se encaminhasse “solicitação de realização de concurso público, de acordo com o art. 37, inciso II, da Constituição Federal, aos Ministérios do Planejamento, Orçamento e Gestão e da Educação, onde conste, individualmente, a relação de todos os cargos vagos a serem providos”. Determinou ao MPOG e ao MEC que informassem ao TCU as providências adotadas com vistas a solucionar a situação enfrentada pelo Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM/UFES), no que se refere à necessidade de pessoal próprio.

Mantendo o funcionamento do HUCAM em 2010 pela via de cessão (por parte de SESA e SEMUS) – 10,9% do contingente de trabalhadores – ou pela via da terceirização, 34,1%, o HUCAM permanece sendo pressionado à realização de concurso público<sup>125</sup> (segundo o MPF/ES o déficit seria de 669 vagas, ou seja, 171 vagas a mais do que o quadro de terceirizados mantidos com recursos próprios do hospital hoje existente – o que não atende às necessidades da instituição na perspectiva de seus gestores).

O hospital se vê pressionado e questionado em seu papel de formador de recursos humanos em saúde e como prestador de serviços à saúde.

*O hospital não é a locomotiva do sistema, porque é uma das funções do ensino a transformação da sociedade. Então, o **hospital deveria lutar pela transformação, pela melhoria, pelas mudanças do sistema público de saúde e isso não acontece. Ele se adequa às exigências do sistema estadual de saúde (G4);***

Não sendo a locomotiva, e não apontando transformações, o hospital se submete ao sistema de saúde do Estado, uma vez inserido nele e dele dependente financeiramente. À SESA – enquanto reguladora do sistema de saúde –, compete organizar a rede e, ao HUCAM – como hospital de especialidades inserido na rede de saúde –, compete a oferta de serviços assistenciais. Ter por finalidade outras atribuições como o ensino, a extensão e a pesquisa é de responsabilidade apenas do HUCAM – não há interesses, competências ou obrigações por parte da SESA quanto a isso. O contrato de gestão, pactuado entre as partes nem sempre é

---

<sup>125</sup> O Ministério Público Federal no Espírito Santo (MPF/ES) ajuizou ação civil pública com pedido de antecipação de tutela para obrigar a União e a Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) a realizar concurso público para o preenchimento de 669 cargos existentes na estrutura de pessoal do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM).

favorável a todas as atribuições de um hospital universitário. A partir desse não investimento em todas as frentes do HU, o quadro de deficiências agrava-se e este é retratado pelos entrevistados.

*O sistema ele tem algumas áreas que precisam ser atacadas. Ele tem uma deficiência ou uma precariedade de gestão, ele tem uma deficiência estrutural grave e uma deficiência tecnológica também grave e ele tem uma deficiência de recursos humanos. Essas deficiências são decorrência de anos e anos de não investimento, por parte do governo, nessas instituições de forma mais maciça (M);*

A essas deficiências são somados os *déficits* financeiros do hospital gerados a partir de uma receita muita aquém do necessário para um devido funcionamento. Contribuem para este quadro a ampla porcentagem de recursos do hospital destinados à folha de pagamento de terceirizados e compra de material não previsto na tabela SUS<sup>126</sup>. Nesse sentido, a crise instalada sobre a instituição é resumida por um dos entrevistados, como unicamente da ordem financeira:

*No fundo isso tudo trata de dinheiro (S);*

O sindicato retrata a influência financeira sobre a gestão do hospital, em que conseguir verbas – seja da SESA, do MS, emendas parlamentares ou outras parcerias públicas e privadas – se torna o objetivo da administração, bem como ferramenta de negociação. É certo que qualquer verba que entre no hospital universitário será ponto de negociação entre as partes e é isso que torna a gestão um instrumento frágil e inconstante, pois nem sempre os interesses dos “investidores” são os mesmos da instituição. O financeiro permanece nas falas como anterior e preponderante à gestão.

Os recursos financeiros do HUCAM hoje se apresentam – formalmente – da seguinte forma<sup>127</sup>:

**TABELA 11 – FONTE, VALORES E ALOCAÇÃO DOS RECURSOS NO HUCAM**

| Fonte           | Montante/ano<br>(R\$) | %    | Alocação  | Repassado                |
|-----------------|-----------------------|------|---|--------------------------|
| Repasse Federal | 32.330.066,50         | 80,2 | Alta e média complexidade. Incentivo de reforço e manutenção dos HUs. | 32.330.066,50 (Integral) |
| SESA            | 3.000.000,00          | 7,4  | Incentivo de custeio – compra   | 750.000,00 (25%)         |

<sup>126</sup> Procedimentos não incluídos na tabela SUS aliados à defasagem dos valores da tabela geram um déficit mensal no hospital na ordem de R\$ 413.000,00 (HUCAM, 2009). Decisões judiciais também podem ser adicionadas a este cálculo. Por vezes a “judicialização da saúde” impõe ao hospital e não ao sistema de saúde o cumprimento de ordens – nem sempre avaliadas no contexto da instituição.

<sup>127</sup> Os valores referem-se ao ano de 2010.

|              |                      |            |  |
|--------------|----------------------|------------|--|
|              |                      |            | de materiais e serviços do previsto).  |
| <b>SEMUS</b> | 5.000.000,00         | 12,4       | privados<br>Repasse indireto (contratação de pessoal para manutenção da Unidade de Emergência) |
| <b>TOTAL</b> | <b>40.330.066,50</b> | <b>100</b> | 5.000.000,00 (Integral)  |

FONTE: adaptada a partir do POA (HUCAM, 2009).

É preciso considerar, porém que o montante aqui programado depende do cumprimento das metas por parte do hospital, bem como de orçamentação prévia do governo federal e estadual, para de fato ser repassado. Conforme dados do setor de contabilidade do HUCAM, em 2010 os valores do governo federal (Fundo Nacional de Saúde, MS e MEC) foram repassados integralmente, contudo a SESA, que contratualizou 12 parcelas de R\$ 250.000,00, repassou apenas 03, sob a justificativa de não possuir orçamento. No financiamento, o MEC, numa contrapartida do ensino, é o mantenedor da folha de pessoal (estatutários) e da compra de equipamentos, ainda que esta última aconteça de forma esporádica e como complementação aos hospitais, ou seja, não há um valor fixo e nem mesmo data para que isso aconteça – como exemplo, em 2007, diante da delicada situação financeira pela qual passava o HUCAM, o MEC repassou uma complementação de 1,2 milhão de reais, de forma a sanar dívidas de serviços, como energia elétrica e prestadores privados (SINTUFES, 2007).

Há embutido no montante alocado pelo governo federal, e portanto, condicionado também à contratualização, o incentivo de reforço e manutenção dos HUs, sendo este o adicional, repassado por MS e MEC, de forma paritária, tendo em vista a função de hospital-escola. Em 2010, sob o nome de REHUF, o MS repassou um total de R\$ 2.579.237,78, enquanto o MEC enviou o total de R\$ 3.216.918,00<sup>128</sup>, confirmando, por outra vertente, a distância entre ensino e assistência.

Todo o valor aqui apresentado é repassado para fins previamente estabelecidos, que usualmente giram em torno do pagamento de pessoal terceirizado, compra de material de consumo e de serviços privados, além da concretização dos serviços pactuados previamente com o órgão regulador da saúde do ES (SESA). Por seu

<sup>128</sup> Dados do setor de contabilidade do HUCAM obtidos em Jan/2011.

turno, a SESA exige do HUCAM o cumprimento de metas, mas não repassa o valor acordado.

A atual gestão dissemina o discurso de obras concretizadas e que a instituição não possui mais dívidas (RAIO X, 2010). Contudo, é evidente por números e dados que há déficit de recursos materiais, equipamentos e de pessoal que não permitem que se comemore.

Além do quesito financiamento, há outros entraves listados pelos entrevistados: **relações interpessoais** (internas e externas no hospital), **burocracia institucional** e a **relação Reitoria/HUCAM**, fatores estes pertencentes a uma gestão verticalizada e extremamente centralizada.

*A gestão verticalizada ela traz uma outra coisa que é muito séria, que são as **relações interpessoais**....isso impede o fluxo mais rápido e mais eficaz dessa forma de gestão (G1);*

*Que é **outro processo que interfere fortemente são as questões políticas**: se eu gosto de fulana eu faço, se eu não gosto não faço (G1);*

G1 salienta as relações internas da instituição em que o corporativismo e os interesses individuais são superiores aos interesses coletivos de um hospital. Torna-se um espaço de lutas pessoais em que ganha quem “grita mais alto” ou é amigo daquele que detém mais poder. Além das relações internas, as relações com os gestores estadual e municipal são fundamentais.

*Se nós não tivermos hoje uma boa relação com o gestor estadual, com o gestor municipal nós não vamos caminhar na estrutura atual (G3);*

É possível perceber na dinâmica do HUCAM reformas e direcionamento de recursos a determinadas áreas – quase sempre às mesmas – em detrimento do descaso para com outras. Assim, enquanto as enfermarias da Urologia subiam de 6 para 31 leitos, visto ser esta uma especialidade do HUCAM de referência estadual, ou seja, de grande interesse para a SESA, outras áreas, como Pediatria e Centro Cirúrgico, interromperam suas atividades pela não concretização da reforma física e falta de equipamentos e de pessoal (SINTUFES, 2007). G3, ainda direcionado às questões políticas que envolvem a saúde, aponta que mais do que uma relação contratual com SESA e SEMUS é preciso uma sinergia, um entrosamento maior de forma a possibilitar acordos mais vantajosos.

Jogando o problema para o HUCAM (e mascarando o não repasse de verbas acordadas), a SESA atribui a não autonomia sobre o dinheiro da instituição como dificultador de avanços junto aos gestores locais. A gestão estadual defende que é preciso resolver as amarras no setor público e profissionalizar a gestão do HUCAM, como uma saída para diminuir o problema (o financiamento).

*O outro grande problema, que às vezes coloca em contato entre o gestor estadual e o hospital são as amarras, que aí toda administração indireta sofre – legais para a execução dos recursos financeiros que ele tem.....o tempo é muito longo, uma demora muito grande (Ge);*

As “amarras” da gestão são oriundas da legislação que orienta os recursos públicos, como aponta atores internos.

*A gestão de um hospital como esse não é uma coisa simples, porque a manutenção, o financiamento do hospital é difícil, complicado, muita coisa fica presa em burocracia, muita coisa é engessada, por burocracia mesmo (R);*

Nessa perspectiva, G4 refere-se à burocracia como o controle de órgãos fiscalizadores (como TCU e MPF/ES) que foram uma constante no seu mandato – não por acaso foi um período cercado por crises e denúncias. A ação destes órgãos impede ou inibe condutas corriqueiras ou ilegais diante da administração pública. Como instituições de controle social, TCU e MPF/ES vem acompanhando, fiscalizando e impondo sanções ao HUCAM pelo descumprimento da legislação vigente.

*A burocracia cresceu muito. Os trâmites burocráticos administrativos passaram a dificultar muito a gestão do hospital (G4);*

A burocracia – e a necessária agilização de sua gestão – foram argumentos utilizados pelos ministros Paulo Bernardo Silva (MPOG) e Fernando Haddad (MEC). Em justificativa para a MP 520/2010, os dois ministros alegam que esta solucionaria “problemas prementes [...] criando condições para a melhoria substancial dos padrões de gestão, inclusive pela adoção de instrumentos avançados de controle de resultados e transparência perante a sociedade” Como HUs, estes “dispõem de limitada autonomia administrativa para a gestão das suas atividades e serviços”. Por outro lado, “sua atuação é voltada para o apoio aos programas de ensino e pesquisa das universidades, mas também prestam serviços médico-hospitalares diretamente ao Sistema Único de Saúde – SUS” (39,7 milhões de procedimentos, em 2009) (BRASIL, 2010d).

A contraface da burocracia seria a autonomia acompanhada de flexibilização tanto de contratos quanto de direitos trabalhistas; fim de licitações e prestações de contas; flexibilização de currículos na formação dos profissionais de acordo com os interesses do mercado e fim da pesquisa pública. Cislagui (2010, p. 7) alerta que este “léxico da reforma”, traz ainda o conceito de qualidade como produtividade (quantidade): “ao invés de o que se produz, como se produz e para quem se produz, os critérios passam a ser quanto se produz, em quanto tempo se produz e qual o custo do que se produz”.

Perde-se a idéia do HU enquanto anexo das faculdades de medicina e dos cursos da área da saúde – e, portanto, voltados à uma formação de qualidade e produção de excelência, para concebê-lo apenas como mais um prestador de serviços na rede de saúde pública. Nesse sentido, mantém-se preponderante as intenções lucratividade do capital financeiro.

Outro dificultador apontado pelos entrevistados é a distância existente entre Universidade (representada na figura da reitoria localizada no campus de Goiabeiras) e hospital. Apesar de legalmente serem interligados e dependentes – não só administrativamente, mas também em termos de produção de ensino e serviços – UFES e HUCAM vivenciam uma difícil relação. Não há por ambas as partes interesse numa aproximação: para a UFES o hospital representa um emaranhado de problemas e um gasto exorbitante, enquanto para o HUCAM estar mais próximo significaria menor autonomia e maior controle de suas ações.

*O próprio HUCAM dentro da Universidade é o “patinho feio”...é assim: universidade é lá, é campus UFES...o hospital e o CCS não faz parte (Gm2);*

*Não teve apoio da reitoria, nenhum apoio. Várias capelas, quer dizer cada um trabalhando no seu mundo... eles não lutam. Conselho Universitário não luta nem no MEC, nem no MS por melhores situações do HU. Eles nos largam a própria sorte. O HU é um estorvo para a reitoria (G2);*

Como discutido, a segregação também ocorre no nível das políticas públicas, em que a educação não é prioridade das ações dos últimos anos do governo federal. O não investimento educacional e o sucateamento das instituições de ensino superior refletem-se na mesma medida nos HU, conforme reconhecido pelo representante do próprio MEC.

*Muitas vezes **não tem investimento a mais de 20, 25 anos** e os hospitais estão extremamente sucateados estruturalmente e tecnologicamente. Muitas vezes o HU não era visto pelo MEC com a importância que ele tem (M);*

As “capelas”, ou os “feudos” formados no interior do hospital reproduzem a formação de uma instituição marcada historicamente pelo poder e hegemonia política, mas também corporativa, de algumas categorias profissionais. A burocracia – no sentido de morosidade dos processos públicos – indica a necessidade do sistema capitalista em reafirmar a ingerência do Estado, visto ser essa a justificativa plausível para a privatização dos serviços estatais e o conseqüente avanço do mercado privado na saúde.

*O gestor do hospital acaba às vezes perdendo recursos pros hospitais filantrópicos, pros hospitais com mecanismos mais ágeis de gestão. **Acaba sendo mais fácil pro Estado fazer um convênio com o hospital filantrópico ou até mesmo privado**, do que com o hospital universitário, por que os hospitais filantrópicos e privados podem pegar o recurso e utilizar imediatamente para viabilizar uma ação definida como prioritária. O hospital universitário não tem essa mesma agilidade (G5);*

*Eu só vejo saída se houver uma mudança radical. **Isso aqui se transformar numa fundação, numa empresa pública de direito privado, com investimentos corretos e definidos**, caracterizando efetivamente qual é o papel do hospital na rede pública e qual é o seu papel como hospital formador de profissionais da área da saúde (G4);*

G4 ao defender a aproximação das Fundações Estatais em sua gestão fomentou ações por parte do sindicato, que fez a leitura da privatização do hospital e as piores conseqüências aos trabalhadores. Há que se considerar que a proposta em andamento, o modelo de Fundação Estatal de Direito Privado, ainda não é um fato real no HUCAM. Muito se fala sobre a autonomia possibilitada por este formato jurídico, mas pouco se sabe sobre a relação com o servidor, tampouco com o usuário. A fala de G4 expressa aqui a reação interna da instituição à proposta de mudança:

*Então essa era a proposta: **uma fundação pública de direito privado. Aí depois o pessoal radical entendeu: “ah, isso é privatização”** (G4).*

Esteve instalado a partir de 2007 um período de grande tensão nas dependências do hospital, em que o sindicato, enquanto órgão de luta e defesa dos trabalhadores, organizou diversas assembleias e manifestações, além da inclusão sistemática do tema no folhetim mensal e site da organização<sup>129</sup>. Para o sindicato a aproximação do HUCAM do modelo de gestão das Fundações colocava em xeque a instituição, uma vez que estas são pautadas pela ‘eficiência’ e regidas pelo direito privado – o público

<sup>129</sup> Todas as discussões podem ser encontradas em: <http://www.sintufes.org.br/index.aspx>

se torna privado. O acesso dos usuários e até mesmo o modelo de saúde pública sofreria alterações nesse modelo de gestão, visto que supõem fonte de recursos própria da instituição, o que sugere a venda de serviços e não a oferta de serviços de saúde de forma universal e pública. O ensino estaria também abalado, porque na lógica de lucratividade, manter o paciente internado por um tempo mais longo, o uso de materiais em excesso e a vasta solicitação de exames (como ocorre no hospital universitário em prol da formação) não se justificaria. Entre os servidores soava o discurso da dúvida quanto aos direitos trabalhistas.

Em nível nacional, o debate das Fundações Estatais já estava posto e também gerava especulações, tendo por antecedentes o processo de reforma do aparelho do Estado, iniciado pelo governo FHC. De fato, a aproximação das Fundações se materializa com a Emenda Constitucional 19/1998 que dispõe sobre as normas de administração pública. Em 2007, no governo Lula, por meio do Projeto de Lei Complementar (PLC) 92/2007, são estabelecidas as áreas de atuação das fundações, bem como a origem de suas receitas, sendo (BRASIL, 2007b):

Art. 1º Poderá, mediante lei específica, ser instituída ou autorizada a instituição de fundação sem fins lucrativos, integrante da administração pública indireta, com personalidade jurídica de direito público ou privado, nesse último caso, para o desempenho de atividade estatal que não seja exclusiva de Estado nas seguintes áreas:

I – saúde; II – assistência social; III – cultura; [...]

Art. 2º A fundação estatal com personalidade jurídica de direito privado, que vier a ser instituída nos termos desta Lei Complementar, terá patrimônio e receitas próprias e autonomia gerencial, orçamentária e financeira.

Encaminhado ao Congresso Nacional, ainda que sem debates junto ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), violando o princípio de participação e controle social por parte da sociedade civil (como postulado na Lei 8.142/90), o projeto foi aprovado em 2008 e já é realidade em alguns serviços de saúde do território brasileiro: Sergipe, Bahia, Rio de Janeiro e Pernambuco (CNS, 2007; MACHADO, 2009). Ainda assim, o CNS tem debatido e exposto claramente sua rejeição à proposta de Fundação Estatal, entendendo esta como fomentadora da desconstrução dos princípios legais do trabalho e da saúde (CNS, 2007).

Retomando os entraves citados pelos entrevistados temos de forma unânime o apontamento destes quanto à deficiência dos recursos humanos nos HU's,

considerando seu déficit numérico, o adoecimento dos mesmos, a ausência de concursos por parte do MEC e as inúmeras tentativas, por vezes paliativas ou frustradas, de solucionar esta questão.

*Por que o Hospital das Clínicas não está fazendo seu dever de casa corretamente. Mas por que que ele não faz o dever de casa? É só porque é uma inabilidade gerencial? Pode ser também. Mas pode ser também que **nós não temos pessoal, o ministério não contrata o número de pessoas adequadas para dar conta** (G1);*

O “dever de casa” refere-se ao contrato de metas, a contratualização estabelecida junto à Secretaria Estadual de Saúde, pois o esforço em alcançar os dígitos pactuados torna-se maior diante da deficiência de pessoal na instituição.

Diante do buraco deixado pela ausência de concursos – ou mesmo pela ingerência quanto ao cumprimento de carga horária e produção – o hospital viabiliza mão de obra por meio de contratos temporários que apenas maquam a questão.

*Fez-se um acordo com a SESA para os contratos temporários...SESA mandou, fez a parceria, **mas são contratos temporários, não são definitivos...** há descontinuidade do serviço (G1);*

Como exemplo, tem-se a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, que diante de um déficit de 14 técnicos de enfermagem (até então terceirizados), reduz, a cada 12 meses (período de duração do contrato), um total de 10 leitos, ocasionando reflexos em diversos outros setores do hospital, como maternidade e centro cirúrgico, para além do prejuízo à população, que na falta do atendimento tem os princípios de integralidade, universalidade e equidade das ações de saúde violados.

A estratégia traçada pelos HUs em geral, e pelo HUCAM em particular, é o uso de verba própria para contratação de terceirizados.

*O hospital ele gasta hoje um percentual significativo do dinheiro que deveria ser aplicado em custeio, ele **gasta com pessoal, em serviços terceirizados, por falta de profissionais** (CD);*

Como um problema que é da Educação – condições inadequadas para o ensino – e da Saúde – inadequação das competências de um hospital de alta complexidade –, a questão de recursos humanos permanece como um nó sem resposta. Servidores do HUCAM, da SESA, da SEMUS e terceirizados convivem com planos de cargos e salários, cargas horárias e direitos trabalhistas diferentes. Sem resposta – ou sem concurso – o problema se avoluma.

*Eu acho que por conta desse **erro inato aí do governo federal** na hora dele ficar arrumando penduricalho pra ter recursos humanos. Eu acho que **tem várias questões que é como uma bola de neve**. Quais são os mecanismos que ao longo do tempo ele fez com que aquela instituição se capacitasse pra ser um serviço de excelência. Tanto o MEC quanto o MS pecam muito nisso (Gm1);*

Atualmente a questão dos recursos humanos tem sido o grande nó dos hospitais universitários, pois para além do fechamento de serviços, impede a abertura de novas frentes de trabalho, inviabiliza a conquista de maior aporte de recursos e gera um impasse jurídico diante da ilegalidade da contratação terceirizada.

*Para mim o que acontece no HUCAM é que o hospital consegue às vezes emendas parlamentares, recursos pra fazer muita mudança de estrutura, **mas na hora que bate no recurso humano ele não consegue resolver**. Então assim: faz reformas, consegue equipamentos, mas na hora não tem ninguém pra tocar (Gm1);*

O sindicato levanta outra questão que atravessa os HUs: o envelhecimento e o adoecimento de seus trabalhadores.

*O governo federal tem uma política de 2006 assim: **não tem concurso público pros hospitais**. Os hospitais vão ter que se virar né. E aí os diretores se aproveitam disso pra dizer: “ah, também não tem dinheiro, também não tem gente, não tem isso...”. E vai fazendo um monte de coisas...às vezes só piora a situação. **Contrata um monte de gente pra pagar de forma irregular, abre um monte de serviço que não tem condição de ser aberto**. E depois fala assim: “ah, mas um monte de gente aqui que não quer trabalhar mais”. Claro! Não tem concurso aqui...**as pessoas envelheceram e adoeceram!** (S);*

Conforme dados do Serviço Social do Núcleo de Atenção à Saúde do Trabalhador do HUCAM, em 2009 foram atendidos 624 trabalhadores do HUCAM, dos quais 32,5% foram encaminhados a serviços de psicoterapia e psiquiatria, em função de questões como síndrome do pânico, tentativa de suicídio, depressão, conflitos familiares e dependência química (RIBEIRO et al, 2010).

Importa frisar que a deficiência ou mesmo ausência de profissionais nos hospitais universitários é um reflexo da junção de vários fatores: a ausência de concursos por parte do MEC; a não responsabilização do MS pela mão-de-obra desses hospitais no que tange à assistência; a defasagem dos salários oferecidos, o que gera a busca por outros vínculos; a pressão das entidades de controle, como o TCU, proibindo a contratação direta por parte dos hospitais; o não planejamento do governo para o momento atual que demarca elevado número de aposentadorias, ou seja, não houve e não há uma política de reposição desses funcionários de forma a manter o equilíbrio; e, o nível de adoecimento e conseqüente afastamento dos

funcionários – em que também não há, ou há com restrições, uma política de saúde do trabalhador nos hospitais universitários<sup>130</sup>.

Na década de 1990, com exceção de uma onda de contratações ocorrida em 1995, o MEC não repôs os servidores que se exoneravam, obrigando os HUs a substituí-los por profissionais contratados (via fundações, geralmente) pelo regime da CLT. Schwartzman (sd) afirma que em 2000 existiam nos HUs mais de 13 mil contratados para suprir essas faltas. Como resultado, muitos HUs passaram a apresentar "déficits" operacionais, pressionando o orçamento das IFES em valores significativos ou gerando inadimplência com fornecedores ou forçando as fundações a financiar tais gastos ou alguma combinação entre as três possibilidades.

*O MEC por si ele não tem autoridade pra criar cargos. **Não tem se criado cargos nos hospitais, nas universidades de forma consistente e significativa.** Não há salários atrativos. Isso não está retendo as pessoas (M);*

Há aqui um equívoco quanto à colocação do déficit de servidores. Não se trata apenas de criar novos cargos, mas sim também de repor àqueles em aberto, seja por exoneração e/ou aposentadorias. A criação de cargos, bem como a autorização para concursos públicos – e este parece ser a opção adequada dentro da realidade dos HUs – depende de autorização do MPOG, o qual não tem se manifestado sobre.

*O problema dos **recursos humanos que é um problema seríssimo**, porque o hospital, ele é federal, ele não tem uma saída legal para contratar funcionário – ele não pode contratar, os funcionários tem que ser contratados através de concurso. Isso é um impeditivo muito grande. O hospital universitário eu acho que hoje faz um trabalho de excelência, nós trabalhamos na alta complexidade, mas **podíamos estar muito melhor se nós tivéssemos pessoas pra trabalhar** naqueles setores que estão mais carentes (G3);*

*Nós estamos há dois anos buscando alternativa jurídica, que não é fácil achar, pra colocar recursos humanos dentro do HUCAM. **O MEC tem um déficit violento hoje de pessoal que impede o funcionamento de vários serviços.** Nossa preocupação é pra assistência, mas com certeza tá comprometendo o ensino também (Ge);*

<sup>130</sup> No HUCAM em 1991 foi criado o Programa de Saúde Ocupacional, o qual executava atividades voltadas ao ambiente de trabalho e às patologias apresentadas pelo trabalhador. Em 2006, os profissionais lotadas neste setor propuseram ampliar o debate e as estratégias de intervenção junto aos trabalhadores dessa instituição de saúde, para além da saúde ocupacional, isto é, visavam seguir os princípios preconizados pela saúde do trabalhador. Sob nova denominação, o Núcleo de Atenção à Saúde do Trabalhador tem por objetivo implementar ações e atividades de acordo com os parâmetros legais da Saúde do Trabalhador, visando assim contribuir para a prevenção de doenças, promoção da saúde, recuperação e reabilitação da saúde do servidor. Têm como público alvo exclusivo os servidores da UFES lotados no HUCAM em relação à realização de exames periódicos, homologação de atestados médicos e registro de acidentes de trabalho. Entretanto, as campanhas de vacinação e ações educativas são direcionadas para o trabalhador em geral, independente do vínculo empregatício. O Núcleo disponibiliza atendimentos médicos, psicológico, social e de enfermagem (RIBEIRO et al, 2010).

Cieglinski (2010) salienta que os 46 HUs espalhados pelo Brasil devem substituir os trabalhadores terceirizados, conforme determinação do MPF e TCU, por meio de concurso público. O fato se torna mais delicado diante da não autonomia dos HUs para a realização de concursos, bem como o não posicionamento do MPOG quanto a autorização de abertura das vagas.

A omissão da União, aliada ao jogo de empurra entre MEC, MS e MPOG, amplia significativamente a crise dos hospitais universitários, além de trazer efeitos danosos a todo o sistema de saúde pública

*Ninguém consegue fazer nada sem gente e essa questão de pessoal foi sempre muito complicada junto ao MEC. Equipamentos e financiamento pra obras a gente conseguia, **mas na hora de conseguir pessoal foi sempre uma dificuldade muito grande.** A dificuldade que eu acho que continua até hoje é conciliar o funcionamento adequado do hospital com a necessidade de recursos humanos que ele requer e que **ninguém acompanha isso com você (G5);***

Esse cenário será sintetizado por Gm1 pela expressão “colcha de retalhos”. Com múltiplos retalhos (aqui significando interesses envolvidos), o HU acaba com desafios de toda ordem para ser gerido. Um dos problemas apontados por este entrevistado é a descontinuidade dos trabalhadores, que repercute sobre a execução do trabalho – é uma equipe que se modifica a cada dois anos.

*O hospital universitário, na verdade, ele é uma **colcha de retalhos**, pois tem a questão do SUS, a questão do MEC e a questão da SESA, e acaba que essa **questão de recursos humanos é uma gestão muito complicada**, porque teria que ter, segundo o reitor e a procuradoria, uma autorização para que o MPOG fizesse a elaboração de um novo concurso público, que não ocorreu nos últimos anos. E o que acontece? Arruma uma instituição pra contratar pessoal e daqui a pouquinho aquilo ali vence, tem-se que contratar de novo e quer dizer, aquele todo conhecimento que aquela equipe adquiriu... cria uma série de arestas na gestão (Gm1);*

O MEC reconhece esse déficit.

*Hoje nós temos uma **demanda de solução de aproximadamente 28 mil pessoas (M);***

A ausência de recursos humanos suficiente nos hospitais de ensino reflete significativamente na questão do financiamento destas instituições, visto que boa parte dos recursos produzidos pelos hospitais são destinados ao pagamento de pessoal terceirizado, impedindo o investimento em outras áreas, além de caracterizar atividade ilegal e condenada pelo TCU. O reflexo ocorre também nas relações de trabalho, pois no mesmo espaço convivem trabalhadores com vínculos, salários e carga horária diferenciada – um mosaico de vínculos – uma colcha de retalhos – que ocasiona divergências entre a mão-de-obra do hospital.

*O hospital sobrevive, no seu custeio, do recurso que ele arrecada atendendo a rede pública de saúde, fazendo parte da rede pública de saúde. Então **nem toda folha de pagamento está sendo custeada pelo governo. Tem as terceirizadas que o hospital paga com recurso que ele arrecada.** Então virou um grande complicador. Hoje nós temos um mosaico que não está muito bem definido. Você não consegue enxergar uma figura perfeita (G4);*

***Uma ganha uma miséria pra trabalhar quase o dobro, 25% da carga horária a mais do que a outra. E elas ainda entram em choque pra conseguir uma consulta e vão parar na polícia. Não tem lógica (S);***

A aparente ausência de lógica mascara sua verdadeira lógica – a não resolução da questão é estratégia de privatização dos HUs. Como medidas paliativas, o MEC, por meio da Portaria 291/2010, lançou o Adicional por Plantão Hospitalar (APH), considerando esta uma medida de contenção à defasagem dos recursos humanos nos HUs. Trata-se de um valor adicional pago por cada plantão de 12 horas aos finais de semana, de forma a manter os serviços ininterruptos. Tal medida tem fomentado grandes discussões no interior do HUCAM, considerando que nem todas as categorias foram contempladas com a medida – apenas médicos e enfermeiros do quadro efetivo do HUCAM, ou seja, aos terceirizados não é permitida tal ação –, para além da sobrecarga de trabalho e reforço das diferenças salariais entre os funcionários (SINTUFES, 2010b). Configura, portanto, uma medida paliativa, capaz de gerar desgastes internos e poucas mudanças ao nível de atendimento e qualidade do serviço, uma vez que escamoteia a necessidade de concursos públicos.

Dentro da ótica de ineficiência da gestão do Estado e aproximação da iniciativa privada, os entrevistados se posicionaram ora a favor, ora contra. Neste quesito nenhum dos entrevistados problematizou a questão do acesso por parte dos usuários, tampouco a relação dos trabalhadores no caso de mudança do modelo de gestão. Infere-se que o discurso de ineficiência estatal, que está estampado em jornais e revistas cotidianamente, já toma conta da retórica das pessoas. Ou seja, órgãos formadores de opinião, como a mídia, insistentemente apontam as falhas do sistema de saúde, sem tampouco discutir os reflexos de uma nova proposta ou mesmo se perguntar por que não há mudanças. A essência permanece assim encoberta.

*Eles preferem pegar um hospital privado ou filantrópico, trabalhar uma gestão lá...igual gente vê um Einstein, um Sírio Libanês... mas pra pegar hospitais de excelência no núcleo do Ministério da Saúde são poucos os hospitais universitários né. Aí é criar uma fundação né... o Temporão já falou muito nisso. Aí você vê que **os grandes hospitais***

**universitários tem sempre uma fundação de apoio pra poder ter celeridade nos processos administrativos, para captar recursos (Gm1);**

*Existe a disponibilidade do Estado em apoiar, construir, equipar, alocar recursos humanos e, às vezes, falta o caminho jurídico mais adequado. Trâmite administrativo é tão complexo...é obra do aeroporto<sup>131</sup> que todo mundo conhece ali, por exemplo. Isso acaba restringindo o hospital em termos de crescimento dele e restringe o gestor estadual do ponto de vista de disponibilizar assistência à população. **As amarras faz com que a gente busque alternativas mais ágeis pra atender as necessidades da população (Ge);***

As falas de GM1 e Ge demarcam também os desejos das secretarias municipal e estadual de saúde quanto às possibilidades de atuação das mesmas sobre os hospitais universitários. Ou seja, quanto menor a “burocratização” dos caminhos, maior a interferência das secretarias na dinâmica dos HUs, de forma a conduzi-los conforme seus interesses na prestação dos serviços. Ge aqui aponta sob a expressão “a gente busque alternativas mais rápidas” o investimento em 2010, por parte da SESA, em hospitais filantrópicos do ES, sob a justificativa de formação da rede cardiovascular do estado – ao destinar recursos a outros espaços de alta tecnologia em saúde, a SESA desvia também o papel de referência terciária em cardiologia do HUCAM.

Nesse sentido, os gestores, concebendo a gestão como atrelada também ao financiamento, salientam em suas falas o desejo por um outro modelo jurídico, capaz de facilitar o processo de gestão.

*Essa falta de agilidade na gestão do recurso, essa não possibilidade menos burocratizada de usar os recursos é **um fator limitante na gestão do hospital (G5);***

***É preciso mudar a figura jurídica dos hospitais, dando-lhes condições de se auto gerenciarem. Infelizmente isso foi entendido como privatização do hospital. Eu não vejo isso como um problema sério (G4);***

Encontra-se nas falas a busca por outro modelo de gestão pública, no anseio de maior agilidade e autonomia burocrática, inclusive para ampliar o horizonte de possíveis parcerias. Há, porém, em algumas falas – de não gestores – o receio de que a fundação ou a parceria com a área privada traga prejuízos ao hospital.

*Se alguém ler a conjuntura, isso (a Fundação Estatal de Direito Privado) não se traduz em fundação pública, **só se traduz em fundação privada (S);***

***Nós tememos que o hospital passe a ser o hospital da rede estadual. Se ele passa a ser um hospital da rede estadual nós vamos ter dificuldades com a inserção dos***

<sup>131</sup> Refere-se à obra do aeroporto do estado do ES, que há anos pretende concretizar sua reforma, mas por delongas burocráticas e insinuações de desvios de verbas não evolui.

*nossos estudantes nesse hospital, ou seja, um hospital que é nosso, mas não poderemos colocar nossos alunos dentre dele (CD);*

O representante do Conselho Deliberativo Superior reforça em sua fala a preocupação com o ensino diante do avançar da rede estadual de saúde sobre o HUCAM. Se à SESA não interessa as questões da formação, mas sim da assistência, certamente a inserção dos alunos nos espaços de prática se torna uma questão complexa a ser enfrentada.

G3 destaca a privatização a partir de outro olhar

*Eu acho que não há necessidade de privatizar pra ser bom, eu acho que nós podemos ser bons como públicos e esse é o grande desafio. Eu acho que nós podemos ter o nosso hospital público funcionando tão bem como uma estrutura particular (G3);*

Assim, apesar de não defender a privatização dos serviços públicos, almeja alcançar o “padrão” dos hospitais privados. Contudo, é preciso ressaltar que são nos hospitais públicos onde temos a ampla maioria dos procedimentos de alta complexidade, assim como local específico do tratamento de doenças como a hanseníase, tuberculose, HIV e outras. Os planos privados, apesar de manterem-se no discurso popular como o exemplo de eficiência, não alcançam os resultados dos serviços públicos em termos qualitativos, tampouco oferecem cobertura à majoritária fração pobre da população brasileira – apenas ultrapassam a margem de lucratividade almejada pelos empresários da área, conforme apontado em capítulos anteriores. Como apontado por Campos (2008, sp) predomina uma visão reduzida da saúde, em que a mesma é ancorada unicamente pelo consumo de fármacos e procedimentos.

Todos os brasileiros se utilizam do SUS, de modo direto ou indireto. O SUS é responsável pela Vigilância Sanitária e Ambiental, que regulamenta e fiscaliza alimentos, fármacos, estabelecimentos de saúde etc. O SUS é responsável pelo controle de epidemias e surtos, e pela vacinação. Os privatistas consumados, hipocritamente, quando se referem ao corte em gastos públicos, não reconhecem esta dimensão coletiva do SUS. Apenas 25% dos brasileiros têm acesso a serviços privados de saúde. 75% somente contam com o SUS para realizar atenção à saúde: da simples consulta ao transplante de órgãos. Vale ressaltar que mesmo os brasileiros de classe média, ou com trabalho regular em grandes empresas e da elite - os 25% - também se valem de serviços do SUS em várias situações: transplante, tratamento de Aids, de transtornos mentais graves, câncer, terapia intensiva, entre outras.

Ainda que as opiniões sejam divergentes, há unanimidade dos entrevistados quando a questão é a morosidade dos processos no serviço público. Assim, ainda que nem todos concordem com a privatização dos serviços, há embutido nas falas um outro ideal de administração pública com mais agilidade, inclusive por parte do governo, aqui representado por M.

*Pra ser um hospital da rede pública ele necessitaria de uma maior flexibilidade, uma maior agilidade administrativa. Ele como órgão suplementar da reitoria ele não tem. A ABRAHUE ela propôs numa reunião a transformação dos hospitais em fundações públicas e direito privado, por que um aspecto que nós vivemos aqui em Vitória e que os demais hospitais vivem é a dificuldade enorme com as firmas terceirizadas, a inexistência de concurso público pra suprir não as demandas de ensino, mas as demandas da rede. É preciso que alguém pense seriamente nisso (G4);*

*O modelo de autarquia é um modelo muito amarrado e pelo próprio perfil dos hospitais você precisa de um modelo jurídico um pouco mais flexível. Em algum momento o governo vai ter que pensar num modelo jurídico outro que não seja o de autarquia. Qual é? Tem que ser discutido (M);*

O modelo jurídico vigente no HUCAM – uma autarquia – é mantido, como já apontado aqui, por uma gestão de formato verticalizado e fragmentado, não havendo participação de outros atores nas decisões da instituição, que não os formalmente autorizados: Direção Superintendente, CDS e Universidade (quando cabível). A segregação da reitoria ou mesmo o distanciamento da Universidade das questões do hospital em algumas falas ratificam o isolamento entre as questões do ensino e da assistência, mantendo o hospital enquanto órgão isolado frente às suas dificuldades. Não há registros da participação de trabalhadores e usuários nas decisões do hospital, contrariando as propostas de relações de trabalho de cunho progressistas – mantendo o que é condizente com o modelo hegemônico liberal, atuante no capitalismo financeiro. Assim, os atores da gestão, na versão dos entrevistados, são:

*Aqui tem um sistema centralizado. Tudo é o diretor superintendente. Os outros, o diretor clínico é abafado nisso. Cai em cima do diretor administrativo, diretor financeiro e depois a parte da enfermagem (G4);*

*A política do hospital está presa né, dependente de decisões do Centro, mas é no dia-a-dia, a direção do hospital, especial o diretor clínico e o diretor superintendente eles tomam decisões que deveriam passar pelo Conselho, mas que não passam por que não tem como ficarem vindo ao Conselho toda vez que tem que tomar uma decisão (CD);*

*Só a direção. Não tem participação nenhuma da sociedade, da comunidade... não tem participação dos trabalhadores. Totalmente centralizada (S);*

G4, CD e S destacam a centralidade das decisões na pessoa do diretor superintendente. Contudo, CD salienta que a dinâmica da instituição, marcada pela necessidade de decisões repentinas, não permite a discussão junto aos outros órgãos competentes – aqui mais uma vez se destaca a sobreposição da assistência sobre a formação, pois diante do imediatismo das ações práticas de saúde, o ensino se subordina a isso, ainda que sem o seu aval.

Todavia, as opiniões se divergem e G3, ainda que numa gestão marcada pela centralidade, tem no seu discurso a participação de toda a comunidade acadêmica.

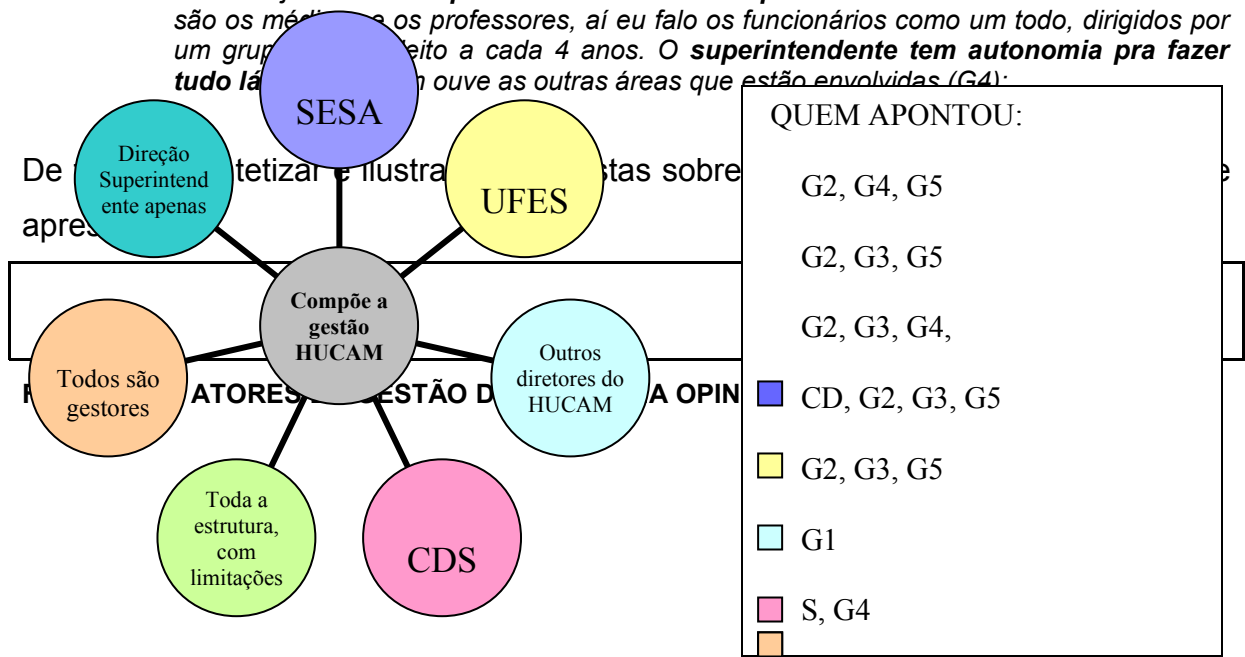
*São os funcionários de uma maneira geral....o CDS....as diretorias....os departamentos....as divisões....os serviços, eu acho que esse grupo todo forma uma estrutura que são os atores, com maior e menor grau de responsabilidade, que vão administrar o hospital. Agora, nós não podemos esquecer que os professores, que não estão nessa estrutura, os alunos, todas essas pessoas que convivem nessa comunidade acabam sendo atores dessa instituição (G3);*

Isoladamente, G1 aponta a gestão como função de todos os envolvidos no HUCAM, inclusive os alunos – população flutuante no hospital. Aponta assim o ideal de gestão compartilhada, a partir da co-responsabilidade dos processos de trabalho na instituição.

**Todos nós somos os gestores.** Eu acho que a gente tem que evoluir – então pra mim gestores são todos....a população fixa não se envolve e a população móvel é que dá o direcionamento. **Falta às pessoas serem sensibilizadas que elas são gestoras do seu processo de trabalho (G1).**

G4, num discurso marcado pela crítica, destaca o papel de um ator externo à instituição, porém com ampla capacidade de interferência – a SESA.

*A reitoria, onde tem o reitor, presidente do Conselho Universitário da UFES – esse é um grande ator. Hoje o principal ator, por mudanças inclusive do MS, a SESA é a principal, por que é ela que é responsável por todos os pagamentos dos atendimentos do HU. Então hoje o HU está preso a um maior ator que é a SESA. Internamente os atores são os médicos e os professores, aí eu falo os funcionários como um todo, dirigidos por um grupo eleito a cada 4 anos. O **superintendente tem autonomia pra fazer tudo lá**... não ouve as outras áreas que estão envolvidas (G4).*



Alguns diretores apontaram que há participação de toda a estrutura do HUCAM na gestão, e aí se inclui alunos, técnicos e professores, porém afirmam que esta participação é limitada, pois de fato as decisões finais são tomadas por UFES, SESA e Direção Superintendente. O sindicato e mais um dos diretores superintendentes apontou a gestão como centralizada, onde as decisões são todas tomadas pela cúpula da diretoria não havendo espaço para outros atores como os trabalhadores ou alunos. O CDS e a UFES foram citados por alguns entrevistados, o que reforça a interferência dos interesses do ensino na gestão do hospital, fato já esperado visto à função da instituição.

Ainda que não citado especificamente como ator da gestão por todos os entrevistados, a SESA, enquanto ator externo ao espaço institucional, foi apontada, com unanimidade, por exercer forte influência na direcionalidade das ações do HUCAM, sobretudo por ser junto à SESA a contratualização de metas que possibilita o repasse dos recursos do MS. Assim, não se trata exatamente de um ator da gestão, mas um coadjuvante neste cenário.

Nessa perspectiva, o desafio encontra-se em conciliar interesses e necessidades de ambas as partes, pois enquanto o hospital se torna atrativo à SESA por sua capacidade de atendimento à alta complexidade na rede de saúde do estado, a SESA representa para o HUCAM a “oportunidade” de pleitear mais recursos (financeiros, equipamentos e pessoal) de forma a cobrir seus déficits. Nessa lógica, a SESA tem interesses apenas assistenciais, enquanto o HUCAM vivencia a dualidade do ensino e da assistência e por isso a contratualização anual entre as partes é perpassada pela necessidade de comprovar junto à SESA as peculiaridades do HUCAM e convencê-la de suas necessidades.

*Com muitos problemas do ponto de vista estrutural, hoje operacional, e dentro do desenho de gestão que a gente faz pro sistema estadual de saúde, a gente tem **procurado trabalhar com o hospital universitário, do ponto de vista da assistência, que ele seja um hospital de referência terciária (Ge);***

O gestor estadual deixa clara a expectativa da SESA para o HUCAM: ser espaço de referência na produção de atenção terciária na saúde. Mas G3 replica tal lógica:

*Então eu acho que nós temos esse tripé (ensino, assistência e pesquisa). [...] Isso demonstra a nossa diferença dos outros hospitais públicos, por que **quando você vai conversar com a Secretaria de Saúde ela quer só assistência, ela quer números, ela quer produção e não entende que ao formar enfermeiros, psicólogos, assistentes***

*sociais, farmacêuticos, odontólogos e médicos também é uma produção. Uma produção importantíssima que tá fornecendo profissionais capacitados para atender a população que necessita. Então a nossa produção não é a produção só da assistência. É uma produção científica e uma produção através do ensino por profissionais competentes. Então isso nos diferencia. E nós temos que sempre falar pra eles: o hospital universitário tem outra característica, ele tem que ser mensurado não só pela assistência, mas pelo ensino que ele produz e pela pesquisa que ele produz (G3);*

As falas de Ge e G3 demarcam a necessidade de uma estável relação entre HUCAM e SESA, no sentido de garantir recursos que mantenham a instituição em funcionamento. E G3, acrescenta

*Se nós não temos uma boa relação a gente não consegue fazer uma boa contratualização e com isso o hospital fica em dificuldades (G3);*

A boa relação significa conciliar os interesses da SESA com a capacidade de serviços do HUCAM. Mais do que isso, conciliar os interesses do ensino com os da assistência e estes com as intenções da SESA, enquanto órgão regulador da saúde no estado. A conciliação entre HUCAM e SESA é também importante, visto que manter-se integrado à rede de saúde é condição imprescindível ao hospital universitário, tendo em vista sua função assistencial e sua condição de espaço formador do SUS. A dinâmica da boa convivência refere-se, portanto, a uma estratégia do HUCAM na integração com o SUS – o segundo eixo de nossa análise.

## **B) Estratégias desenvolvidas pela gestão do HUCAM para integração à rede assistencial do SUS**

*O hospital vem do tratamento do indigente e entra no SUS. Nós achamos muito importante essa integração, até por que compete ao hospital universitário ajudar a construir o SUS – é uma coisa que você não separa (S);*

A integração dos hospitais universitários ao SUS ocorreu como uma consequência estrutural e em âmbito nacional. Desde a criação do primeiro hospital universitário no Brasil, na década de 1940, até meados da década de 60, os HUs foram mantidos pelo MEC e assim o financiamento dos mesmos era desvinculado da produção de serviços. Após 1964, com a extinção dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's) e a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), estendeu-se em larga escala os contratos e convênios com a rede privada para atender aos empregados formais, autônomos e empregadores que contribuíssem com a Previdência Social. Não sendo suficiente para a cobertura dos

serviços, os convênios foram ampliados, em 1974, aos hospitais universitários, como forma destes comporem os programas de assistência médica da previdência social – a partir disso o financiamento dos HUs tem origem no MEC e no INAMPS (CARMO, 2006). A crise da década de 1980 inflaciona demasiadamente os custos dos serviços hospitalares privados, o que estabeleceu a crise do sistema previdenciário, com reflexos também aos HUs, que passam a ser uma alternativa do sistema de saúde. Paralelamente, o repasse dos recursos oriundos do MEC é reduzido em função da crise econômica.

Após 1988, com a promulgação das leis orgânicas da saúde, Lei 8.080/90 e 8.142/90, os aparatos hospitalares da rede pública, independente de sua vinculação hierárquica – municipal, estadual e federal – constituíram o SUS. O hospital universitário como ponto de atenção à saúde, inclui-se no sistema de saúde pública do Brasil. Entretanto, para alguns entrevistados a inclusão dos HUs no SUS não foi favorável à instituição.

*Só veio uma **quantidade muito grande de mais serviço para o HU**, sem o contraponto de ajudar na gestão através de dinheiro (G2);*

Para outros a inserção no sistema de saúde significa a fonte de recursos dos HUs. Justifica tal posicionamento o fato de que a retirada progressiva da orçamentação do MEC (na década de 1980) redirecionou os esforços dos HUs para a crescente “venda” de serviços para o setor público de saúde (CARMO; ANDRADE; MOTA, 2007).

*O hospital sobrevive, no seu custeio, do recurso que arrecada atendendo a rede pública de saúde, fazendo parte da rede pública de saúde (G4);*

As estratégias que serão aqui apresentadas não são, portanto, para integrar-se à rede como colocado no enunciado – visto tratar-se de uma determinação legal do SUS – mas sim **manter-se na rede de saúde pública**.

Inserir-se e manter-se no SUS, mantendo as ações de ensino e assistência, é resultado de diversas legislações redigidas a fim de estabelecer um padrão entre as instituições, bem como orientar os processos de financiamento e regulação da saúde (discutidas ao longo dos capítulos anteriores: NOB, NOAS, Pacto pela Saúde, portarias e medidas provisórias). Além disso, considerando os documentos de

gestão do HUCAM (Quadro 09), infere-se que estes determinam o perfil e a produção de serviços prestados pelo HUCAM, a alocação dos recursos (de ordem federal e estadual), e o condicionamento entre a prestação dos serviços por parte do HUCAM e o repasse financeiro por órgãos externos (aqui a SESA como mediadora entre HUCAM e Fundo Nacional de Saúde). Há implícito nestes documentos uma modelagem do HUCAM para com as necessidades da rede estadual de saúde.

| DOCUMENTO                     | LOCAL DE ORIGEM | ELABORAÇÃO | ANO         | CONTEÚDO   | IMPACTOS SOBRE O HU e/ou HUCAM   |
|-------------------------------|-----------------|------------|-------------|--|--|
| POA 2008 e 2009               | ES              | HUCAM/SESA | 2008        | Panorama estatístico dos atendimentos HUCAM. Estabelece metas (produção) junto à SESA para contratualização financeira do próximo ano – a partir de uma série histórica de produção. Determina o repasse de financiamento federal (MS) e estadual (SESA)   | Estabelece série histórica de produção e indicadores de avaliação. Regula e determina as ações/produção de serviços bem como a alocação dos recursos.  |
| CONVÊNIO 173 (2008/2009/2010) | ES              | HUCAM/SESA | 2008        | Estabelece montante e forma de repasse dos valores cabíveis ao recurso federal e estadual. Celebra a contratualização entre HUCAM e SESA.  | Elaborado a partir do POA, orienta orçamento do HUCAM, condicionando gastos e ações. Formaliza as ações programadas no POA.  |
| PLANO ESTADUAL DE SAÚDE – ES  | ES              | SESA       | 2008 a 2011 | Apresenta PDR e seus objetivos. Descreve perfil epidemiológico do ES. Estrutura organizacional da SESA. Apresenta os níveis de atenção no estado e o papel destinado a cada um (distribuição regional dos serviços). Reforça a necessidade de um modelo de gestão descentralizado e hierarquizado. Apresenta os eixos de intervenções prioritários no período 2008-2011. | Consolida o HUCAM como referência na alta complexidade na área cardiovascular e onco-hematológica. Insere o HUCAM como “parecerista” na área de reumatologia, o que amplia significativamente a demanda., sem uma contrapartida de recursos humanos. |

**QUADRO 09 – DOCUMENTOS DE GESTÃO DO HUCAM**

A gestão do HUCAM tem uma relação estreitamente negociada com a Secretaria Estadual de Saúde do ES (SESA). O HUCAM se submete à regulação de leitos e consultas da rede estadual, recebe direcionalidade da Secretaria quanto às metas a serem contratualizadas anualmente, bem como atua na rede sob o papel de hospital terciário, respondendo aos anseios da rede de saúde do estado.

*O foco da gestão estadual é que ele (HUCAM) dentro das premissas, dessas normativas do SUS, ele cumpra esse papel de referência terciária de sistema de saúde, numa estrutura de rede que a gente tem tentado organizar. Nós estamos definindo muito claramente o papel dele, do hospital, na rede de atenção cardiovascular, na área de urgência e emergência (Ge);*

A inserção do HUCAM na rede estadual de saúde se dá pelo contrato de metas, estabelecido a partir do POA, anualmente. Nele as metas quantitativas e qualitativas do hospital são tratadas e controladas por representantes das duas instituições. Ao hospital, enquanto instituição “contratada”, compete atuar de forma a atender os dígitos pactuados. Tal regulação obedece aos preceitos normatizados nas portarias 1000/2004 e 1006/2004, que, num contexto de reestruturação dos hospitais-escola, estabelecem as características dos HUs, bem como a condução do seu financiamento.

O custeio em 2009 foi 11% superior à verba repassada em 2008, quando a unidade recebeu um total de R\$ 35 milhões. Já em 2007, o custeio anual do hospital foi de cerca de R\$ 24 milhões (ESPÍRITO SANTO, 2010).

Em 2009, a contratualização do hospital com a SESA para o custeio dos atendimentos aos usuários foi de aproximadamente R\$ 39 milhões. A meta era que fossem realizados, a cada mês, 851 internações, 66.567 procedimentos ambulatoriais e 11.652 consultas. No primeiro trimestre, o hospital atingiu a meta, com mais de 90% destes atendimentos realizados. Para 2010 foram pactuados pouco mais de 35 milhões. Na Tabela 12 constam algumas das metas quantitativas pactuadas e o desempenho do HUCAM diante das mesmas<sup>132</sup>.

---

<sup>132</sup> Conforme avaliação referente ao segundo trimestre de 2010.

**TABELA 12 – PACTUAÇÃO E ALCANCE DAS METAS QUANTITATIVAS CONTRATUALIZADAS COM A SESA – Abril a Junho/2010.**

| PROCEDIMENTO (unidade)         | PACTUADO/mês | ALCANCE | ALCANC   | ALCANCE |
|--------------------------------|--------------|---------|----------|---------|
|                                |              | – Abril | E – Maio | – Junho |
| Consulta (Infectologia)        | 700          | 1141    | 1259     | 1140    |
| Tomografia (Tórax)             | 3            | 20      | 28       | 18      |
| Ressonância Magnética (coluna) | 13           | 0       | 0        | 0       |
| Internação (nefrologia)        | 10           | 45      | 54       | 26      |
| Parto Normal                   | 50           | 48      | 122      | 22      |
| Cirurgia Oncológica (Urologia) | 5            | 2       | 14       | 9       |

FONTE: Relatórios da controladoria do HUCAM

Entre as metas aqui apresentadas encontra-se uma oscilação entre o cumprimento ou não dos números pactuados. Em alguns procedimentos verifica-se a produção muito além do pactuado (à exceção da ressonância magnética), o que nem sempre significa o retorno financeiro por parte do SUS ou mesmo da SESA, configurando o desequilíbrio entre despesas e receitas – fator prejudicial ao HUCAM enquanto uma “empresa”, como apontado por alguns dos entrevistados.

| PACTUADO   | DESEMPENHO   | JUSTIFICATIVA   |
|--|--|---|
| Aumento de 10% da taxa de ocupação hospitalar (em relação à 2009)              | Não alcançado em todas as clínicas negociadas  | Desativação de alguns leitos em função de reformas das enfermarias. |
| Inserção do 3º ano de medicina nas Unidades de Saúde em torno do hospital      | Formalizado termo de compromisso entre HUCAM e SEMUS até 2011.   | ÍNDICE ALCANÇADO  |
| Duplicar nº de transplantes e ampliar a captação de órgãos (em relação à 2009) | Houve ampliação de aproximadamente 280% de captação de córneas, porém não ocorreu nenhum transplante no ano de 2010. | Não foi declarada nenhuma justificativa.                            |
| Redução do número de cirurgias suspensas em 10% (alcançar a meta de 2,97%)     | Em 2010 foram suspensas 1,13% das cirurgias.   | ÍNDICE ALCANÇADO  |

**QUADRO 10 – PACTUAÇÃO, ALCANCE E JUSTIFICATIVA DAS METAS QUALITATIVAS CONTRATUALIZADAS COM A SESA – Abril a Junho/2010.**

FONTE: Relatórios da controladoria do HUCAM

Presencia-se nas metas pactuadas o entrelaçamento das questões – os nós – que perpassam o HUCAM, pois diante da inadequação física e estrutural da instituição, as reformas – por vezes não planejadas dentro da organização – interferem no alcance das metas anteriormente pactuadas. Igualmente, o sucateamento e a ausência de manutenção dos equipamentos responde a não produção de ressonâncias magnéticas, bem como a não realização de transplantes no período aqui retratado – no primeiro exemplo o aparelho esteve quebrado por meses e no segundo, o centro cirúrgico mantém-se desativado em função de contaminação. Por outro lado, a inserção dos alunos nas Unidades de Saúde reforçam a necessidade de alteração no modelo de ensino vigente em termos de formação: a) a responsabilidade da supervisão/orientação acadêmica fora das dependências da

UFES, e; b) manutenção ou exclusão a atenção primária nas dependências do hospital.

As atividades no espaço físico do HUCAM são acompanhadas (mesmo que apresentem problemas nesse processo) por docentes da Universidade. Inserir os alunos na rede básica de saúde é uma experiência importante (em termos de formação de recursos humanos para o SUS), mas traz o desafio de pensar a supervisão acadêmica – atribuição do docente que deve estar presente àquele espaço e que se recusa à afastar-se da área do CCS (no qual está localizado o HUCAM). Por outro lado, não é de interesse da secretaria estadual, uma vez que a mesma tem no HUCAM a pretensão de referência terciária na saúde.

Considerando a relação HUCAM - SESA, a interferência da secretaria na gestão do HUCAM foi apontada por ampla maioria dos entrevistados. Argumentam que não há uma troca justa entre as partes, esperando assim maior aporte de recursos por parte da SESA em direção ao hospital, sobretudo pela sua peculiaridade (ensino e assistência) e sua relevância e magnitude no sistema de saúde estadual.

*Eles querem enfiar os pacientes pra dentro do hospital universitário, mas não querem retribuir nem com funcionários, trocando pra a gente abrir serviços lá, e nem remuneram a contento (G2);*

Aqui G2 aponta não haver uma retribuição adequada entre HUCAM e SESA, seja por meio de verbas, seja por funcionários. Entretanto, é preciso considerar que a secretaria estadual de saúde manteve, em 2010, no HUCAM um total de 188 funcionários, o que corresponde a um percentual de 10,5% sobre o total da força de trabalho da instituição. Há, permeado no discurso de alguns gestores do HUCAM, a indicação da SESA como “culpada” pelas falhas internas da instituição.

*Efetivamente o dono do dinheiro é a SESA e quem manda todo dia é a SESA – você tem que arranjar vaga, você tem que operar.... – é a lógica assistencial (G4);*

G4 destaca a lógica assistencial como a locomotiva da instituição, uma vez que é ela quem suprirá os cofres do hospital universitário – e por isso a influência da SESA sobre o HUCAM. Todavia, G5 reforça que, mais do que assistência, o hospital escola tem por missão atender outras frentes: ensino, pesquisa e assistência. Além disso, trata-se de uma instituição marcada pelo sucateamento físico, déficit de

recursos humanos e extensa burocracia administrativa que inviabiliza o alcance das expectativas.

*O estado requer determinadas ações por parte do hospital e o hospital, pela sua própria estrutura e dificuldades de gestão que ele possui, ele não consegue atender. É um desafio também de ajustar a integração do hospital à rede SUS de forma que os benefícios sejam pros dois lados (G5);*

*O problema que eu vejo é que eles transformaram o mecanismo de fazer o hospital funcionar num contrato de metas (S);*

Como apontado por S, a contratualização tornou-se, na visão dos entrevistados, o mecanismo de regulação do funcionamento do hospital – este cumpre ou não. É uma “moeda de troca” junto à SESA, enquanto representante do MS em âmbito estadual. A contratualização tornou-se o instrumento, a forma de inserir recursos no HUCAM e, uma vez pactuada as metas, todos os servidores estão envolvidos – ainda que indiretamente – na negociação.

*O contrato de metas não se estabelece sem quem está oferecendo os serviços ajustar o seu processo de trabalho. Tem que fazer seus acordos internos (G1);*

Nesse sentido, alguns dos entrevistados apontaram a necessidade de “conscientização” dos funcionários quanto à importância do alcance das metas, seja por meio do faturamento correto, seja por meio de ampliação das consultas e exames a fim de estabelecer credibilidade na relação entre as partes. G1, numa perspectiva verticalizada da gestão, ressalta a importância do processo de trabalho interno na instituição. Fazer os acordos internos significa estabelecer junto aos funcionários a meta a ser cumprida. Todavia, as demais facetas que perpassam o HU – crise financeira, dissociação entre ensino e assistência e déficit de pessoal – nem sempre propiciam tal alcance. Por isso G3 destaca a necessidade de ser como uma empresa:

*Nós, no hospital universitário, não tínhamos essa cultura que nós tínhamos que funcionar como uma empresa e que tínhamos que cobrar tudo que nós estávamos gastando no hospital (G3);*

Funcionar como uma empresa, conforme G3, é estabelecer um processo equilibrado entre despesas e receitas, o que só foi possível com uma reorganização e reeducação do faturamento hospitalar. Muitos dos procedimentos não eram contabilizados em função de uma cultura de que o hospital, custeado pelo MEC, não necessitava, ou mesmo, não recebia verbas conforme sua produtividade – nessa

lógica o desequilíbrio financeiro já se fazia presente na instituição, conforme apontamentos dos relatórios do planejamento estratégico de 1995 e de 2004:

Considerando que o HUCAM só possui como fonte de recursos aqueles provenientes do convênio HUCAM/INAMPS, que recebemos com atrasos que às vezes chegam a 50 dias foca quase impossível ter um fluxo de caixa formalizado, pois quando os recursos financeiros terminam, temos que esperar pela boa vontade do INAMPS por nova liberação de recursos financeiros. Podemos citar como exemplo o faturamento previsto para o mês de julho de 1995 no valor de R\$ 506.421,79, o INAMPS nos pagou somente em 05 de setembro de 1995 a quantia de R\$ 448.020,01. [...] com recursos em falta, e como não temos de onde arranjar outros, só nos resta esperar a nova liberação por parte do INAMPS [...] (PRICE WATERHOUSE, 1995, p.33).

[...] espera-se para os anos seguintes, a partir de 2005, uma ênfase nas questões sociais no setor saúde, com maior acessibilidade e melhor resolatividade e para isso, conta-se com um cenário mais promissor no que se refere ao financiamento do setor, com aumento significativo de recursos, onde se incluem também melhor orçamentação para os hospitais universitários (públicos) [...] (HUCAM, 2004, p.49)

Explicitamente o déficit financeiro da instituição atrapalha o cumprimento de suas atividades, porém, fatores internos também surgem nas falas como impeditivos das negociações firmadas entre HUCAM e SESA. Como apontado por G1, é preciso fazer os acordos internos. Assim, trabalhar o processo de trabalho, envolver os diversos atores inseridos na instituição, reconhecer a capacidade física e humana do hospital, tornaram-se fatores de relevância para o cumprimento de acordos.

*Quando você estabelece que você vai dispor para a rede pública 200 exames de mamografia, por exemplo, o hospital tem que dar conta de fazer as 200 mamografias. O Hospital das Clínicas quando estabelece um contrato de metas ele tem que trabalhar o processo de trabalho dele. Se ele não dá conta, ele entra num descrédito (G1);*

Todavia, o processo de trabalho do HUCAM perpassa o corpo clínico (médicos), uma gama de técnicos administrativos (enfermagem, nutricionistas, técnicos de enfermagem, psicólogos, fisioterapeutas, técnicos de radiologia, etc.), e também os docentes e discentes (professores de todos os cursos, internos, residentes e estagiários). Nem sempre a relação entre estes se dá de forma harmoniosa e então alguns dos entrevistados apontaram exemplos desse limitador:

*O hospital estabelece um contrato de metas, a assistência estabelece um contrato de metas que depende diretamente do professor, da docência, porque a docência utiliza o ambulatório. E então a gente tem ambulatórios fechados, a gente tem redução de atendimentos e isso interfere diretamente no contrato de metas [...] Então eu dependo, o hospital depende dos índices que são colocados pro professores e médicos. Quando o professor sai, quando na época de férias ele sai, o número cai. E ele sai sem avisar, sem planejar, aí quando o hospital sente o baque...aí fica a deficiência pro hospital – financeira (G1);*

G1 relembra que no HUCAM há dois tipos de atendimento ambulatorial: o de responsabilidade do servidor técnico-administrativo e outro conduzido pelo docente acompanhado de internos e residentes. Este segundo tem uma dinâmica definida pelo calendário acadêmico da universidade. Este duplo fluxo: a uns, planejamento de férias que passa pelo RH do HUCAM, da SESA, da SEMUS, da Fundação, etc. De outro, o controle pelo RH do CCS. Os meses de recesso das aulas é também período de recesso dos docentes. Mas não de redução da demanda por atenção à saúde.

*Então essa é uma questão que às vezes ainda dificulta a própria gestão que tá muito afinada e a gente tem tido trabalho quando constrói, por exemplo, o contrato, fazer com que efetivamente a pactuação feita dentro do contrato, o POA, seja conhecida e executada pelo hospital como um todo. Ainda é um a questão que eles tem enfrentado como desafio pra romper essa fragmentação que ainda tem dentro do hospital – os núcleos de propriedade de cada serviço ali (Ge);*

Por outro lado, o não cumprimento das metas em geral não passa pelo fluxo dos ambulatorios, mas da internação e dos serviços de diagnose de alta tecnologia (exemplo das ressonâncias magnéticas). Enquanto o SUS oferece 1,9 aparelho por milhão de habitantes, os planos de saúde, essa relação sobe para 19,8 por milhão (IBGE, 2009). Há aqui alguns aspectos a serem considerados:

a) **Solicitação de exames em excesso.** Santos Júnior (2006) estima que 60% dos exames ditos de “rotina” podem ser dispensados, sem qualquer risco para os pacientes; soma-se, ainda, a observação de que as alterações detectadas nesses exames poderiam ser previstas na avaliação clínica. Além disso, a maioria das alterações evidenciadas pelos exames de rotina não contribui para alteração dos resultados... Ademais, sabe-se que um percentual significativo, equivalente a mais da metade dos resultados dos testes de laboratório, não é verificado pelos solicitantes responsáveis.

b) **Eficácia dos exames** - O uso de várias dessas tecnologias de eficácia consolidada amplia a resolubilidade dos serviços de saúde em termos de detecção precoce de doenças.

c) **Avanço tecnológico** - A diversidade de padrões de avanço tecnológico e sua incorporação ao setor saúde podem ser explicadas pela amplitude de produtos e

serviços envolvidos – de seringas a tomógrafos computadorizados e proteínas geneticamente manipuladas. Mas, esse avanço, suas diferentes variedades e velocidade de adoção e difusão “são também um produto dos diversos, e com freqüência conflitantes, atores e interesses que atuam no complexo antes médico-industrial e, hoje, cada vez mais, médico-financeiro” (VIANA, 2002, p. 386)

Atravessado por pressões de toda ordem, o HUCAM vivencia a fragmentação entre ensino e assistência, processo exposto também pelo gestor estadual, ou seja, um ator externo à instituição prestadora do SUS. Vale lembrar que Ge já atuou como funcionário, bem como já esteve como discente na instituição da qual fala, portanto, retrata em sua fala a existência de feudos, mandos e desmandos em todo o complexo hospitalar.

A convivência entre ensino e assistência no mesmo espaço – o HUCAM – não se caracteriza, portanto, como uma relação sem conflitos ou divergências.

### **C) Impactos da relação dual (ensino-assistência) sobre a gestão do HUCAM**

*São duas perspectivas diferentes, mas que tem que ser conciliadas. De um lado é um hospital e ele precisa prestar assistência, por outro lado ele tem características peculiares que são de um hospital-escola (R);*

Conciliar ensino e assistência numa mesma instituição – função do HU – torna-se tarefa árdua à gestão, mas não se apresenta com unanimidade nas falas – ora é um desafio, ora uma conseqüência:

*Isso não é fácil. Porque precisa entender os interesses do diretor do hospital, né, **que tem que ver o hospital como empresa**, precisa funcionar como empresa e não pode dar prejuízo e prestar um serviço de qualidade. E a presença dos estudantes de graduação, da residência médica, dos professores dentro do hospital, é claro que elas geram um tipo de ambiente que desfavorece a empresa (CD);*

O desafio está em atender aos diversos interesses dos muitos atores do hospital escola – professores, técnicos, técnicos administrativos, alunos, pacientes, familiares – mantendo para isso a função e estabilidade financeira da instituição, conforme uma empresa. A necessidade de exames, materiais extras e presença constante dos alunos nas instalações do hospital são exigências da formação, que,

como apontado por CD, não podem e não devem ser prejudicadas pelas dificuldades financeiras da assistência.

***Muitas vezes para que o professor possa fazer determinada aula prática dentro do hospital ele precisa gastar mais do que se gastaria sem a presença dos estudantes dentro do hospital. Por que o objetivo do professor é ensinar, então ele vai ter que solicitar para aqueles pacientes que ele estiver atendendo tudo aquilo que ele acha que é necessário para um bom diagnóstico e o encaminhamento do paciente. E não vai deixar de fazer isso porque o hospital está com dificuldades financeiras, se não ele compromete o ensino e se compromete como responsável por aquele paciente (CD);***

Aqui explicita-se o lugar do HU – uma instituição de ensino responsável pela formação de recursos humanos para o SUS, portanto sujeito às necessidades definidas pelo processo de formação e pelo projeto político-pedagógico de cada curso.

Ainda que “desfavorecendo a empresa”, a relação ensino-assistência aparece em algumas falas como condição inerente ao HU:

***Eu acho que não existe, neste hospital aqui, não tem como você falar de qualquer assistência que não tem ensino (S);***

Como indissociável, o papel do HU aqui, como laboratórios de prática do ensino na área da saúde, é de sua competência desenvolver o ensino, as atividades de pesquisa, extensão e assistência à saúde, de forma integrada ao Sistema Único de Saúde.

Outros afirmaram inicialmente não existir conflitos entre as áreas de exercício do hospital universitário, contudo, no discurso, foi possível identificar o contrário.

***Essa instituição (o HU) deixa de ser um laboratório e passa a ser um aparato hospitalar integrante do SUS, com responsabilidades assistenciais, também, mas sem perder o seu papel de formador. Evidente que esta mudança trouxe conflitos e talvez ainda traga algum conflito em alguns lugares entres os interesses acadêmicos e a sua responsabilidade social (M);***

Verifica-se na fala do MEC a lógica contemporânea de descaracterização do HU enquanto anexo das faculdades da área da saúde, espaço de prática de excelência e voltada ao desenvolvimento da alta tecnologia. Sob a ótica da produtividade, a formação se torna secundária dentro do hospital-escola e este passa a ser um prestador de serviços ao sistema de saúde

***Esse é um desafio muito grande, porque o hospital universitário tem essa prerrogativa. Ele tem que trabalhar na assistência, mas fundamentalmente ele tem que ser pesquisa e ensino – e a assistência um complemento (G3);***

***Hoje é muito mais assistência do que ensino. Por que a assistência prevalece ao ensino, quando no mínimo elas deveriam andar lado a lado (G4);***

Dissociação e sobreposição das partes aparecem nas falas como entraves à convivência entre ensino e assistência – pilares do hospital escola.

***Está havendo uma dissociação total dentro do hospital universitário, com o ensino e com o atendimento (G2);***

***Da forma como ele é estruturado o ensino da forma como está lá inviabiliza a assistência, e a assistência da forma como ela tá inviabiliza o ensino (Gm2);***

“O ensino da forma como está” é apontado por Gm2 como a transmissão equivocada do que seja um serviço terciário de saúde do SUS – onde por vezes não há o adequado processo de hierarquia e regionalização do sistema de saúde, faltam condições adequadas de atendimento e de prestação de serviços, para além do sucateamento das instalações da aprendizagem no hospital. Ademais, “a assistência da forma como ela tá inviabiliza o ensino”, considerando a ótica da produção submissa àqueles que injetam recursos no hospital, desconsiderando com isso os interesses e objetivos da formação.

E G1, afirmando a não integração entre as partes constitutivas do hospital-escola, lança a questão por demais complexa, tendo em vista a intrínseca relação entre as partes:

***Uma coisa que falta é essa integração docente assistencial. O ensino é para o hospital ou o hospital é para o ensino? (G1);***

Colocada com um dilema – qual a relação de subordinação de um sobre o outro – o entrevistado traz à cena o processo de luta sobre a quem pertence o HU: ao MEC ou ao MS?

Como visto, o HU surge para atender aos anseios da formação, mas não poderia alcançar tal objetivo sem, contudo, prestar assistência de qualidade à população que dela necessita. É, portanto, um espaço de referência e de busca para a população no que tange saúde. Tampouco não faria jus a tamanho patamar na rede de saúde se ali não estivessem atuantes – e difusores de seu saber – alguns dos melhores nomes quando se fala em profissionais da saúde em diversas especialidades.

***A gente tem esse processo da assistência junto ao ensino....uma coisa não compromete a outra. Não compromete e não deve comprometer. Uma boa***

**assistência sempre vai ser boa fonte de ensino.** O hospital só existe por causa, por sua finalidade de ensino – se ele se diz hospital universitário. [...] o sentido primordial da gestão de um hospital universitário é colocar esses dois pilares – assistência e ensino – lado a lado, um trazendo benefício pro outro (G5);

Considerando a instituição como um hospital tem-se a necessidade de funcionamento integral e ininterrupto durante o ano. A docência atende ao calendário acadêmico, o qual cessa suas atividades duas vezes ao ano – demarcando assim a inexistência de diálogo entre ensino e assistência, inclusive na esfera da gestão federal.

*Essa incompatibilidade, esse distanciamento do ensino da assistência interfere dentro do hospital [...] o Ministério da Saúde tem um desenrolar das atividades que o Ministério da Educação não acompanha. Não acompanha! (G1);*

A ausência de diálogo aliada à lógica da produção na obtenção de recursos faz com que alguns entrevistados apontem uma sobreposição da assistência em relação ao ensino e à pesquisa. R, enquanto sujeito em formação, denuncia em sua fala a atuação marcante na assistência em prol de mais recursos, a despeito da precarização do ensino.

*O conflito, às vezes, vai ter na própria gerência do hospital, em que o hospital ele precisa se manter, ele precisa conseguir recurso, ele precisa produzir e essa produção, essas questões acabam sendo prioritárias ao ensino, infelizmente em algumas situações. Então, há uma predileção por setores que produzem mais renda pro hospital (R);*

Importa aqui destacar que o papel secundário do ensino e da pesquisa é reflexo também da conjuntura nacional da política de educação. A redução gradativa dos investimentos nas instituições de ensino superior públicas são uma constante na política neoliberal, que tem como conseqüências a redução de professores, ampliação de contratos temporários e flexibilizados, corte dos gastos destinados à pesquisa e projetos de extensão – ou seja, impõe-se uma política de retração do Estado com fortes impulsos à privatização dos espaços de educação.

*Quando o hospital passa a ter essa perspectiva simplesmente de produção, de conseguir renda, de conseguir receita, de ter que manter funcionando, mesmo que não tenha visita, mesmo que não tenha discussão, mesmo que não tenha reunião... aí há uma predileção clara por essa parte assistencial ou simplesmente não de formação (R);*

O hospital escola tem por objetivo oferecer as bases práticas da formação das áreas da saúde, assim as visitas às enfermarias, a discussão clínica e as reuniões entre as equipes de saúde são ferramentas didáticas utilizadas na instituição. O

esvaziamento destas em prol da produtividade e conseqüente obtenção de recursos, reforça o papel secundário deixado ao ensino. Para os alunos “não ter visitas” significa nesta instituição perder a oportunidade de discutir casos e patologias (por vezes incomuns), trocar experiências e vivenciar a prática do saber na área da saúde – o que de fato caracterizaria um ensino de qualidade.

Outros sujeitos da pesquisa acentuam a incompatibilidade entre o papel do ensino na instituição e sua atuação como um hospital inserido na rede de saúde:

*Então fica capenga a formação na graduação, o ensino. Fica mal atendido o paciente que está lá e os professores ficam mal porque não podem fazer as suas pesquisas (G2);*

Denunciada está a triangulação desequilibrada entre ensino, assistência e pesquisa – pilares do hospital universitário. A falha em um deles significa conseqüentemente o insucesso nas outras áreas. Assim, também a predileção ou favorecimento de uma delas rompe com a lógica da instituição de fomentar ensino de qualidade por meio de assistência de excelência, produzindo com isso novos saberes.

G2 refere-se ao insucesso do HU. Todavia, não é possível trabalhar as falhas institucionais, sem contudo considerar o jogo de fugas e esquivas existente entre saúde e educação.

*O hospital universitário tá dentro da universidade, mas quem coordena as atividades do hospital de assistência é o MS, não é o MEC que é o coordenador de lá. Como o MS e MEC sempre andaram descompassados [...]. A universidade ela tenta fazer aquilo que é competência dela, mas como nós temos dois senhores, a quem eu tenho que seguir? (G1);*

A distância existente entre os interesses dos ministérios envolvidos na dinâmica do HU retrata o contexto nacional de redução do papel do Estado nas políticas públicas, assim como a funcionalidade de apresentar a ingerência das instituições da área social, como estratégia de ampliação do espaço privado. Enquanto educação determina seus objetivos de ensino e pesquisa, saúde solicita que a instituição atue na lógica da produtividade, desconsiderando para isso as necessidades da formação. Na busca de atender aos anseios de ambas as partes – sobretudo por que depende financeiramente das mesmas – o hospital não atende plenamente a nenhuma delas. É exatamente a constatação de ineficiência, isolada da conjuntura que a cerca, que alimenta o desejo de privatização das instituições de ensino e saúde.

*Assistência ele cumpre. Ensino ele não cumpre mais. O hospital é muito assistencial. [...] num processo de re-certificação ele não passa mais (G4);*

Manter preferencialmente o caráter assistencial atende à lógica de produção de serviços na obtenção de mais recursos, assegurando a manutenção da instituição mesmo que deficitária. Na relação entre os dois senhores, o MEC exige que o hospital atenda aos critérios de certificação de um hospital-escola, enquanto o MS espera resultados produtivos quanto aos serviços de alta complexidade. E, como advertido por Carvalho (sd), a autonomia universitária fica limitada ante as diretrizes de outro Ministério.

Outro aspecto, são os “feudos” existentes no interior do hospital, em que docentes e técnicos, garantidos pelos seus muitos anos de atuação na instituição, acreditam estar acima da normalização da mesma. É esse tipo de relação interna no HUCAM – a micropolítica apontada por Merhy<sup>133</sup> – que impede a realização das ações de atenção básica nas Unidades de Saúde, pois os docentes se negam a atender à logística de sair do hospital e se inserir na Unidade (vinculada e regulada pela gestão municipal de saúde e não pela UFES) para o ensino. A partir dessa postura, alguns pontos estão envolvidos: desde a formação do aluno, uma vez direcionado a não receber o aprendizado (de atenção primária) na rede básica de saúde, o que seria racional e adequado; além do prejuízo financeiro posto ao hospital, tendo em vista que não se justifica, junto à SESA, as ações de atenção básica nas dependências de um hospital terciário (e, portanto, muitos procedimentos não são contabilizados em favor do HUCAM).

Na lógica de favorecimento da assistência à despeito da formação, R adiciona a negligência quanto à formação dos profissionais de saúde, em que os residentes, muitas vezes, utilizados como mão-de-obra barata, são colocados à frente dos serviços, furtando-se das preceptorias adequadas ao processo de formação.

*Como **mão-de-obra barata** ele [residente] é deixado pra aquele trabalho, **pra que faça o hospital funcionar** e a parte de ensino, de ganhar conhecimento, que aí envolve discutir caso, estar em reuniões científicas..... isso é deixado de lado, pra simplesmente ir no rotineiro, no dia-a-dia (R);*

R refere-se à ausência de preceptorias em tempo integral, conforme exige o programa de residência. Declara, nesse sentido, que em muitos setores o trabalho é desenvolvido quase que exclusivamente por residentes, denunciando o uso da

<sup>133</sup> Sugere-se a leitura de Merhy e Onocko (1997).

formação da residência como “mão-de-obra barata” em uma instituição marcada pelo déficit de técnico-administrativos.

*Quem toca o serviço do hospital, a grosso modo, é o residente [...] no hospital sem o médico residente muitos serviços ou param ou passam a funcionar de uma forma bem complicada (R);*

Hoje, o número de residentes totaliza 115 em medicina e 24 em multiprofissional (enfermagem, odontologia, farmácia, nutrição e serviço social). A relação corpo clínico (médicos servidores técnico administrativo de 158 (dados do HUCAM em 2010) e o número de residentes em medicina) este corresponde a 1,4:1. Essa relação ratifica a afirmação acima.

A pesquisa dentro do hospital universitário não aparece como prioridade de atuação na fala dos gestores aqui entrevistados. A ênfase está na manutenção do ensino (graduação) e na supervalorização da assistência, projetando assim o desfalque em um dos pilares do hospital universitário – a pesquisa.

*A pesquisa tá se desenvolvendo, ela tá crescendo no hospital, mas ela avança muito menos do que poderia avançar. Eu acho que nosso hospital, ele não desenvolveu todo o potencial nessa área e tem muito que crescer na área de pesquisa (G5);*

O financiamento das pesquisas passaria por um lado pelos editais das agências de fomento e, por outro, pelos aportes garantidos pela indústria farmacêutica. Quanto à primeira, os recursos ficam com os docentes pesquisadores inseridos nos programas de Pós-Graduação existentes no Centro (e muitos utilizam o espaço do e/ou os usuários de serviços da instituição HUCAM). Por outro, iniciativas individuais, com aportes de laboratórios, também não passam pelo debate no HUCAM. Por fim, uma e outra pesquisa não é incorporada como produção do HUCAM, mas do Centro de Ciências da Saúde, local onde o docente se vincula administrativamente.

*Existem pesquisas pontuais, então o pessoal [cita nome de um serviço] se tá pesquisando um produto, então o laboratório municia o produto e também remunera para continuar a parte científica [...] as pesquisas são muito grandes dentro da área cita nome de outro serviço], no mestrado e doutorado, porque isso é lá pelo CBM [antiga denominação do atual CCS] e isso é onde o professor responsável por lá ele tem contratos com universidades americanas que tã aí e desenvolvem pesquisas. Agora, pesquisas clínicas no hospital universitário é muito complicado, por não ter uma estrutura que fortaleça (G2);*

Ainda que os entrevistados apontem a pesquisa como deficiente no HUCAM, consta no relatório de gestão, do ano de 2008, do Centro de Ciências da Saúde da UFES, uma lista de projetos e pesquisas em desenvolvimento nas dependências do

hospital universitário, englobando os diversos departamentos da universidade. Como resultado, o relatório apresenta detalhadamente as centenas de produções científicas elaboradas no corrente ano, como produto das ações de pesquisa desenvolvidas pelos docentes e alunos ali presentes. O relatório destaca que apesar das atividades de ensino, pesquisa e extensão terem ocorrido dentro da normalidade em 2008, inclusive com expansão destas atividades, algumas dificuldades enfrentadas, continuaram a prejudicar a qualidade do funcionamento de determinados setores, como estrutura física inadequada, déficit de pessoal, ausência de manutenção predial e de equipamentos, fragilidade das instalações da rede de internet e telefonia, insuficiência de materiais de consumo necessários às aulas e às pesquisas (UFES, 2009).

*E pesquisa? **Muita pouca pesquisa.** Como o hospital vive seu custeio daquilo que ele arrecada do SUS e a assistência, a folha de terceirização consome esse recurso, ele é obrigado a atender, atender e atender.... é a lógica do sistema público de saúde (G4);*

Como reflexo da conjuntura nacional, o não investimento em pesquisa apresenta a ênfase dos hospitais na produção de serviços voltados à obtenção de recursos do SUS; retrata o sucateamento das universidades públicas; e a delegação de grandes pesquisas ao mercado privado (vide, como exemplo, as grandes indústrias farmacêuticas), o qual de posse do saber e da tecnologia o usa em prol de seus interesses lucrativos, impedindo o acesso coletivo e universal.

O distanciamento entre ensino e assistência ocorre, conforme alguns entrevistados, também no nível da instância superior de regulação – no caso do HUCAM é a UFES. Focada no ensino, a universidade por vezes delega à diretoria do HUCAM as questões referentes à assistência, como se essa estivesse deslocada da formação. Como no nível macro, onde MEC e MS tentam delimitar o espaço de cada um, também no micro UFES e HUCAM vivenciam um jogo de “fugas e esquivas” de suas responsabilidades.

*Às vezes existe uma **posição antagônica dos órgãos de controle da universidade com relação às ambições de desenvolvimento do hospital (G5);***

Da mesma forma que MEC e MS discutem de quem é a responsabilidade de assegurar a manutenção do HU, para a reitoria, o HU deve ser autossustentável com as verbas resultantes da pactuação.

*Desses 17 itens que nós levamos ao reitor ele simplesmente disse que isso eram ações do hospital e o hospital tinha que se virar com o dinheiro que era da produção do hospital (G2);*

Diante da negativa da UFES em apoiar a recuperação do HUCAM, somada à crise institucional (dívidas gigantescas, déficit de pessoal, estrutura física em ruínas, etc) herdada das gestões anteriores, G2 renuncia ao cargo, 70 dias após sua posse. Em sua renúncia, denuncia a árdua tarefa de gerir uma instituição voltada ao ensino, à assistência, à pesquisa, sem condições estruturais e financeiras para tal.

A partir dos apontamentos dos gestores é possível inferir que o raciocínio da UFES (enquanto órgão superior ao HUCAM) estabelece em seu discurso a lógica de que o hospital deve atuar com a capacidade de funcionários que o MEC coloca na instituição – o que reduziria quase pela metade o funcionamento atual.

*Pra fazer uma boa assistência nós precisamos estar atualizados, nós precisamos ter os melhores equipamentos, nós precisamos ter o serviço se ampliando no sentido de absorver as novas técnicas, novas tecnologias e as novas habilidades e as especialidades que os serviços vão recebendo ao longo do tempo. E isso é incompatível com trabalhar dentro dos limites de funcionário, de pessoal que o MEC tem alocado pro hospital ao longo do tempo (G5);*

Tem-se explícito o embate de interesses entre ensino e assistência, em que atuar apenas com os recursos humanos mantidos pelo MEC sustentaria a formação, mas não à capacidade de produção do hospital, enquanto espaço da assistência. A expressão “não faz sentido” utilizada pelo residente, ilustra o desencantamento entre o que o HUCAM poderia ser – referência em saúde – e o que ele é – um espaço antagônico – pode, mas não é.

*Não faz sentido, se você pensar numa estratégia de saúde coletiva, não faz sentido manter um hospital como esse e que ele não funcione, não faz sentido você manter um hospital, que é um dos poucos, pouquíssimos do SUS que tem serviço de hemodinâmica, que dá pra fazer cateterismo, angioplastia e tudo mais que não funciona 24 horas, que só funciona em horário comercial. Não faz sentido você pensar num hospital como esse de alta complexidade, que tem 08 leitos de CTI, sendo que 04 deles são especificamente cirúrgicos. Não faz sentido você pensar num hospital como esse, de referência, quando você tem um andar inteiramente desativado porque não tem técnico de enfermagem pra ser contratado (R).*

Ao descrever o quadro de insuficiências do HUCAM, R ratifica a conjuntura das universidades federais, em que a ausência de investimentos públicos, sucateamento físico e estrutural, além da deficiência de pessoal, é uma constante. Aos olhares neoliberais tal conjuntura caracteriza a administração dos HUs como obsoleta e ineficiente aos moldes atuais – torna-se assim uma instituição propícia à privatização

e à flexibilização dos vínculos trabalhistas. Como medida última nesse sentido tem-se a Portaria 04/2008 que estabelece a separação das fontes pagadoras entre UFES e HUCAM, ou seja, o hospital terá a partir de 2011, 'autonomia' quanto ao seu sistema de folha de pagamento e recursos humanos. Ou seja, o contato entre a universidade e hospital se reconfigura, reafirmando uma expressão usual entre alguns dos entrevistados –HUCAM, o “patinho-feio” da UFES.

A relação ensino e assistência perpassa também a vertente dos custos, em que se tratando de um espaço de formação, necessita de um aporte maior de recursos – fato visto como catalisador da crise financeira instalada na instituição.

*E aí lá ainda tem um diferencial [...] lá os alunos...é o local de aprendizado dos estudantes de medicina. E aí normalmente o giro-leito<sup>134</sup> é maior, **consome mais recursos.... e a gente sabe que alguns serviços dão prejuízo mesmo** (Gm1);*

As ações necessárias ao ensino são portanto apresentadas como fomentadoras do prejuízo financeiro da instituição:

***Nós temos procedimentos, que nós fazemos no hospital, que nós sabemos que dá prejuízo. Mas por que que nós fazemos? Por que ele remete em prol do ensino e da pesquisa** (G3);*

Entre os procedimentos prejudiciais à área financeira do HUCAM pode-se citar o tratamento dos pacientes portadores de Linfomas em que a terapia atual consiste no uso de drogas com melhor controle da doença – RITUXIMABE – cujo valor de um tratamento/mês fica em torno de R\$ 51.000,00 contra um valor de R\$2.430,50 repassado pelo SUS referente ao protocolo atual existente. Em 2009 o número de pacientes com indicação para este tratamento eram de oito, contabilizando um déficit de R\$388.556,00/mês – importa aqui destacar que, para além da necessidade da formação, a manutenção do tratamento significa atender ao princípio da integralidade da saúde. Há ainda alguns itens de materiais especiais de órtese e próteses ainda não constantes da tabela SUS, porém, freqüentemente solicitados, como é o caso dos stents farmacológicos indicados para pacientes diabéticos e com reincidência de obstrução coronária cujo valor está em torno de seis a sete vezes o

<sup>134</sup> Giro-leito corresponde ao tempo médio de permanência do paciente internado. Corresponde à rotatividade dos leitos. Zucchi, Bittar e Haddad (1998), confirmam empiricamente que a permanência dos pacientes dos hospitais de ensino são mais longas quando comparados aos hospitais privados e/ou de menor porte, como hospitais secundários. No HUCAM, conforme dados estatísticos, a taxa média de ocupação em 2010 foi de 5,92 dias.

valor do stent convencional. Outro item com distorção são as próteses de Amplatzer utilizadas para correção intervencionista de comunicação inter atrial e outros; neste caso, sequer o procedimento está contemplado na tabela SUS e a prótese é fornecida por um valor em torno de R\$ 31.000,00. Problema semelhante ocorre nos procedimentos de embolização de varizes pélvicas e/ou de má formações arteriovenosa periféricas onde regularmente são utilizados, no mínimo, de oito a dez molas e a compatibilidade da tabela SUS não permite mais de 01 unidade (HUCAM, 2009) .

A discordância quanto às funções do hospital escola também ocorre com os atores envolvidos na assistência. Nessa perspectiva, atores externos ao HUCAM, como SESA e SEMUS, apontam incompatibilidade no fato de um hospital escola estar inserido na rede de saúde. Os investimentos em ensino e pesquisa nem sempre são de interesse desses investidores e impedem o desenho de rede que os mesmos almejam pro HUCAM.

*A gente precisaria integrar muito mais o processo de formação dos estudantes com o modelo assistencial que a gente construiu pro Estado (Ge);*

Integrar o processo de formação ao modelo assistencial proposto pela SESA significa na prática romper com a lógica instalada hoje no HUCAM, de atendimento à atenção de todas as instâncias, como a atenção básica exercida na pediatria e clínica geral – interesse dos discentes, mas não da secretaria estadual ou mesmo municipal por já possuírem suas unidades. O modelo consolidado no HUCAM, configurando os feudos e capelas entre as especialidades, impede que a SESA organize, conforme seus desejos, a proposta de atenção à saúde naquele espaço – fato também visualizado pela SEMUS.

***A assistência, a rede estadual, ela tem uma necessidade, ela tem uma demanda que o hospital por ser escola não atende.[...] o município não teria nenhuma obrigação com o hospital universitário[...] (Gm2);***

A autonomia universitária se confronta aqui com os interesses específicos da rede de saúde. Assim, SESA e SEMUS “investem” no HUCAM a partir de sua importância na rede de saúde – referência em atenção terciária. Contudo, ambos os investidores apostam e esperam do HUCAM determinados serviços que sejam de interesse à sua área de regulação.

Os representantes da SEMUS acentuam que o hospital universitário não se coloca no sistema estadual de saúde com a relevância que possui. Para os representantes desta secretaria, ao se posicionar de forma subordinada, e de fato não exercendo seu poder de troca, o HUCAM reveste-se de submissão aos interesses dos órgãos reguladores da saúde pública.

*Não se coloca o HUCAM como uma instituição que é necessária estar ali presente, de portas abertas, como um espaço de alta complexidade – e é exatamente por conta deste enclausuramento que o próprio hospital faz que a Secretaria Estadual ou a Municipal estão criando espaços para não ter que depender daquilo lá. Daqui a pouco “Oh...não preciso mais de você, você é MEC, você se vira com o MEC”. Porque o que a rede estadual está fazendo? Está criando os espaços para não ter de usá-los mais – em pouco tempo o HUCAM vai ter que buscar pacientes para estudar e os alunos aprenderem de outra forma, mas não com o dinheiro das secretarias (Gm2);*

Para Gm2, enquanto representante da SEMUS, mas também enquanto funcionária do HUCAM, mantendo-se enclausurado o HUCAM impede maiores e melhores negociações, resultando no investimento de parceiros – leia-se aqui SESA e SEMUS – em outras instituições da rede como as filantrópicas. Encontra-se mais uma vez a afirmação do discurso da ingerência pública como justificativa para os investimentos em áreas privadas e/ou do terceiro setor.

Há aqui aspectos do processo de descentralização e pactuação da saúde. Por um lado, para o MPF/ES, ao não assumir sua responsabilidade na execução de políticas públicas de saúde, a União “deixa para o estado e o município responsabilidades que não lhes cabem”<sup>135</sup> (recursos da esfera estadual e municipal são desviados para a manutenção de um hospital federal) negligenciando as funções cabíveis a estas instâncias governamentais na área da saúde – como ações de promoção e prevenção. Por outro lado, ao “oferecer” parte da mão de obra e dos recursos do hospital, o gestor do estado, aqui representado pela SESA, ganha poder de “barganha” junto à pactuação de ações do HUCAM na estruturação da rede de saúde. Assim, as metas contratualizadas têm por vezes embutidas interesses da modelagem, organização e regulação do sistema estadual de saúde – nem sempre condizentes à estrutura do HUCAM, enquanto espaço também de ensino, pesquisa e extensão.

<sup>135</sup> Entrevista do procurador da República André Pimentel Filho ao site Jus Notícias (<http://www.jusbrasil.com.br/noticias/724718/mpf-es-quer-concurso-publico-para-preenchimento-de-669-cargos-em-hospital-universitario>) em 2 de fevereiro de 2009 sobre ação civil pública com pedido de antecipação de tutela para obrigar a União e a Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) a realizar concurso público para o preenchimento de 669 cargos existentes na estrutura de pessoal do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes.

Há nessa relação – HUCAM e SESA – uma dinâmica de retenção e fluidez dos espaços e do poder, o que se repete nas outras relações que perpassam o hospital universitário, seja com a reitoria, CDS, governo federal, funcionários, sindicato, residentes, internos e docentes.

Há nesse espaço do HUCAM uma gama de senhores e o que parece é que não se sabe a quem obedecer. Mas, por fim, há revestido nesse embate entre dois senhores (MEC e MS) uma progressiva desobrigação de ambos com os Hospitais Universitários federais, como expressão do avanço do projeto político neoliberal sobre as políticas públicas brasileiras. Nesse cenário, impõe-se aos HUs uma série de mudanças, estas orquestradas por agências internacionais, em busca de maximização dos lucros, pulverização dos direitos trabalhistas e desresponsabilização da saúde e da educação para com a oferta de serviços de caráter universal, integral e de qualidade.

Novamente o paradoxo apontado por Lima (2004) apresenta-se como pertinente neste estudo: ao estar **ENTRE** duas possibilidades, acaba por esterilizar ambas:

[...] a questão está polarizada *entre* duas posições. E no tratamento tradicional dado à questão, estar entre duas possibilidades (...) significa não ser nem um nem outro, e estar no meio significa não ter concluído a tarefa. (...) o entre despotencializado é o entre capturado por duas totalidades opostas, é o entre reportado a idealidades esterilizantes (LIMA, 2004, p.53).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas,  
que já tem a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos,  
que nos levam sempre aos mesmos lugares.  
É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado,  
para sempre, à margem de nós mesmos.*  
(Fernando Pessoa)

Iluminadas pelo problema da gestão dos hospitais universitários e os conflitos de interesses entre ensino e assistência, as respostas ao problema de pesquisa circundaram o universo de duas políticas públicas: saúde e educação. Inseridas no contexto de contrarreforma do Estado, estas políticas seguem a tendência da política social no contexto de um Estado capitalista periférico, como o Brasil, de desresponsabilização do Estado; ênfase em programas de renda mínima de caráter focalizado; responsabilização “abstrata” da sociedade civil e da família pela ação assistencial, com aumento de atuação das organizações não governamentais; desdobramento do sistema de proteção social entre aqueles que podem pagar por serviços privados e àqueles que dependem dos serviços oferecidos pelo setor público.

A saúde, apesar do legado constitucional, construído numa perspectiva democrática, tem na prática as medidas adotadas pelo MS, como impeditivas de sua concretização. O SUS, como sistema embasado na universalidade e integralidade das ações de saúde, tem, sobretudo nos aspectos de financiamento e de gestão, obstáculos enraizados por uma cultura patrimonialista e clientelista da política brasileira. Ocorre uma descentralização financeira, porém não autônoma – tampouco conforme a almejada e defendida na proposta democrática participativa – entre as esferas de gestão. Nesse sentido, aos municípios deliberou-se demanda significativa de saúde, com ampliação de suas competências, ainda que sob as normas estruturadas pelo governo federal, nem sempre condizentes à realidade local.

Há um favorecimento das ações de atenção básica, foco do governo federal, em detrimento da atenção terciária, com o objetivo de reverter a lógica da atenção à saúde centrada no aparato hospitalar. Entretanto, sem uma estruturação adequada da rede de atenção a saúde em todos os seus níveis, os hospitais e os serviços de urgência e emergência acabam por ser a porta de entrada do SUS para usuários que não acessam o nível de atenção primária. Reafirma-se aqui a lógica de que saúde é sinônimo de consumo de fármacos e de procedimentos. Ou seja, se por um lado a Atenção Primária, a despeito da expansão dos Programas de Saúde da Família (PSF), não vem atendendo a população na sua totalidade (Campos (2008)

estima que é necessário incorporar ainda 75% dela), por outro, os hospitais não estão integrados ao sistema e até hoje não se definiu uma política de pessoal para o SUS.

O sucateamento dos serviços públicos de saúde – resultado do não investimento governamental e de medidas legislativas que induzem ao desvio de recursos da saúde a outras áreas –, aliado ao descrédito ofertado ao SUS dentro do sistema capitalista contemporâneo, tem exaltado os serviços privados, aproximando a desestatização de áreas estratégicas como os hospitais de ensino.

A Educação por seu turno vive uma reforma universitária que toma a educação como uma mercadoria, organizando-se a formação do aluno como preparação para o mercado, com um conteúdo do ensino utilitário e instrumental. A educação, dentro da proposta bresseriana de reforma do Estado, tem reduzido consideravelmente os investimentos na área, bem como permitido a ampliação, sem critérios, de universidades privadas, perdendo o foco da qualidade em nome da quantidade. A realidade das universidades públicas brasileiras perpassa a precarização física de suas instalações, o déficit de recursos humanos, a sobrecarga de trabalhos aos funcionários ativos, a flexibilização dos muitos contratos temporários ali presentes, bem como a redução ou mesmo ausência de investimentos em pesquisas e projetos de extensão. A formação perde seus elementos não-mercantis – pensamento crítico e analítico, assim como integração da ciência e cultura – e organiza-se em torno da oferta do mercado.

Inseridos nesta conjuntura estão os hospitais universitários, espaços de formação de recursos humanos em saúde e lugar de prestação de serviços de alta tecnologia na área. No contexto de gradativa redução do Estado e aproximação dos interesses mercadológicos, saúde e educação formam os pilares sustentadores de uma situação crônica – para alguns “crise” – instalada nos hospitais universitários do Brasil: grande índice de aposentadorias, sem reposição por meio de concurso público; redução de leitos e de serviços em virtude do déficit de recursos humanos; terceirização da mão-de-obra, consumindo para isso grande parte dos recursos da assistência; e, descontinuidade de serviços, projetos e programas da instituição tendo em vista a grande rotatividade dos vínculos. Alia-se a essa conjuntura o

desprendimento dos Ministérios da Saúde e Educação quanto à responsabilidade do orçamento dos HUs.

Infere-se que enquanto instituição de ensino, o HU necessita atender às diretrizes da educação, bem como aos critérios de certificação de hospital-escola, conforme estabelecidos pelo MEC. Enquanto prestador de serviços ao SUS, se torna dependente da produção para o repasse de recursos. O HU, como espaço de formação de recursos humanos para o SUS, se utiliza dos procedimentos ali realizados para o ensino prático – e nesse universo, a racionalização de exames pode não ser a opção para discentes ávidos por aprender. Por outro lado, frentes de atuação interdependentes (mas nem sempre lineares) como ensino, pesquisa, assistência e extensão inter cruzam-se em um jogo complexo e nunca simétrico (em termos de recursos e prioridades).

É a partir deste emaranhado que envolve o HU que MEC e MS elaboram propostas de reestruturação das instituições de ensino e saúde. As portarias e decretos homologadas entre 2002 e 2010 apresentam um discurso marcado pela necessidade de novo gerenciamento, sobretudo no aspecto financeiro e de pessoal, dos hospitais universitários. Indicam que a crise instalada sobre os HUs trata-se de um problema, sobretudo gerencial. Implícito está nestes documentos, a necessidade de reavaliação acerca do responsável pelo financiamento destas instituições. Ao apontar a paridade de recursos entre MEC e MS, ressalta-se o desejo de maior investimento por parte do SUS, enquanto a educação se retrai, entendendo que os serviços referentes à assistência não são de sua alçada. Ou seja, a assistência como via para formação prática de estudantes da área da saúde perde vez para a assistência como necessidade de resposta às demandas da rede de saúde (demanda do SUS).

Por fim, sob o discurso do mau gerenciamento dos hospitais, da necessidade de uma gestão com menos burocracias e maior autonomia sobre seus recursos humanos, a medida provisória 520/2010 permite a consolidação das Fundações Públicas de Direito Privado na administração dos hospitais universitários. Trata-se de posturas explícitas do projeto societário neoliberal, na intenção de romper com a universalidade e integralidade das ações de saúde, bem como sucumbir ao ideal de

educação pública de qualidade e excelência. São, portanto, medidas legais que permitem a aproximação da privatização dos serviços sociais.

A gestão deste complexo espaço denominado HU torna-se tarefa árdua, considerando a conjuntura aqui exposta e as particularidades da instituição. Há aspectos, e isso as entrevistas retrataram, na questão micro, que trazem particularidades e singularidades à gestão, como no caso do HUCAM.

Neste espaço institucional cabe ao diretor superintendente – a figura do gestor – a institucionalização de normas e decisões técnicas do hospital, confirmando o caráter burocrático, centralizado e hierárquico da gestão do HUCAM. Porém, na tentativa de administrar as funções de um hospital terciário e de referência estadual em alta tecnologia da saúde, o diretor se depara com significativo déficit de recursos humanos, mascarado pela terceirização – ilegal aos olhos do TCU – de funcionários, a qual implica a existência de diferentes vínculos e remunerações no mesmo ambiente organizacional. Como reflexo da inexistência de uma política específica para os recursos humanos dos hospitais universitários – ou seja, do despreendimento do MEC e MS quanto a esta responsabilidade –, o gestor do HUCAM vivencia a falta de autonomia, a limitação de suas decisões na instituição e a submissão às decisões dos gestores do MEC e do MS.

No aspecto financeiro, o HUCAM, enquanto instituição subordinada ao MEC, porém prestadora de serviços ao SUS, tem como fonte de receitas estes dois ministérios, ainda que ambos mantenham uma postura de esquiva sobre esta responsabilidade. Nesse sentido, o MEC se justifica sob o discurso que a ele compete apenas os serviços voltados à formação e repassa gradativamente custos da Educação para a área da saúde. O MS por sua vez tem assumido despesas da área da educação, porém sem alterações no teto de seu orçamento, ou seja, *“toma-se um dinheiro da saúde e carimba-se na Educação”* (CARVALHO, sd, sp).

Num quadro de despesas superior às receitas, o HUCAM articula, junto aos gestores externos – SEMUS e SESA –, a complementação de verbas. Torna-se assim ‘refém’ de variadas instâncias, as quais almejam no HUCAM diferentes interesses. A SEMUS, enquanto “parceira”, mantém há alguns anos um convênio com o HUCAM,

mascarando a intenção de ampliar os espaços de referência na atenção terciária e cardiológica do município. Mas, é sobretudo na relação com a SESA que o HUCAM mantém-se de forma mais subordinada, considerando que esta intermedeia os recursos oriundos do Fundo Nacional de Saúde – por meio da contratualização. Ou seja, romper ou mesmo questionar as aspirações da SESA sobre o HUCAM fragiliza as possibilidades financeiras deste hospital – fato inadmissível diante do déficit de recursos instaurado sobre o mesmo.

A postura de subordinação frente ao gestor estadual (SESA) interfere significativamente sobre as ações e serviços do hospital – por meio da contratualização a SESA traçará no HUCAM as ações que atendam a seus interesses como reguladora da rede de saúde do estado, o que nem sempre é bem visto ou mesmo aceito pela ótica da formação. Aos olhos dos gestores do HUCAM, a subordinação torna-se um mal necessário na instituição, considerando a carência do hospital por recursos e os interesses da secretaria estadual sobre os serviços que o hospital pode gerar. Desconsiderar os “investimentos” da SESA significaria o caos financeiro do hospital.

Nessa conjuntura, a formação sofre os reflexos dessa multiinstitucionalidade atuante sobre o domínio do HUCAM. Esta questão perpassou o discurso dos entrevistados. Nesse momento, desnudaram-se vários projetos para o HU oscilando entre priorização da assistência ou do ensino. Para o gestor federal (MEC) não há dissociação entre ensino e assistência. Esta última torna-se, ao seu olhar, condição indispensável para a qualidade do ensino, sendo indevida sua sobreposição ou dissociação das exigências de formação de recursos humanos para o SUS. No entanto, as ações desse ministério apontam para a redução de investimentos, bem como a desresponsabilização para com os hospitais universitários – as ações e o discurso aparecem em direções opostas.

No nível micro, o CDS, que em teoria deveria representar os interesses de todos os departamentos do HUCAM, englobando assim o ensino e assistência, visualiza o mesmo – e tem isso marcado em sua prática – unicamente como espaço do ensino e por isso cobrará do diretor superintendente – o gestor – as condições objetivas para a formação. A resolução dos anseios da assistência é repassada ao diretor

superintendente do HUCAM, demarcando explicitamente a segregação entre as partes constitutivas do hospital escola aqui debatido.

Há aqui um embate: SESA, SEMUS e MS requerem do gestor ações do nível da assistência, enquanto MEC, reitoria e CDS exigem as condições para a oferta de ensino na área da saúde. Porém, estes não são os únicos a exercerem pressão sobre o gestor de plantão.

Outros atores também participam ou contribuem para a modelagem da gestão do HUCAM. O sindicato, enquanto representação da luta e defesa pelos direitos trabalhistas, ainda que produtor de alguns embates no interior da instituição, atua de forma imediatista, sem a construção prévia de uma agenda de trabalho. É, entretanto, uma peça chave na discussão de aproximação das Fundações Estatais de Direito Privado nos hospitais universitários. Ao defender uma saúde pública e universal o sindicato é reconhecido por alguns como a “pedra no sapato” para a mudança de rumos dos hospitais de ensino.

Os alunos presentes na instituição – internos e residentes – conquistaram nos últimos anos espaço de fala nas reuniões administrativas da diretoria do HUCAM, numa tentativa de reafirmar a necessidade de melhoria das condições da assistência, tendo como foco a conseqüente melhoria da formação. Contudo, como já apontado neste trabalho, o espaço da participação por si não trará mudanças significativas numa instituição marcada pela assimetria do poder de decisão.

Os usuários, sem espaço de fala no interior do HUCAM, também são negligenciados no espaço da escuta, tendo em vista as inadequações e impossibilidades de resolução por parte do serviço de ouvidoria. É preciso aqui considerar que a cultura clientelista e patrimonialista do HUCAM impede a execução de advertências ou sanções aos muitos “feudos” ali atuantes e figuras repetitivas nas queixas registradas pelos usuários. Como pacientes, tem no não acesso à saúde, ou mesmo na inadequação dos serviços recebidos, o reflexo de uma gestão complexa e dividida entre tantos interesses. Os usuários sofrem então as conseqüências de uma política pública pobre para pobres, conforme as determinações da fase contemporânea do capitalismo financeiro.

A gestão do HUCAM é, portanto, uma arena de conflitos e de interesses. Perpassam por este espaço as intenções e necessidades do ensino; a manutenção da distância da universidade desta unidade; as normalizações do governo federal quanto à saúde pública e os HUs; as exigências da assistência pela produtividade; a necessidade de modelagem dos serviços, conforme o desenho de rede de saúde pública do estado; as implicações e cobranças da contratualização junto à secretaria estadual de saúde; a relação de forças entre o gestor local e gestor da unidade; a cobrança interna por parte de funcionários e alunos; para além de todo um contexto externo e global de contrarreforma do Estado, marcada sobretudo pela redução gradual de investimentos nas áreas públicas. Nos HUs a soma desses fatores se traduz em sucateamento dos espaços, ausência de uma política de recursos humanos e déficit financeiro – configurando assim terreno propício às ameaças constantes (e por vezes concretização) de privatização da saúde e da educação.

Tendo como ponto de partida deste estudo descobrir como a gestão do HUCAM é afetada pelos interesses do ensino e da assistência, chegamos ao final concluindo que há uma sobreposição da assistência sobre as ações de gestão do hospital. Sob o discurso da necessidade de recursos para manter-se em funcionamento o HUCAM subordina-se aos ditames da SESA, enquanto reguladora do sistema de saúde do estado, e, portanto, mediadora na relação HUCAM e MS. A SESA, por sua vez, ansiosa em formatar a atenção terciária do estado, pactua junto ao HUCAM serviços e ações que atendam às suas necessidades, ainda que estas não sejam em sua integralidade coerentes com o ideal almejado de formação e ensino para um hospital escola. O ensino estará sujeito às condições traçadas pela prestação de serviços, não importando o quanto isso afetará a qualidade da formação daqueles que retornarão como mão-de-obra deste mesmo sistema.

Há nas falas e nas ações uma incompatibilidade entre as frentes de atuação do HU – ensino e assistência –, uma crise que aponta como causa o modelo de gestão vigente. Tem se buscado então alternativas de um outro modelo de gestão pública, sobretudo nas políticas sociais, em que as legislações mostram, cronologicamente, o avançar das medidas de retirada do Estado e ampliação do mercado.

Como apontado por Bravo e Matos (2002, p.206), “[...] *é como se não houvesse uma crise econômico-política.*” Ou seja, os conflitos internos da instituição impedem visualizar os interesses econômicos e políticos de manutenção do HUCAM como instituição sucateada e deficitária ao Estado, incapaz de cumprir seu papel social. O que se pretende é comprovar a necessidade de o Estado abrir mão de suas responsabilidades na área das políticas sociais.

Nesse sentido, encontramos nas particularidades do HUCAM aspectos moldados na estrutura do sistema neoliberal, em que sob a justificativa da produtividade e do alcance de melhores cifras perde-se a essência das instituições – aqui o hospital universitário, que na busca por servir a seus dois senhores, saúde e educação, acaba por não atender plenamente a nenhum deles.

Como disseminado pelas propostas liberais, concordamos que é preciso sim um novo formato de gestão nos serviços de saúde e educação do país, de forma a possibilitar um melhor gerenciamento das ações, do financiamento e dos recursos humanos destas áreas. Todavia, discordamos que a gestão dos mesmos seja entregue a órgãos privados e autônomos, sob a justificativa de incapacidade do Estado, mantendo o status de uma democracia parcial ou inconclusa, como definida por Gerschman (2004). Defendemos aqui uma saúde pública e universal capaz de atender e oferecer as ambições propostas pela Reforma Sanitária. Igualmente defendemos um ensino superior de qualidade, capaz de atender aos interesses de disseminação e construção do saber, não necessitando para isso manter-se submisso a qualquer outra ordem, que não o interesse coletivo.

Enfim, defendemos a preservação da missão do hospital universitário de transmissão e produção de conhecimento, por meio do processo assistencial, considerando para isso a integralidade das ações e a universalidade do acesso. Bem como, na condição de assistente social desta instituição, lutar pela construção de espaços de inserção dos usuários na instância de gestão.

Sabemos, porém que este ideal ruma contra a maré da conjuntura capitalista financeira e como já apontado aqui por Campos (2007b) “*Falta um mundo de coisas!*” para o seu alcance. Porém, cabe-nos enquanto atores deste cenário buscar

as alternativas, forças e coalizões capazes de impedir a ruptura dos ideais democráticos e participativos.

## 6 REFERÊNCIAS

ABEN. **Movimento Nacional em Defesa da Qualidade da Formação dos Profissionais de Enfermagem será lançado no 62º CBEEn.** 2010. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/index.php?path=290>. Acesso em 18 janeiro 2011.

ACANDA, J.L.; Movimientos sociales y ciudadanía democrática. In: PEREIRA, P.A.P.; PEREIRA, C.P. (orgs). **Marxismo e Política Social**. Brasília: Ícone Ed, 2010, p.149-160.

ALVES, A.C.R.; **Gestão da assistência à saúde no HU/CAS/UFJF: uma discussão sobre o modo tecnológico de intervenção.** 169f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) –

Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2009.

BAHIA, L.; SCHEFFER, M. Planos Seguros e privados. In: GIOVANELLA, L. (org). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p. 507-546.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BEHRING, E. R. **Brasil em contra-reforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

\_\_\_\_\_. Expressões políticas da crise e as novas configurações do Estado e da sociedade civil. In: CFESS; ABEPSS. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009a, p. 69-86.

\_\_\_\_\_. Política Social no contexto da crise capitalista. In: CFESS; ABEPSS. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009b, p. 301-321.

BEHRING, E.R.; BOSCHETTI, I. **Política Social**: fundamentos e historia. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2008. (Biblioteca Básica de Serviço Social; v.2).

BELTRAME, A. **O Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino: Um projeto do governo brasileiro**. Departamento de Atenção à Saúde, Brasília, 2008. Disponível em: [http://www.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt\\_502853647](http://www.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_502853647). Acesso em: 29 janeiro 2010.

BITTAR, O.J.N.V. Instrumentos gerenciais para tornar eficiente o financiamento dos Hospitais de Ensino. **RAS**, v.5, n.17, p. 9-18, out/dez, 2002. Disponível em: [http://www.ellusaude.com.br/adm\\_hosp/artigos/03.pdf](http://www.ellusaude.com.br/adm_hosp/artigos/03.pdf). Acesso em : 06 abril 2010.

BRAGA NETO, F.C.; BARBOSA, P.R.; SANTOS, I.S. Atenção Hospitalar: evolução histórica e tendências. In: GIOVANELLA, L. (org). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p. 665-704.

BRASIL. Lei nº 8.080. 19 de setembro de 1990a.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.142. 28 de dezembro de 1990b.

\_\_\_\_\_. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS**: doutrinas e princípios. Brasília, 1990c. Disponível em: <http://www.geosc.ufsc.br/babcsus.pdf>. Acesso em 08 fevereiro 2011.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 2224/GM MS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2002.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília : CONASS, 2003.

\_\_\_\_\_. Portaria Interministerial nº 1.000 MEC/MS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2004a.

\_\_\_\_\_. Portaria Interministerial nº 1.005 MEC/MS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2004b.

\_\_\_\_\_. Portaria Interministerial nº 1.006 MEC/MS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2004c.

\_\_\_\_\_. Portaria Interministerial nº 1.702 MEC/MS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2004d.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. **Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileiro**. Brasília – DF, 2004e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 12.ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca**. Brasília, 2004f. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_12.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_12.pdf)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. DATASUS. **Sistema de Informações Hospitalares**. 2006a. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br/>>. Acesso em 20 março 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília. 2006b.

\_\_\_\_\_. Portaria Interministerial nº 2.400 MEC/MS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2007a.

\_\_\_\_\_. **Projeto de Lei Complementar 92/2007**. Brasília, DF, 2007b.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Educação Superior. Diretoria de Hospitais Universitários e Residências em Saúde. **A articulação da Graduação em Saúde, dos Hospitais de Ensino e das Residências em Saúde**. In: I SEMINÁRIO NACIONAL DO PROGRAMA NACIONAL DE REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE – PRÓ-SAÚDE II. Brasília, 2009a. Disponível em: <http://www.prosaude.org/noticias/PriSemProll/apresentacoes/ApresentacaoPro-Saude-DHR.pdf>. Acesso em: 24 jan 2010.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Educação Superior. Diretoria de Hospitais Universitários e Residências em Saúde. **Relatório REHUF – Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais**. Brasília, 2009b. Disponível em: <http://www.adufrj.org.br/observatorio/?p=196>. Acesso em: 12 fev 2010.

\_\_\_\_\_. **MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA**. 2009C. Disponível em <<http://www.mec.gov.br>>. Acesso em: 05 fev. 2010.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. **SVS em rede**. Brasília, 2010a. Disponível em: [http://189.28.128.179:8080/svs\\_informa/edicao-75-junho-de-2010/brasil-tem-aumento-de-81-do-percentual-de-cura-da-hanseniose](http://189.28.128.179:8080/svs_informa/edicao-75-junho-de-2010/brasil-tem-aumento-de-81-do-percentual-de-cura-da-hanseniose). Acesso em 18 nov 2010.

\_\_\_\_\_. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose – PNCT**. Brasília, 2010b. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id\\_area=1527](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1527). Acesso em 18 novembro 2010.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Educação Superior. Diretoria de Hospitais Universitários e Residências em Saúde. **Decreto nº 7.082 de 27 de janeiro de 2010. Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF)**. Brasília,

2010c. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=15639&Itemid=1082](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=15639&Itemid=1082). Acesso em: 12 fevereiro 2010.

\_\_\_\_\_. EMI nº 00383/2010/MP/MEC. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2010d.

\_\_\_\_\_. Medida Provisória Nº 520, de 31 de dezembro de 2010. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 2010f.

BRAVO, M.I.S. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, A.E. [et al], (orgs). **Serviço social e saúde – formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, MS, 2006, p. 88-110.

BRAVO, M.I.S; MATOS, M.C. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: BRAVO, M.I.S; PEREIRA, P.A.P (orgs). **Política Social e Democracia**. 2 ed. São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: UERJ, 2002, p.197-215.

\_\_\_\_\_. Reforma Sanitária e projeto ético político do Serviço social: elementos para o debate. In: BRAVO, M.I.S. (et al). **Saúde e Serviço Social**. 2 ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2006, p.25-47.

CAMPOS, G.W.S. Reforma da reforma: repensando a saúde. 2.ed. São Paulo: HUCITEC, 1997.

\_\_\_\_\_. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.187-193, Jan/Mar, 1999.

\_\_\_\_\_. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. 2 ed. São Paulo: HUCITEC, 2005.

\_\_\_\_\_. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2007a, vol.12 (Sup), pp. 1865-1874.

\_\_\_\_\_. Há pedras no meio do caminho do SUS! **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2007b, vol.12, n.2, pp. 298-298.

\_\_\_\_\_. Todos os brasileiros se utilizam do SUS de modo direto ou indireto. **Revista do Instituto Humanista Unisinos** [on line]. 2008, n.260. Ano VIII. Disponível em: [http://www.ihuonline.unisinos.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1838&secao=260](http://www.ihuonline.unisinos.br/index.php?option=com_content&view=article&id=1838&secao=260). Acesso em 24 janeiro 2011.

CAMPOS, G.W.S; MERHY, E.E. **Planejamento sem normas**. São Paulo: HUCITEC, 1989.

CARMO, M. **Hospitais Universitários e integração ao Sistema Único de Saúde – estudo de caso: Hospital das Clínicas da UFMG – 1996 a 2004**. 2006. 121f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

CARMO, M.; ANDRADE, E.I.G.; MOTA, J.A.C. **Hospital Universitário e gestão do sistema de saúde – uma trajetória positiva de integração**. REME, v. 11, n.4, p. 387-394, out/dez. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 20 outubro 2009.

CARVALHO, G. **Apontamentos sobre o PLOA 2011 do Ministério da Saúde**. Disponível em <http://www.conasems.org.br/site/index.php/comunicacao/artigos/92-apontamentos-sobre-o-ploa-2011-do-ministerio-da-saude-por-gilson-carvalho>. Acesso em 03 fevereiro 2011.

CFESS; ABEPSS. **Sobre a incompatibilidade entre graduação à distância e Serviço Social**. Brasília. 2010. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/incompatibilidade\\_ead\\_e\\_ss\\_cfesscress.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/incompatibilidade_ead_e_ss_cfesscress.pdf). Acesso em 23 dezembro 2010.

CFM. **O médico e o seu trabalho** – aspectos metodológicos e resultados no Brasil. Brasília. 2004. Disponível em: [http://www.portalmédico.org.br/include/biblioteca\\_virtual/médico\\_e\\_seu\\_trabalho/trabalho.pdf](http://www.portalmédico.org.br/include/biblioteca_virtual/médico_e_seu_trabalho/trabalho.pdf). Acesso em 16 janeiro 2011.

CFO. 2010. Disponível em: <http://cfo.org.br/>. Acesso em 18 janeiro 2011.

CHAUI, M. **Intelectual engajado: uma figura em extinção**. Disponível em: [http://www.ces.uc.pt/bss/documentos/intelectual\\_engajado.pdf](http://www.ces.uc.pt/bss/documentos/intelectual_engajado.pdf). Acesso em: 12 novembro 2010.

CHAUI, M. A universidade em ruínas. In: TRINDADE, H.(Org.) **Universidade em ruínas na república dos professores**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000, p.211-222.

CHESNAIS, F. (org). O capital portador de juros: acumulação, internacionalização, efeitos econômicos e políticos. In: CHESNAIS, F. **A finança mundializada: raízes sociais e políticas, configuração, conseqüências**. São Paulo: Boitempo, 2005, p. 35-67.

CHIORO, A. Hospital de ensino: uma resposta estrutural à crise. Boletim ABEM. Set/Out 2004. Disponível em: [http://www.abrahue.org.br/pdf/boletim\\_abem.pdf](http://www.abrahue.org.br/pdf/boletim_abem.pdf). Acesso em: 23 fevereiro 2009.

CIEGLINSKI, A. Hospitais Universitários precisam substituir 20 mil funcionários terceirizados. **Jornal Dia a Dia**, 22 junho 2010. Disponível em: <http://www.jornaldiadia.com.br/jdd/oboaoboa/36408-hospitais-universitarios-precisam-substituir-20-mil-funcionarios-terceirizados>. Acesso em 04 janeiro 2011.

CISLAGHI, J.F. Hospitais universitários: presente caótico e futuro incerto. 2010. Disponível em: <http://www.apufpr.org.br/artigos/hus.pdf>. Acesso em 22 novembro 2010.

CNS. Fundação Estatal: entenda o posicionamento do Conselho Nacional de Saúde. **Jornal do Conselho Nacional de Saúde**. Ano 3. Edição Especial. Nov/2007. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/jornaicns/jornalfundacao.pdf>. Acesso em 24 janeiro 2011.

COHN, A.; ELIAS, P.E.; IANNI, A.M.Z. **Subsídio cruzado ou dupla porta – o público e o privado no Hospital das Clínicas de São Paulo**. Série didática nº 06. 2002. Disponível em: [http://www.cedec.org.br/files\\_pdf/DIDATI6-HC.pdf](http://www.cedec.org.br/files_pdf/DIDATI6-HC.pdf). Acesso em 21 janeiro 2011.

CORREA, M.V.C. **Controle social na saúde**. Disponível em: <http://webmail.profunisua.com.br/~luziamag/Pol%EDtica%20de%20Sa%FAde/controle%20social%20na%20sa%FAde%20texto1-6.pdf>. Acesso em 26 janeiro 2011.

COSTA, O.L. HUCAM, passado, presente e futuro. **Revista HUCAM**, Vitória, Ano 1, n.0, p.4-7, Nov/Dez, 1997.

CUNHA, G.T.; CAMPOS, G.W.S. Método Paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho. **Revista ORG & DEMO**, Marília, v.11, n.1, p. 31-46, Jan/Jun, 2010. Disponível em: <http://www2.marilia.unesp.br/revistas/index.php/orgdemo/article/viewFile/468/364>. Acesso em 15 janeiro 2011.

DAGNINO, E.; OLVERA, A.J.; PANFICHI, A.(orgs.). Para uma outra leitura da disputa pela construção democrática na América Latina. In: \_\_\_\_\_. **A disputa pela construção democrática na América Latina**. São Paulo: Paz e Terra; Campinas: Unicamp, 2006, p. 13-91.

DIAS, E.P. Conceitos de gestão e administração: uma revisão crítica. **Revista Eletrônica de Administração**. V.01, Edição 01, Jul/Dez 2002. Disponível em: [http://www.facef.br/rea/edicao01/ed01\\_art01.pdf](http://www.facef.br/rea/edicao01/ed01_art01.pdf). Acesso em: 15 agosto 2010.

ELIAS, P.E. **Políticas de saúde**: Reforma ou Contra-reforma: algumas reflexões sobre as políticas de saúde no Brasil. Disponível: <http://www.saudepublica.bvs.br/itd/legis/curso/pdf/a08.pdf>. Acesso em 01 março de 2009.

ELIAS, P.E. Análises sobre a reforma sanitária e concepções políticas adjacentes: a visão autoritária do ideário progressista. **Rev. Saúde e sociedade**, São Paulo, v.2, n.1, p.59-73, 1993.

ESCOLAS Médicas no Brasil. 2010. Disponível em: <http://www.escolasmedicas.com.br/novas.php>. Acesso em 18 janeiro 2011.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2008-2011**. Vitória, 2008. Disponível em [http://www.saude.es.gov.br/Download/plano\\_estadual\\_2008\\_2011.pdf](http://www.saude.es.gov.br/Download/plano_estadual_2008_2011.pdf). Acesso em: 10 dezembro 2009.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria Estadual de Saúde. **Portal do Governo do Estado do Espírito Santo** [on line]. 2010. Disponível em: <http://www.es.gov.br/site/noticias/show.aspx?noticiald=99700667>. Acesso em 26 janeiro 2011.

FLEURY, S. Financiamento e equidade em saúde – por um novo contrato social. **Rev. Ser Social**, Brasília, v.11, n.25, p. 16-29, Jul/Dez, 2009.

GARCIA, M. L. T.; MENDES, A; LEAL, F. X. **O Controle Social e os Conselhos de Saúde: reflexões de seus significados e suas trajetórias**. In: XII ENPESS, 2010, Rio de Janeiro. Anais do XII ENPESS. Brasília : ABEPSS, 2010.

GERSCHMAN, S. **A democracia inconclusa**: um estudo da Reforma Sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

GIOVANELLA, L. et al (orgs). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed FIOCRUZ, 2008.

GRANEMANN, S. Conferência Nacional de Saúde rejeita fundações estatais. **Jornal da ADUFRJ**. Rio de Janeiro. Out, 2007. Disponível em: [http://www.adufrj.org.br/observatorio/wp-content/uploads/2009/08/Confer%C3%Aancia-Nacional-de-sa%C3%B5e-rejeita-as-Funda%C3%A7%C3%B5es-Estatais-26\\_11\\_07.pdf](http://www.adufrj.org.br/observatorio/wp-content/uploads/2009/08/Confer%C3%Aancia-Nacional-de-sa%C3%B5e-rejeita-as-Funda%C3%A7%C3%B5es-Estatais-26_11_07.pdf). Acesso em 31 janeiro 2011.

HOLANDA, M.A. **O HUWC e a pesquisa em saúde**. Ceará. 2006. Disponível em: [http://www.huwc.ufc.br/arquivos/biblioteca\\_cientifica/1159388493\\_18\\_0.pdf](http://www.huwc.ufc.br/arquivos/biblioteca_cientifica/1159388493_18_0.pdf). Acesso em 22 janeiro 2011.

HUCAM. **Planejamento Estratégico Institucional do Hospital Universitário Cassiano Antônio De Moraes**. Vitória, 2004.

HUCAM. **Plano Operativo Anual 2009**. Vitória, 2008.

HUCAM. **Plano Operativo Anual 2010**. Vitória, 2009

IAMAMOTO, M.V. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, 2009.

KRÜGER, T.R. **Os fundamentos ideo-políticos das Conferências Nacionais de Saúde**. 2005. 286f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Curso de Pós Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2005.

JUNQUILHO, G. S. Gestão e Ação Gerencial nas Organizações Contemporâneas: para além do “folclore” e o “fato”. **Gestão e Produção**. v.8, n.3, p.304-318, Dez. 2001.

JUNQUILHO, G.S. **Teorias da Administração Pública**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; Brasília: CAPES:UAB, 2010.

LA FORGIA, G.M.; COUTTOLENC, B.F. Hospital performance in Brazil: the search for excellence. In: **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p.2723-2727, Nov 2008.

LANDIM, E.L.A.S. **Descentralização da gestão do Programa de DST/AIDS no estado da Bahia: desafios para o município como território de práticas de saúde**. 2008. 145f. Dissertação (Mestrado profissional) – Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008, p.18-35.

LAURELL, AC. A saúde-doença como processo social. In: Nunes ED, organizador. **Medicina social: aspectos históricos e teóricos**. São Paulo (SP): Global; p.133-58. 1993.

LEHER, Roberto. **CONTRA A ORDEM SOCIAL ALIENANTE**. *Obra de Mészáros repele a submissão da educação ao reino da mercadoria*. Set/2005. Disponível em : <http://www4.fct.unesp.br/entidades/estudantis/caef/escritos/Contra%20a%20ordem%20social%20alientante%20-%20Leher.pdf>. Acesso em 20 dezembro 2010.

LEHER, R.; LOPES, A. **TRABALHO DOCENTE, CARREIRA E AUTONOMIA UNIVERSITÁRIA E MERCANTILIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO**. VII SEMINÁRIO REDESTRADO – NUEVAS REGULACIONES EN AMÉRICA LATINA. BUENOS AIRES, 3, 4 Y 5 DE JULIO DE 2008. Disponível em: [http://www.fae.ufmg.br/estrado/cdrom\\_seminario\\_2008/textos/ponencias/Ponencia%20Roberto%20Leher.pdf](http://www.fae.ufmg.br/estrado/cdrom_seminario_2008/textos/ponencias/Ponencia%20Roberto%20Leher.pdf). Acesso em 20 dezembro 2010.

LIMA, L.P. **O desafio gerencial da multiinstitucionalidade dos hospitais universitários: o caso do hospital das clínicas da Universidade Federal de Pernambuco**. 2004. 325f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2004.

LIMA, S.M.L. **Possibilidades e limites da contratualização no aprimoramento da gestão e da assistência em hospitais**: o caso dos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro. 2009. 316f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

LOBO, M.S.C. et al . Impacto da reforma de financiamento de hospitais de ensino no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, June 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 06 abril 2010.

LOPEZ, E. **Os HU e o SUS**. I Congresso Brasileiro de Hospitais Universitários e de Ensino. Rio de Janeiro, 2005a. Disponível em: <[http://www.abrahue.org.br/congresso\\_abrahue/index.htm](http://www.abrahue.org.br/congresso_abrahue/index.htm)>. Acesso em 04 fev 2010.

LOPEZ, E. **A política hospitalar brasileira**. Rio de Janeiro, 2005b. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/Aul%20ELAINE%20LOPEZ.ppt>>. Acesso em: 27 jan 2010.

LOPEZ, E.; CHIORO, A. **A rede hospitalar brasileira no SUS**: situação atual e seus componentes. 2003. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília. Disponível em: <http://www.pqualidade.hucff.ufrj.br/artigos/redehospbrasilsus2003.pdf>. Acesso em 22 novembro 2010.

LOWY, M. **Ciências sociais e ideologias**. São Paulo: Cortez, 1986.

MACHADO, S.P.; KUCHENBECKER, R. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2007, vol.12, n.4, pp. 871-877.

MACHADO. K. Projeto avança no Congresso e nos estados. **RADIS comunicação em saúde**, n.79, março/2009. Disponível em: <http://www4.ensp.fiocruz.br/radis/79/capa.html>. Acesso em 18 janeiro 2011.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Regulação assistencial: a busca de novas ferramentas no SUS para enfrentar o desafio de garantir a assistência com equidade. **Pensar BH - Política Social**. Secretaria Municipal de Coordenação de Política Social. Edição temática nº 2, fevereiro/abril de 2002.

MANCIBO, D. Reforma universitária: reflexões sobre a privatização e a mercantilização do conhecimento. *Educação e sociedade* [on line], v.25, n.88, p.845-866, Out/2004. Disponível em: <http://www.cedes.unicamp.br>. Acesso em: 28 dezembro 2010.

MAY, T. Entrevistas: métodos e processos. In: **Pesquisa social**: questões, métodos e processos. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004, p. 145-172.

MÉDICI, A.C. Hospitais Universitários: passado, presente e futuro. Trabalho realizado no Banco Interamericano de Desenvolvimento, Washington, D.C. **Rev Ass MED**, v.47, n.2, p.149-156, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br>>. Acesso em: 24 janeiro 2010.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MEKSENAS, P. **Pesquisa social e ação pedagógica**: conceitos, métodos e práticas. São Paulo: Edições Loyola, 2002, p. 73-137.

MENDES, A. N. **Financiamento, gasto e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)**: a gestão descentralizada semiplena e plena do sistema municipal do estado de São Paulo

(1995-2001). 2005. 522f. Tese (Doutorado em Economia) – Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2005.

MENDES, A. N.; MARQUES, R.M. O impacto da política econômica do governo Lula na Seguridade Social e no SUS. **Revista Saúde em Debate** [online]. v.29, n.71, p. 258-267. Set/Dez. 2005.

\_\_\_\_\_. Servindo a dois senhores: as políticas sociais no governo Lula. **Revista Katalysis** [online]. v.10, n.1, p. 15-23. Jan/Jul. 2007.

\_\_\_\_\_. A saúde pública sob a batuta da nova ordem. In: MARQUES, R.M.; FERREIRA, M.R.J. (orgs). **O Brasil sob a nova ordem: a economia brasileira contemporânea: uma análise dos governos Collor e Lula**. São Paulo: Saraiva, 2010, p. 267-286.

MENDONÇA, A.V.M. **ENTREVISTA: 20 anos do Sistema Único de Saúde no Brasil: recordações críticas**. Tempus – Actas de Saúde Coletiva. v.2. n.1, p.33-38. Jul/Dez. 2008.

MONTAÑO, C. **Terceiro setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social**. São Paulo: Cortez, 2002.

MYNAIO, M.C.S. Entre vãos de águia e passos de elefante: caminhos da investigação na atualidade. In: MYNAIO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. **Caminhos do Pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002, p. 17-27.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2004.

NOGUEIRA, M.A. **As possibilidades da política – idéias para a reforma democrática do Estado**. São Paulo: Paz e Terra, 1998.

NORONHA, J.C.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L. et al (orgs). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed FIOCRUZ, 2008, p.435-472.

OCKÉ-REIS, C.O.; SOPHIA, D.C. Uma crítica à privatização do sistema de saúde brasileiro: pela constituição de um modelo de proteção social público de atenção à saúde. In: **Revista Saúde em Debate** [online]. v.33, n.81, p. 72-79. Jan/Abr. 2009.

OLIVEIRA, P.S. (org.) Caminhos de construção da pesquisa em ciências humanas. In: \_\_\_\_\_. **Metodologia das ciências humanas**. São Paulo: HUCITEC/UNESP, 2001, p.13-26.

PAGLIOSA, F.L.; DA ROS, M.A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v.32, n.4., p.492-499. 2008.

PAIM, J. S. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. In: ROUQUARYROL M. A.; ALMEIDA, F. N. **Epidemiologia & saúde**. Rio de Janeiro: Medsi Editora Médica e Científica, 1999.

PAIM, J.S; TEIXEIRA, C.F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2007 . Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 12 julho 2010.

PARANHOS, L.R. et al. Análise do mercado de trabalho odontológico na região sul do Brasil. **Rev Faculdade de Odontologia**, Rio Grande do Sul, v.14, n.1, p.7-13. Jan/Abril 2009.

PEREIRA, L.C.B. **Reforma do estado para a cidadania**. São Paulo: Ed. 34, 1998.

PEREIRA, M.S. **Mudança organizacional na saúde**: desafios e alternativas de um hospital universitário. Belo Horizonte: Coleção Estado da Arte. Série FACE-FUMEC, 2004.

PILOTTO, B. **Os hospitais universitários e sua crise**. Disponível em: <http://www.scribd.com/doc/36023434/Os-Hospitais-Universitarios-e-Sua-Crise>. Acesso em 13 dezembro de 2010.

PIZARRO, R. **La vulnerabilidade social y SUS desafios: una mirada desde a America Latina**. Santiago (Chile): CEPAL, 2001. (Série estudos estadísticos y prospectivos, n.6).

PÓVOA, L.; ANDRADE, M. V. Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, Agosto/2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000800004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000800004&lng=en&nrm=iso). Acesso em 12 janeiro 2011.

PRICE WATERHOUSE. **Relatório sobre estudo e avaliação do ambiente de controles internos**. Vitória, 1995.

RAIO X – O Jornal dos Estudantes de Medicina da UFES, Vitória, Edição 5, Maio/Junho. 2010.

REIS, A.A.C.; CECÍLIO, L.C.O. A política de reestruturação dos hospitais de ensino: notas preliminares sobre os seus impactos na micropolítica da organização hospitalar. **Revista Saúde em Debate** [online]. v.33, n.81, p. 88-97. Jan/abr. 2009.

RIBEIRO, D.B. et al . Reflexões sobre demandas atendidas pelo serviço social no Núcleo de Atenção à Saúde do Trabalhador. In: Encontro Nacional de Política Social, 5, 2010, Vitória. **Anais do V Encontro Nacional de Política Social**. Vitória: PPGPS, 2010. CD, anais, Mundo do Trabalho, Daniela Borges Ribeiro 2.

RIBEIRO, J. M.; COSTA, N. R.; SILVA, P. L. B. Política de saúde no Brasil e estratégias regulatórias em ambiente de mudanças tecnológicas. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 4, n.6, Fev. 2000. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832000000100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832000000100006&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 27 Dez. 2010.

RIZZOTTO, M.L.F. As propostas do Banco Mundial para as reformas do setor de Saúde na Brasil nos anos 1990. **Revista Saúde em Debate** [online]. v.29, n.70, p. 140-147. Maio/ago. 2005.

SANTOS, B.S. **A universidade no século XXI**: para uma reforma democrática e emancipatória da Universidade. Coleção Questões da nossa época. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2005.

SANTOS, N.R. Política pública de saúde no Brasil: encruzilhada, buscas e escolhas de rumos. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2008, vol.13, 2, pp. 2009-2018.

\_\_\_\_\_. Sistema Único de Saude – 2010: espaço para uma virada. **Rev. O mundo da Saúde**. São Paulo, 2010, v.34, n.2, p. 8-19.

SANTOS JR, J. C. M. Avaliação médica: o consumo na medicina e a mercantilização da saúde. **Rev Bras. colo-proctologia**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, Mar/2006 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-98802006000100011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-98802006000100011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 02 fevereiro 2011.

SANTOS, L.; ANDRADE, L.O.M.(org). **SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos**. São Paulo: Prisma Printer, 2009.

SCHWARZ, L. **A experiência de contratualização de resultados no governo federal brasileiro – pesquisa com órgãos supervisores de contratos de gestão**. 2009. Disponível em: <http://www.gespublica.gov.br/biblioteca/pasta.2010-12-08.3617032145/pasta.2010-04-08.0042928925/Leticia%20PRODUTO%20II.pdf>. Acesso em 26 dez 2010.

SCHWARTZMAN, J. **O financiamento das instituições de ensino superior no Brasil**. São Paulo, IEA. Disponível em: <http://www.iea.usp.br/tematicas/educacao/superior/autonomiafinanciamento/schwartzmanfinanciamento.pdf>. Acesso em: 31 dezembro 2010.

SINTUFES. **Informativo do sindicato dos trabalhadores na UFES**. 2007. Edição nº103. Nov/2007. Disponível em: <http://www.sintufes.org.br/index.aspx>. Acesso em 03 janeiro 2011.

SINTUFES. **Informativo do sindicato dos trabalhadores na UFES**. 2008. Edição nº107. Abril/2008. Disponível em: <http://www.sintufes.org.br/index.aspx>. Acesso em 08 janeiro 2011.

SINTUFES. **Informativo do sindicato dos trabalhadores na UFES**. 2010a. Edição nº126. Set/2010. Disponível em: <http://www.sintufes.org.br/index.aspx>. Acesso em 03 janeiro 2011.

SINTUFES. **Informativo do sindicato dos trabalhadores na UFES**. 2010b. Edição nº124. Março/2010. Disponível em: <http://www.sintufes.org.br/index.aspx>. Acesso em 07 janeiro 2011.

SISCU, J.; PAULA, L.F.; MICHEL, R. Por que novo-desenvolvimentismo?. **Rev. Econ. Polit.**, São Paulo, v. 27, n. 4, Dez. 2007 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-31572007000400001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-31572007000400001&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 09 May 2011.

SOARES, L.T.R. O neoliberalismo e as suas conseqüências. In: **O desastre social**. Rio de Janeiro: Record, 2003, p. 19-39.

SOLLA, J.J.S.P. Avanços e limites da descentralização no SUS e o “PACTO DE GESTÃO”. **Revista Baiana de Saúde Pública** [on line]. Bahia, v.30, n.2, p. 332-348, jul/dez. 2006.

SOUZA, R.R. Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidade entre as esferas de governo. In: Pierantoni, C.R.; Vianna, C.M.M. (organizadores). **Gestão de sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, Instituto de Medicina Social, 2003, p. 15-58.

TESTA, M. Tendências em planificação. In: RIVERA, J.U. (org). **Planejamento e programação em saúde – um enfoque estratégico**. Rio de Janeiro: Cortez; Abrasco, 1989. P.77-104.

TRAGTENBERG, M. "O conhecimento expropriado e reapropriado pela classe operária: Espanha 80". In: **Educação & Sociedade** – Ano II – Nº 7 – Setembro de 1980. São Paulo: Cortez, pp. 53-62.

TREVISAN, L. Das pressões às ousadias: o confronto entre a descentralização tutelada e a gestão em rede no SUS. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 2, abr. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br>. Acesso em 12 julho 2010.

UFES. Centro de Ciências da Saúde. **Relatório 2008**. Vitória, 2009. Disponível em: <http://www.ccs.ufes.br/downloads/RELATÓRIO%20DO%20CCS%202008.pdf>. Acesso em 22 janeiro 2011.

UFES. **Relatório de Gestão do Exercício de 2009**. Vitória, 2010a. Disponível em: [http://www.proplan.ufes.br/UPLOAD/RG\\_UFES\\_2009.pdf](http://www.proplan.ufes.br/UPLOAD/RG_UFES_2009.pdf). Acesso em 31 dezembro de 2010.

UFES. **Regimento Interno HUCAM**. Vitória, 2010b.

VIANA, A.L.D. Descentralização: uma política (ainda) em debate. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2001, vol.6, n.2, pp. 292-318.

VIANA, N. "Universo Psíquico e Reprodução do Capital". In: QUINET, A.; PEIXOTO, M. A.; VIANA, N. **Psicanálise, Capitalismo e Cotidiano**. Goiânia, Edições Germinal, 2002, p.9-24.

VIANA, N. Reforma Universitária: quem ganha, quem perde? **Revista Espaço Acadêmico**, n. 43, dez. 2004. Disponível: <http://www.espacoacademico.com.br/043/43cviana.htm>. Acesso em 26 dezembro 2010.

YIN, R.K. **Estudo de caso: planejamentos e métodos**. 3.ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ZUCCHI, P.; BITTAR, O. J. N. V.; HADDAD, N. Produtividade em Hospitais de Ensino no Estado de São Paulo. **Rev. Panamericana de Salud Publica**, Washington; 4,(5):311-6, 1998.

## **APÊNDICES**

### **APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTAS – GESTORES**

1. Conte sobre sua passagem como gestor à frente do HUCAM.
2. Tendo em vista as legislações formuladas pelo MEC e MS, a partir de 2002, quais mudanças incidiram sobre a gestão dos HU?
3. Quais os impactos da relação dual (ensino-assistência) dos HUs na integração destes na rede SUS? Como a UFES, Reitoria e Conselho Deliberativo se posicionam em relação a esse fato?

4. Como estes impactos se materializam no HUCAM – ou seja, como os conflitos ministeriais se concretizam no HUCAM?
5. Quais estratégias foram (e/ou estão sendo) desenvolvidas pela gestão do HUCAM para integração deste na rede assistencial do SUS?
6. Face às exigências de ações de ensino, assistência e pesquisa num hospital universitário, como ocorre o processo de gestão do HUCAM?
7. O que você acha que eu deveria ter te perguntado em relação a este tema e não lhe perguntei?

## **APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTAS – MEC**

### **A) Questões Gerais:**

1. Qual a análise que seu setor (MEC) faz sobre a situação dos HUs hoje?
2. Que ações/estratégias o MEC vem desenvolvendo para responder ao quadro acima descrito?
3. Qual o diálogo entre MEC e MS acerca dos HUs?

4. A quem pertence os HUs – MEC ou MS?
5. Qual é a parcela do MEC nesse quadro de crise dos HUs? Como ele se posiciona em relação à tal crise?
6. Por que (e como) MEC e MS se “uniram” para a reestruturação dos HUs?
7. Fale um pouco sobre o REHUF? (Quais as expectativas? desafios? limites?)
9. Como os hospitais universitários tem se colocado em relação ao REHUF?
10. Na sua opinião, há um papel principal para o HU hoje? (ensino, assistência, pesquisa ou todos?) Como isso interfere na gestão dos HUs?
11. Os HUs vivenciam diariamente o conflito entre as atividades de docência e a pressão pelo cumprimento de metas da assistência. Como o MEC se posiciona em relação a isso?
12. Qual o lugar dos HUs para o MEC?
13. De quem é a competência de prover recursos humanos aos HUs?
14. Qual a posição do MEC em relação às fundações estatais de apoio aos HUs? De que forma?
15. O que você diria a um gestor do HU sobre como construir saídas para a crise hoje enfrentada?

## **B) Questões relativas ao HUCAM**

1. Considerando o destacado até o momento, quais tem sido as demandas apresentadas pelo HUCAM ao MEC?
2. Que respostas o MEC tem apresentado?
3. Como se dá a relação entre o gestor federal (MEC) e o HUCAM?
4. Que problemas ou dificuldades você vislumbra nessa relação MEC/HUCAM?

5. O que você poderia acrescentar em termos de minha busca por entender a questão da gestão de um HU no atual cenário(no caso o HUCAM)?

### **APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTAS – SINDICATO**

1. Discorra um pouco sobre a atuação do SINTUFES na UFES e, em específico, no HUCAM.
2. Em que momento de sua trajetória profissional você se envolveu com as questões do sindicato?
3. Como você descreveria a gestão do HUCAM?
4. Quais (ou quem) são os atores envolvidos na gestão do HUCAM?

5. Qual o papel do sindicato no interior dessa gestão?
6. Como o sindicato analisa a pressão posta sobre o HUCAM para o cumprimento de atividades de Ensino e de Assistência?
7. O sindicato dos trabalhadores participa da gestão do HUCAM? Quais os principais pontos da agenda de reivindicações do sindicato para a gestão do HUCAM? Essa agenda se modificou entre 2002 e 2010?
8. Quais estratégias foram (e/ou estão sendo) desenvolvidas pelo sindicato para tencionar a gestão do HUCAM para atendimento da agenda de reivindicações em termos de gestão?
9. Qual a análise do sindicato sobre a posição do HUCAM na rede de assistência à saúde (municipal e estadual)? E o contrato de metas?
10. Que pressões são postas sobre o HUCAM para a sua integração na rede SUS?
11. Que respostas o SINTUFES apresenta à UFES para enfrentar as pressões postas?
12. Você tem acompanhado o processo de reestruturação dos HUs? Como fica o HUCAM diante deste processo? Qual a análise do sindicato sobre o REHUF?
13. Como deve ser, na visão do sindicato, a gestão do HUCAM?
14. O que você acha que eu deveria ter te perguntado em relação a este tema e não lhe perguntei?

## **APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTAS – RESIDENTE**

1. Qual o lugar da residência médica na dinâmica de funcionamento do HUCAM?
2. Como as exigências de ações de ensino x assistência postas ao HUCAM se expressam no dia-a-dia dos residentes?
3. A residência tem assento no CDS? Qual papel a residência tem nesta instância?
4. Como você descreveria a gestão deste hospital?

5. A residência participa da gestão do HUCAM? Em caso positivo, de que forma? Em caso negativo, por que não?

6. Aponte os desafios desta instituição na perspectiva dos residentes?

#### **APÊNDICE E – ROTEIRO DE ENTREVISTAS – CDS**

1. Fale um pouco sobre CDS enquanto órgão deliberativo de um HU.

2. Qual a relação CDS x HUCAM no quesito gestão?

3. Como o CDS se posiciona frente à dupla atividade do HUCAM: ensino e assistência?

4. Como ocorre a formação do CDS?

5. Atualmente quais são as representações do CDS?
6. O usuário do HUCAM participa e/ou tem acento no CDS? Como é a participação desse usuário?
7. A participação do usuário está ligada a algum fator legislativo?
8. A reestruturação dos HU alterou alguma questão no CDS?
9. Os Conselhos de Saúde (municipal e estadual) estão presentes ou tem ciência das questões discutidas no CDS?

#### **APÊNDICE F – ROTEIRO DE ENTREVISTAS – Secretaria Estadual de Saúde**

1. Qual o papel de um hospital universitário na rede de saúde do estado?
2. Como a pactuação entre estado e HUCAM é construída?
3. Há interferência da SESA na gestão do HUCAM? Como?
4. Quais demandas o HUCAM traz à Secretaria Estadual de Saúde, tendo em vista sua inserção na rede de saúde do estado?

5. Quais demandas a Secretaria Estadual de Saúde apresenta ao HUCAM, tendo em vista sua inserção na rede de saúde do estado?
6. Que problemas podem ser apontados na relação HUCAM e SESA?
7. Quais as respostas dadas pela SESA às demandas e problemas apresentados pelo HUCAM?
8. Quais respostas o HUCAM apresenta para acatar ou rechaçar as demandas apresentadas pela SESA?
9. O HUCAM já foi tema de debate no Conselho Estadual de Saúde? Em caso positivo, por quais questões?
10. Como você avalia hoje a questão da gestão de uma unidade de saúde pública que compõe a rede, mas não é próprio da rede (e acumula a função principal de formação de RH para o SUS)?

#### **APÊNDICE G – ROTEIRO DE ENTREVISTAS – Secretaria Municipal de Saúde**

1. Qual o papel de um hospital universitário na rede de saúde do município?
2. Como a pactuação entre prefeitura e HUCAM é construída?
3. Há interferência da SEMUS na gestão do HUCAM? Como?
4. Quais demandas o HUCAM traz à Secretaria de Saúde Municipal, tendo em vista sua inserção na rede de saúde do estado?

5. Quais demandas a Secretaria de Saúde Municipal apresenta ao HUCAM, tendo em vista sua inserção na rede de saúde do estado?
6. Que problemas podem ser apontados na relação HUCAM e SEMUS?
7. Quais as respostas dadas pela SEMUS às demandas e problemas apresentados pelo HUCAM?
8. Quais respostas o HUCAM apresenta para acatar ou rechaçar as demandas apresentadas pela SEMUS?
9. O HUCAM já foi tema de debate no Conselho de Secretarias Municipais ou no Conselho Municipal de Saúde? Em caso positivo, por quais questões?
10. Como você avalia hoje a questão da gestão de uma unidade de saúde pública que compõe a rede, mas não é próprio da rede (e acumula a função principal de formação de RH para o SUS)?

## **APÊNDICE H – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Este documento visa a solicitar sua participação na pesquisa que tem por objetivo analisar como os conflitos de interesses entre MEC e MS, na gestão dos hospitais universitários no período entre 2002 a 2010, incidiu sobre a gestão do HUCAM. Esta pesquisa é fruto de minha inserção no Mestrado em Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo.

Por intermédio deste termo são-lhes garantidos os seguintes direitos:

- 1- Solicitar a qualquer tempo, maiores esclarecimentos sobre esta pesquisa;
- 2- Supressão de nomes no estudo;
- 3- Ampla possibilidade de negar-se a responder quaisquer questionamentos.
- 4- Opção de solicitar que determinadas falas ou declarações sejam excluídas;
- 5- Desistir, a qualquer tempo, de participar da pesquisa.

Declaro estar ciente das informações constantes neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e entender que serei resguardado pelo sigilo do meu nome, todavia, considerando as características da pesquisa isto não me garante o anonimato. Poderei pedir a qualquer tempo, esclarecimentos sobre a pesquisa, recusar a dar informações que considere prejudiciais a minha pessoa ou desistir de participar. Fico ciente que uma cópia deste termo ficará retida pela pesquisadora.

Vitória, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_

Assinatura do participante \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador \_\_\_\_\_

Contatos: 3335.7154 / 99651247 / leandraborlini@hotmail.com

Comitê de Ética UFES: 3335.7211