

LUCI PRACIANO LIMA

Este exemplar corresponde à versão final da Tese de Doutorado, apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, para obtenção do Título de Doutor em Saúde Coletiva.

Campinas, 27 de Fevereiro de 2004.


Prof. Dr. Emerson Elias Merhy
Orientador

**O DESAFIO GERENCIAL DA MULTIINSTITUCIONALIDADE
DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS:
O CASO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PERNAMBUCO**

CAMPINAS

2004

**UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE**

TS4E11000

LUCI PRACIANO LIMA

**O DESAFIO GERENCIAL DA MULTIINSTITUCIONALIDADE
DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS:
O CASO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PERNAMBUCO**

*Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas para obtenção do título de
Doutor em Saúde Coletiva.*

ORIENTADOR: PROF. DR. EMERSON ELIAS MERHY

CAMPINAS

2004

UNIDADE	BC
Nº CHAMADA	T/UNICAMP
	L 628d
V	EX
TOMBO BC/	59596
PROC.	16-177109
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	11,00
DATA	14/09/2001
Nº CPD	

Bib Id 322287

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

L628d	<p>Lima, Luci Praciano O desafio gerencial da multiinstitucionalidade dos hospitais universitários: o caso do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco / Luci Praciano Lima. Campinas, SP : [s.n.], 2003.</p> <p>Orientador : Emerson Elias Merhy Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. 1. Assistência hospitalar. 2. Hospitais - Administração. 3. Hospitais universitários. I. Emerson Elias Merhy. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.</p>
-------	---

Banca examinadora da tese de Doutorado

Orientador: Prof. Dr. Emerson Elias Merhy

Membros:

1. Prof. Dr. Emerson Elias Merhy

2. Profa. Dra. Heloisa Maria Mendonça de Moraes

3. Profa. Dra. Alzira de Oliveira Jorge

4. Profa. Dra. Rosana Teresa Onocko Campos

5. Prof. Dr. Sérgio Resende Carvalho

Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 27/02/2004

DEDICATÓRIA

A Cláudio Marinho, Lucas e Daniel, por tudo o que significam para mim.

A Maria Praciano Lima e Marluce Praciano Lima, pela capacidade de doação nos momentos de necessidade.

Ao Professor Dr. Emerson Elias Merhy, que mais do que um orientador é um amigo, por fortalecer o caminho escolhido da gestão hospitalar, por iluminar o momento adequado do início do estudo da realidade e pelas críticas pertinentes que levam ao aprofundamento da reflexão. E, se isso ainda fosse pouco, agradeço também pela pessoa solidária que ele é.

Aos Professores Drs. Rosana Onocko, Sergio Resende Carvalho e Emerson Elias Merhy, membros da banca examinadora de qualificação, pelas valiosas contribuições que espero, pelo menos em parte, ter conseguido absorver.

Aos muitos amigos que me acompanham ao longo da vida, cada um a seu modo, sempre me cobrindo de afetos, apoios e conhecimentos, e que também são parte deste trabalho, meu agradecimento sem citar nomes, senão a lista não termina. Mesmo assim, em relação a este trabalho, gostaria de fazer um agradecimento particular a um amigo especial, Prof. Djalma Agripino de Mello Filho, pela disposição e paciência de ler meus papéis, como também a Cláudio Marinho, pelas diferentes formas de apoio. À Profa. Heloisa Mendonça de Moraes, que também foi uma referência neste período produtivo, pela convivência muito próxima nos últimos cinco anos, na qual encontramos muitas identidades nos nossos processos de trabalho, além da amizade que compartilhamos.

Aos Professores do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp, pela acolhida sempre atenciosa e colaborativa.

Aos Professores e companheiros de trabalho do Departamento de Medicina Social, Núcleo de Saúde Pública (NUSP) e Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, pelo apoio para a realização do doutorado, particularmente, Ana Bernarda, Rosa Carneiro, Dolores, Oscar, Geraldo Pereira, Márcia, Rogério, Thália e Carlos.

Agradecimentos à Diretoria de Pós-graduação da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-graduação da UFPE (Universidade Federal de Pernambuco) e à CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior).

À Secretaria de Saúde de Pernambuco pelos dados disponibilizados.

Ainda, minha gratidão a todas as pessoas (dirigentes institucionais) que concordaram em participar da entrevista da tese dando sua contribuição fundamental para o entendimento atual dos hospitais universitários, especificamente sobre o Hospital das Clínicas de UFPE. Seus nomes estão citados em outra parte deste trabalho.

Um agradecimento, em particular, à Direção do Hospital das Clínicas da UFPE, nas pessoas do Dr. Éfrem de Aguiar Maranhão e Fernando Cordeiro, e aos setores de recursos humanos, financeiro e estatístico, pela disponibilização de dados e documentos oficiais da instituição, além da participação do Diretor Superintendente em entrevista. Um agradecimento especial a Dra. Kátia Guimarães, coordenadora do programa de Acreditação Hospitalar do Hospital das Clínicas, pelas muitas conversas que tivemos, pela disponibilização de material e informações e pelo empenho com que realiza seu trabalho.

A Dra. Emília Peres, coordenadora do curso médico da UFPE, que embora muito atarefada, encontrou um tempinho para me fornecer material, dados e algumas sugestões.

À minha família eventual de Campinas, Christiano Lyra, Sônia, Pedro e Nana, pelo apoio afetivo e operacional.

Em relação ao que a gente pretende do Hospital das Clínicas, além do ensino, o sonho, o ideal deste hospital é que nele *as pessoas não sofressem tanto além da sua própria doença*. Que fosse um hospital em que as pessoas tivessem um atendimento que é esperado de um hospital gabaritado, que as pessoas possam sair daqui sabendo qual a verdadeira doença que têm, e que, se for possível curar, que se cure, e se não conseguir curar, que se possa tentar com o que há de mais novo na medicina. Que seja um hospital como é previsto no SUS, universal, e que não tenha duas portas, e que não tenha preconceito de raça, cor, sexo, e que perca esse caráter de feudos que a gente visualiza muito dentro das disciplinas, que dê uma rotatividade maior, o que já ajudaria bastante o ensino, porque aí a gente, em vez de ver o paciente por muito tempo, veria vários pacientes. Que fosse um hospital democrático, em que as pessoas conhecessem o hospital, porque aqui acaba sendo a segunda casa de muita gente, que a gente conhecesse o que ocorre no hospital, que é um mundo. (...) A *humanização* dentro do HU deve ser vista como uma *questão prioritária*. Entendendo por humanização um atendimento adequado, em que não se saia frustrado dele nem o paciente e nem o médico, em todos os sentidos, em relação ao sentimento que estão carregando para aquela situação, e que todos tenham a consciência de que fizeram o melhor que puderam. Humanizar é entender o ser humano como um todo, saber que ele não é uma vesícula, uma cardiopatia congênita.

Dirigentes do Diretório Acadêmico de Medicina da UFPE

	<i>PÁG.</i>
RESUMO	xxxi
ABSTRACT	xxxv
CAPÍTULO 1- Introdução	39
CAPÍTULO 2- Para contextualizar o debate sobre os hospitais universitários	57
2.1- O conteúdo da agenda de discussão dos hospitais universitários.....	59
2.1.1- A defesa dos hospitais universitários brasileiros.....	60
2.1.2- O significado do hospital universitário.....	65
2.1.3- A “crise” dos hospitais universitários.....	77
2.2- As ferramentas conceituais da saúde coletiva e os hospitais universitários.....	86
2.2.1- Alguns subsídios para o gerenciamento dos serviços de saúde no SUS.....	86
2.2.2- Novas ferramentas conceituais para os desafios de gestão dos hospitais universitários.....	92
CAPÍTULO 3- Metodologia	103
CAPÍTULO 4- O caso do Hospital das Clínicas da UFPE	113
4.1- Caracterização institucional.....	115
4.2- Quadro de pessoal.....	118
4.3- Situação dos serviços assistenciais e dados de produção.....	121
4.4- Estrutura organizacional e diretiva.....	131

4.5- Acesso da clientela aos serviços do hospital.....	133
4.6- Quadro financeiro.....	133
CAPÍTULO 5- - Em busca da reestruturação organizacional e funcional: projetos institucionais do HCPE.....	141
5.1- Período 1996 – 2000: tentativa de renovação organizacional.....	143
5.1.1- Motivos desencadeadores do Programa de Renovação Organizacional.....	145
5.1.2- Proposições, bases conceituais do programa e análises críticas....	150
5.1.3- Resistências ao programa e atores envolvidos.....	159
5.2- Período início de 2001 – setembro de 2003: foco na acreditação hospitalar.....	172
5.2.1- Levantamento de problemas, proposições e definição de estratégias.....	173
5.2.2- A vivência da acreditação no HCPE.....	186
5.2.3- Distância entre a intenção de mudanças no hospital e a visibilidade externa das proposições.....	194
5.3- Sobre as apostas político-institucionais dos projetos de mudança do HCPE.....	200
CAPÍTULO 6- A percepção dos atores locais sobre o HCPE.....	207
6.1- A “crise” do HCPE.....	209
6.1.1- Explicações para a “crise”.....	211
6.1.2- Repercussões da crise no dia-a-dia do Hospital.....	225
6.2- O HCPE como hospital universitário.....	235
6.3- O HCPE e o SUS.....	252
6.4- A gestão atual do HCPE (2001-2003).....	265

6.4.1- Convênios e planos de saúde.....	278
6.4.2- Reserva de leitos por especialidade.....	284
6.5- Expectativas dos atores para o HCPE.....	291
CAPÍTULO 7- Considerações finais.....	303
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	311

LISTA DE ABREVIATURAS

ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
ABRAHUE	Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino
ADUFEPE	Associação de Docentes da Universidade Federal de Pernambuco
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
ANDES–SN	Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CFM	Conselho Federal de Medicina
CINAEM	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico
CIPE	Cirurgia Pediátrica
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CIS	Centro Integrado de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COMPESA	Companhia Pernambucana de Saneamento
CREMEPE	Conselho Regional de Medicina
CTA	Conselho Técnico Administrativo
DAMUHC	Diretório Acadêmico de Medicina Humberto Câmara
DIP	Doenças Infecciosas e Parasitárias
FADE	Fundação de Apoio ao Desenvolvimento da UFPE
FIDEPS	Fator de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa em Saúde
HCPA	Hospital das Clínicas de Porto Alegre
HCPE	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco

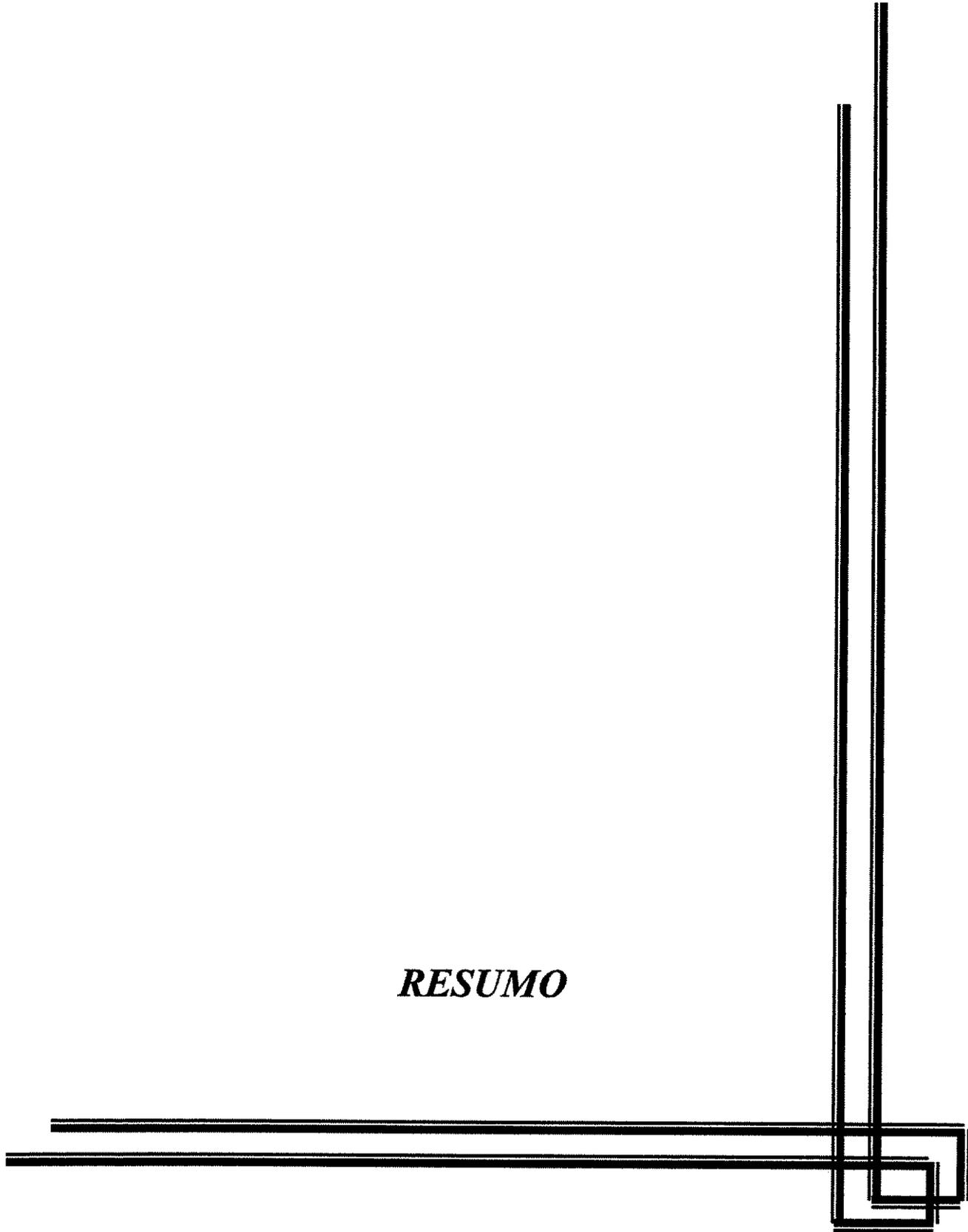
HU	Hospitais Universitários
HUE	Hospitais Universitários e de Ensino
ISO	International Organization for Standardization
LAPA	Laboratório de Planejamento e Administração
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MS	Ministério da Saúde
NAA	Núcleo de Apoio Administrativo
NUTES	Núcleo de Telesaúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PAH	Programa Nacional de Acreditação Hospitalar
PROHC	Programa de Renovação Organizacional do Hospital das Clínicas
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SESU	Secretaria de Educação Superior
SIMEPE	Sindicato dos Médicos de Pernambuco
SINTUFEPE	Sindicato dos trabalhadores da Universidade Federal de Pernambuco
SPA	Serviço de Pronto Atendimento
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

	PÁG.
Tabela 1- Estrutura física e capacidade instalada do HCPE em 2003.....	117
Tabela 2- Profissionais do HCPE por vínculo em 2003.....	119
Tabela 3- HCPE: capacidade instalada de leitos por especialidade.....	123

	<i>PÁG.</i>
Gráfico 1- HCPE: percentual de ocupação dos leitos.....	124
Gráfico 2- HCPE: duração média da internação.....	125
Gráfico 3- HCPE: coeficiente de mortalidade hospitalar.....	126
Gráfico 4- HCPE: consultas ambulatoriais.....	127
Gráfico 5- HCPE: cirurgias no centro cirúrgico.....	129
Gráfico 6- HCPE: cirurgias ambulatoriais.....	130
Gráfico 7- HCPE: receitas por fontes.....	134
Gráfico 8- HCPE: evolução das despesas 2001-2003.....	136
Gráfico 9- HCPE: participação percentual dos tipos de despesa em 2002.....	137

	PÁG.
Foto 1- O Hospital das Clínicas da UFPE.....	115

RESUMO



Este trabalho é um estudo de caso de um hospital universitário (HU), o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HCPE). A relevância das questões nacionais que vêm ocupando a agenda de discussão sobre hospitais universitários e as questões objetivas locais levaram à opção por se tentar compreender os processos gerenciais da instituição no seu papel de ensino e assistência. Ganham destaque, nesse contexto, as “crises” constantes da unidade e algumas tentativas de superação identificadas pela direção do hospital e por outros atores que fazem parte do cenário de inserção local da organização.

O estudo se baseou em revisão bibliográfica, análise documental, dados do perfil e produção do hospital e na realização de entrevistas com atores consideradas relevantes para o processo gerencial. O enfoque metodológico foi qualitativo, embasado em experiências já existentes na área da saúde, embora se tenha utilizado algum elemento da abordagem quantitativa. Não se tratou de buscar inovações metodológicas, mas de se investigar um objeto pouco explorado com metodologias já conhecidas.

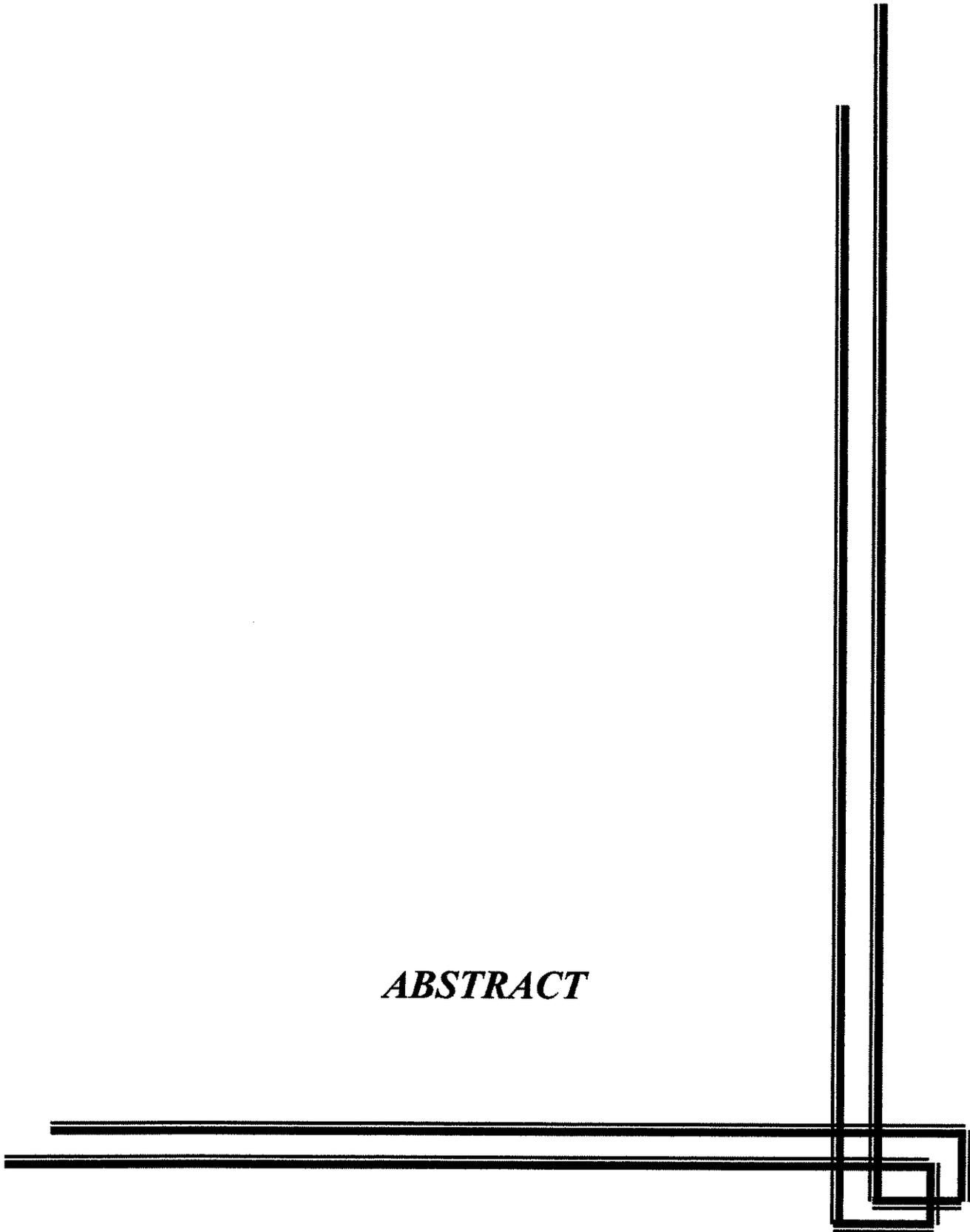
Adotando como ponto de partida a “crise” dos hospitais universitários, procurou-se investigar o que a caracteriza e que tipos de respostas ela provoca. A partir de uma breve revisão de conceitos de crise, chegou-se a uma primeira conclusão que a denominada “crise” é de fato um termo utilizado para mobilizar ações políticas em torno de soluções eventuais para os hospitais universitários, que enfrentam situações crônicas e recorrentes de falta de recursos financeiros e de pessoal. Resolvidas parcialmente essas questões, a “crise” refluí até um outro momento semelhante. Desse modo, os HU vêm vivendo essa situação pelo menos desde a década de 1970. Passado o “momento de crise”, não se constatam mudanças significativas na forma de atuação dos hospitais. É como se a instituição estivesse em busca de sua sobrevivência nos moldes até então existentes.

Em vista disso, o estudo adotou como hipótese que o problema dos hospitais universitários é que nunca entraram em crise de fato. Caso isso tivesse ocorrido, mudanças significativas já teriam sido realizadas. Essa afirmação não implica em dizer que os HU não tenham dificuldades reais. Existem diversas tensões presentes nos hospitais universitários, em virtude da multiplicidade de instituições que se fazem presentes na sua realidade, cristalizando temas/tensões dentro da organização que precisam emergir.

Nesse sentido, o estudo propõe que o desafio de gestão dos hospitais universitários não é buscar soluções para situações eventuais, mas trazer à tona a verdadeira crise, embutida no seu cotidiano, de forma a desnudar os arranjos instituídos e cristalizados das múltiplas instituições que se fazem presentes no dia-a-dia do hospital, principalmente aqueles que estão embarcados na dupla tarefa de ensino e assistência.

Através do estudo de uma organização em particular, dos projetos desenvolvidos e das entrevistas realizadas foi possível concluir pela necessidade da mudança da agenda de discussão hospitalar e pela implantação de processos gerenciais negociados que permitam fazer frente às tensões constitutivas do processo de cuidado em saúde nos hospitais universitários.

ABSTRACT



This thesis is a case study of a university hospital, the Federal University of Pernambuco Clinical Hospital. The importance of national issues occupying the discussion agenda on university hospitals and the local reality in Pernambuco have induced the research to try to understand the hospital educational and health-care management processes. In this context, the recurring “crises” of the Pernambuco hospital and the way they have been faced by the its management and some other local actors deserve special attention.

The research is based on a bibliographic review, documents analysis, hospital profile and production data and on interviews with relevant people for the management process. The methodology was basically qualitative, based on experiences in the health care area with some quantitative elements. It was not the case to look for methodological innovations but to investigate with known methods a not so well researched subject.

Adopting as a departure point the “crisis” in the university hospitals, the study has targeted its characteristics and the kind of answers it provokes. Beginning with a short review of the “crisis” concept, the thesis draws a first conclusion from the fact that the word “crisis” has been utilized for political movements to obtain punctual solutions for the university hospitals facing chronic lack of financial and human resources. Once these isolated problems are solved, the “crisis” pulls back until another similar moment arrives. This pattern has been the recurrent situation for the university hospitals in Brazil since at least the 70’s . Once the “critical” moment is surpassed, no significant change in the way of managing the hospital really happens. It is as if the organization were looking for survival with the same old pattern still on.

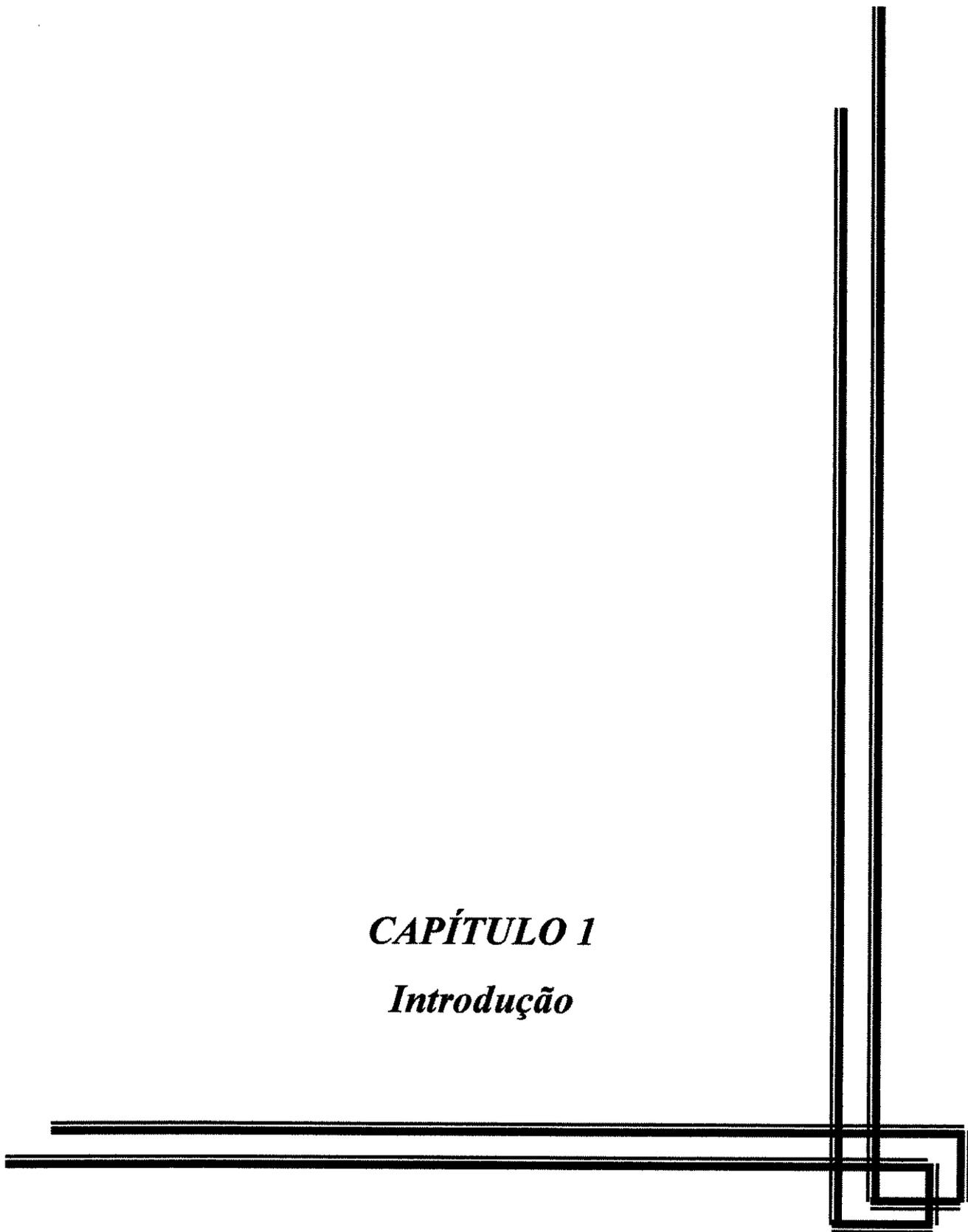
That is the reason the study has adopted as a main assumption that the problem with the university hospitals is that they never get into a real crisis. If that had happened, significant changes would have already occurred. This assertion is not the same as to say the university hospitals do not have real problems. There are significant tensions within the hospitals, especially due to the multiplicity of institutions present in the organization, generating themes that must emerge for the sake of being dealt with.

The study proposes as the management challenge for the university hospital not the solution for eventual problems but the pulling to the surface the real crisis hidden in the day-to-day activities of the hospital, especially the one embedded in the double institutional role of education and health-care service provision.

Through the analysis of a particular organization and its programs, and using the interviews, it was possible for the author to assume that there is a need to change the agenda of the debate, aiming the proposal of negotiated management solutions to face the tensions of the health-care processes in the university hospitals.

CAPÍTULO 1

Introdução



Tomar como tema de estudo os hospitais universitários (HU) significa explorar um objeto de trabalho que pode apresentar diferentes recortes de pesquisa. Em virtude de este ser um estudo de caso, o do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HCPE), em uma realidade de conflitos e dificuldades freqüentes, leva-se em consideração a relevância do tema frente à realidade a ser pesquisada, muito embora pudesse ser ou não um tema expressivo para o contexto geral dos hospitais universitários no país.

Por outro lado, a escolha a ser feita implicava fatores objetivos, tendo em vista que a autora do trabalho não tinha uma história anterior e nem atual de fazer parte dessa estrutura produtiva de saúde, repercutindo no acesso a pessoas, serviços e produtos. Dessa forma, foram-se restringindo algumas possibilidades de investigação, procurando-se fugir de uma análise de macroestrutura, ou da análise de processos de trabalho em saúde, visto que as dificuldades internas do hospital seriam impeditivas. Optou-se por buscar compreender os processos gerenciais da instituição frente ao seu papel de ensino e assistência, as “crises” constantes da unidade e algumas tentativas de superação dos problemas identificados pela direção do hospital e por outros atores que faziam parte do cenário hospitalar.

Muitos autores e atores costumam afirmar que essas instituições hospitalares universitárias estão em “crise” desde a década de 1970, chegando a definir o tipo da “crise”, suas causas e possíveis soluções.

Um bom exemplo foi a mobilização nacional ocorrida em 2002, cujo tema era a “crise dos hospitais universitários”, e que teve como resultado a promoção de uma mostra científica e cultural na Câmara dos Deputados, em Brasília, intitulada “*Vida e Morte dos Hospitais Universitários*”. Organizada por diversas entidades, a mostra se propôs a expor as duas faces dos hospitais universitários: uma que retratava sua importância, seu papel e significado para a sociedade, e outra que expunha seus problemas e dificuldades de funcionamento.

Nessa direção, seria possível argumentar que, tendencialmente, os HU atravessam uma pluralidade de crises, que se expressam através das crises de muitas instituições que se fazem presentes na realidade dos HU, como assinala Vasconcelos (s/d, p. 11). De um outro ângulo, Oliveira Jorge (2002, p. 1) também aponta a crise nos modelos de atenção, a crise no atual padrão de relações entre Estado e sociedade, com conseqüências, como bem destaca a autora, no dia-a-dia dos serviços de saúde.

Todavia, para uma melhor compreensão das questões hoje vivenciadas nessas unidades de saúde universitárias, é necessário localizar brevemente o surgimento desse espaço hospitalar.

A compreensão sobre o papel do hospital (em geral) nas sociedades, desde o seu surgimento, é explorada por Foucault. Nas análises realizadas por ele em "*O Nascimento do Hospital*", citadas por Melo Filho (2000, p. 24), o autor afirmava que este espaço terapêutico foi uma invenção do século XVIII, uma vez que, anteriormente, nem a medicina era concebida como prática hospitalar, nem tampouco o hospital era um espaço de cura, sendo, portanto, necessárias algumas transformações para que o hospital pudesse vir a ser um espaço de cura do corpo e não somente de salvação da alma.

Para Melo Filho (2000, p. 25), os fatores que contribuíram com a medicalização do hospital estão presentes na análise de Foucault, quando assinala que:

O hospital, como lugar de cura, foi duplamente marcado pela disciplina e pelas transformações ocorridas no próprio saber médico. Embora os mecanismos disciplinares sejam muito antigos, somente no século XVIII foram aperfeiçoados como 'uma nova técnica de gestão dos homens'. A disciplina advinda das corporações militares influía na especialização e no controle sobre o desenvolvimento das ações realizadas pelos indivíduos, mantendo-os sob constante vigilância.

Desse modo, "até meados do século XVIII o hospital e a medicina permaneceram independentes. O que está na origem do hospital médico é o ajuste desses dois processos, o deslocamento da intervenção médica e a disciplinarização do espaço hospitalar" (FOUCAULT, 1989, p. 103-107).

“A partir do momento em que o hospital é concebido como um instrumento de cura e a distribuição do espaço torna-se um instrumento terapêutico, o médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar” (FOUCAULT, 1989, p. 109).

O saber médico, que até o início de século XVII estava localizado nos livros, começa a ter seu lugar no hospital, no que é cotidianamente registrado na tradição viva, ativa e atual que é o hospital. É assim que, entre 1780 e 1790, o hospital além de um lugar de cura, é também lugar de formação de médicos e a clínica aparece como dimensão essencial ao hospital (FOUCAULT, 1989, p. 110-1).

As mudanças ocorridas em uma parcela dos hospitais, que além de espaço de cura, tornam-se também espaços de aprendizagem, experimentação, pesquisa de tecnologias, produção e reprodução de conhecimentos datam também de épocas anteriores. Médici (2001, p. 149) assinala que “os hospitais de ensino são tão antigos como o conceito de saúde que surgiu no Renascimento”.

Todavia, na atualidade, essas organizações hospitalares universitárias, algumas com tanto tempo de existência, vivem constantemente em “crise”, por diferentes razões, inclusive, sobre o seu papel e missão. É lugar comum em oficinas realizadas nos hospitais, mesmo em gestões sequenciais, quando não existe uma alteração significativa de contexto, a necessidade de redefinir e algumas vezes reafirmar a missão institucional. Talvez uma das explicações seja dada por Cecílio (1997, p. 294) quando assinala que nas experiências mais recentes, além de outras questões, (...) tem-se dado ênfase a dois aspectos:

A intensa discussão em torno da missão do hospital e de cada uma de suas equipes, sempre centrada no melhor atendimento possível aos seus clientes, por entender que essas abordagens, embora consolidadas na tradição gerencial do setor privado, são muito inovadoras quando trabalhadas no setor público.

Entretanto, embora muitos estudos existam sobre o tema, cada um apontando um aspecto particular da questão, inclusive com propostas de enfrentamento de algumas situações, o que se observa com mais regularidade é que, na prática das crises dos HU, o tratamento em geral, tanto por parte das direções dos HU quanto das instituições

financiadoras e mantenedoras, é uma ação de emergência, visando evitar a paralisação de atendimentos e retirar a suposta crise da mídia.

Nesse sentido, cabe perguntar: essa cronificação e recorrência de “crises” nos HU e as saídas até agora apresentadas, em sua maioria, respondem a que tipo de questões? O que de fato a organização hospitalar universitária está buscando?

Antes de aprofundar estas questões, considera-se pertinente delimitar o espaço de observação que está sendo utilizado neste estudo. Embora algumas vezes, durante o trabalho, sejam feitas citações a respeito dos hospitais universitários e de ensino, denominados HUE, o estudo de caso deste trabalho está voltado para um dos hospitais universitários vinculado a uma Instituição Federal de Ensino Superior, um dos 45 existentes no país. Portanto, grande parte das observações estará voltada para essa realidade, em função das vinculações jurídicas e administrativas existentes. Muito embora não se deva desconhecer que, mesmo nesse conjunto de unidades, existem complexidades distintas e diferenças, às vezes, significativas.

Para uma melhor compreensão dessas questões, considerou-se necessário entender que tipo de organização é o hospital universitário. Apoiando-se parcialmente no Postulado de Coerência de Testa (1989, p. 88-93), é interessante retomar as considerações do autor sobre organização. O conceito de organização utilizado por Testa abrange dois aspectos: “o institucional, ou da consolidação burocrática de uma organização em geral, e o agrupamento de pessoas com interesses comuns, os ‘atores sociais primários””.

Sobre a organização, assinala Testa (1989, p. 88-93):

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 consequência, 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.

Se, na análise e tratamento da “forma organizacional hospitais universitários”, não se pretendendo referir a todos, optar-se por entender, seguindo Testa, que as agendas dos HU são condicionadas pelo peso da determinação histórica, mantendo um conservadorismo interno na busca de soluções para as tensões presentes no seu cotidiano, pode-se correr o risco de desconsiderar as outras tendências presentes na sociedade, na qual os HU se encontram inseridos.

Caso se suponha que predomina a determinação atual, levando a maior adaptabilidade dos HU a situações novas, poderia ser perguntado o que significariam na área da saúde essas situações novas. Tem-se comumente levantado como preocupação a pouca aderência ou isolamento dos HU em relação às políticas encaminhadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto uma possibilidade de inovação nos processos hospitalares. As inovações poderiam não estar ocorrendo, portanto, na sua totalidade, nessa direção.

Poderia ser sugerido, também, que se algumas inovações tiverem sido incorporadas aos HU, não no geral das atividades, essas poderiam fazer parte do movimento recente de mudanças nos sistemas de saúde apontado por Merhy (1999) e comentado por Moraes (2002), quando se referem à transição tecnológica que vem ocorrendo, no contexto de reestruturação produtiva, particularmente no tocante ao subsistema privado de saúde.

Sem pretender entrar na complexidade do estudo realizado por Moraes (2002, p. 194-5), mas considera-se que não se deve desconhecer alguns aspectos abordados pela autora, particularmente quando afirma que:

... a resposta do capital a uma crise que é estrutural pode afetar os modos de funcionamento da organização da assistência médico-hospitalar. (...) o pressuposto de que a atenção gerenciada, ao se constituir uma modalidade de gestão dos serviços que materializa a reestruturação no âmbito do setor (...) encontra-se também em desenvolvimento, e por estratégias as mais diversificadas, no espaço de atuação do denominado 'modelo médico-empresarial hegemônico'...

A gestão da mudança do cuidado, sob a perspectiva da atenção gerenciada, para Merhy (1999, p. 309-313) ocorre através do desenvolvimento de:

Um conjunto de 'tecnologias' para atuar no terreno das tensões-potências, constitutivas dos agires em saúde, conseguindo, com isso, produzir efetivamente um novo modelo de atenção, que desloca o trabalho do médico, subordinando-o a uma outra lógica, mas sem perder a sua eficácia na capacidade de resolver certos problemas de saúde no plano individual e coletivo. (...) desmontando a lógica centrada nos procedimentos médicos.

Outro ponto de apoio ao olhar desta tese para os HU é o destaque feito por Moraes (2002, p. 215-17), quando compara a visão de Merhy e Pires sobre a reestruturação produtiva na saúde. Para Moraes, "a diferença na abordagem dos autores seria o privilegiamento dado por Merhy as tecnologias não-equipamentos para justificar sua idéia de transição tecnológica e Pires centra o olhar investigativo sobre as tecnologias duras para compreender as mudanças nos processos de trabalho em unidades assistenciais complexas".

Moraes (2002, p. 216-7) assinala que:

Talvez mais do que hierarquizar papéis desempenhados por uma ou outra tecnologia coubesse enfatizar a novidade em que se constitui a vinculação das tecnologias não-equipamentos com os novos arranjos tecno-assistenciais na saúde, tentando compreender, concomitantemente, as requalificações prováveis que, é possível estejam a se desenhar no espaço que ocupam e na articulação que empreendem as tecnologias duras, "vis-à-vis" as práticas médico-sociais, estas em visível processo de reestruturação, na contemporaneidade.

Se nos tempos idos a configuração assumida pelo hospital foi marcada pela disciplina e pelas transformações ocorridas no saber médico, que configurações poderiam ser apontadas para o hospital universitário e quais os conhecimentos e/ou técnicas que estariam respaldando o perfil atual assumido por esses hospitais, considerando-se também que, nos dias de hoje, os movimentos do capital têm provocado profundas diferenciações na organização dos processos de trabalho no interior dos hospitais?

Dentro desse conjunto de possibilidades e caminhos que podem ser trilhados pelos HU, um lado que não pode ser esquecido é o papel desempenhado pelo profissional médico nesses processos, referido anteriormente por Foucault. Carapinheiro (*apud* Oliveira Jorge, 2002, p. 32), ao discutir a importância da questão das relações de poder dentro da temática hospitalar, afirma que:

Uma problemática central na investigação é a análise do poder médico. Esse poder é denominado poder-saber e salientado em termos do saber como a autonomia profissional na divisão do trabalho médico, a autonomia científica e tecnológica, e a autonomia política e econômica pelo monopólio profissional legalmente garantido pelo Estado para o exercício da medicina. Para Carapinheiro, não há um saber médico, mas vários saberes médicos, assim como não há um poder médico, mas vários poderes médicos.

Mesmo concordando com o peso do poder médico no hospital, referendado pelo Estado, e com as dificuldades para a realização de processos de inovações hospitalares que vão de encontro a seus interesses, considera-se necessário também destacar uma outra categoria profissional, fortemente presente no campo hospitalar, que são os profissionais da enfermagem. Mesmo supondo um certo viés taylorista de atuação, é um grupo profissional organizado e que nos últimos anos vem investindo fortemente em sua formação, particularmente no campo da gestão hospitalar (não se levando em consideração, no momento, que tipo de conteúdo tem sido apreendido nos citados cursos), podendo ser um grupo a ser mobilizado em processos de mudança. Muito embora Pires (1998, p. 85) assinala que:

Também a enfermagem organiza-se como profissão sob o modo capitalista de produção, (...) desenvolve-se com relativa autonomia em relação aos demais profissionais de saúde, mas subordina-se ao

gerenciamento de ato assistencial em saúde feito pelos médicos, bem como executa o seu trabalho dentro dos constrangimentos impostos pelas regras de funcionamento das instituições assistenciais.

Mesmo que se observe no contexto mais global essa série de possibilidades e o estudo de Pires (1998, p. 15) consiga aportar elementos muito significativos sobre a reestruturação produtiva e seus impactos no processo de trabalho em saúde, a própria autora chega a “identificar na tradição da gestão hospitalar a existência de uma forma hegemônica na maneira de organizar a ação em saúde e que esta forma continua regendo o cotidiano dos hospitais que foram analisados”.

Esses posicionamentos e abordagens permitem perceber que as formas de atuação nos e dos hospitais universitários podem estar influenciadas por esse conjunto de fatores e outros mais, que não chegaram a ser aqui mencionados. Mesmo que elas ocorram de uma forma não planejada e sejam introduzidas no hospital por caminhos e maneiras as mais diversas. Não se pode desconsiderar que uma grande parte dos profissionais médicos que atuam no Hospital das Clínicas de Pernambuco, hoje, possui outros vínculos profissionais, inclusive, no subsetor privado da saúde. Embora um primeiro olhar para o HC de Pernambuco possa trazer a sensação de que a sua atuação esteja ainda muito influenciada pelo peso da determinação histórica, por observar-se um certo grau de conservadorismo de uma estrutura com muitos anos de existência, talvez com pouca renovação no *staff* profissional, não se deve desconhecer, porém, conforme afirma Testa (1989), que está condensado nessa “forma” concreta do hospital universitário todo um desenvolvimento ligado a outras determinações sociais, culturais, políticas e econômicas.

Todas essas questões vêm na direção de respaldar uma inquietação presente ao longo deste estudo: se os hospitais universitários estão de fato em crise ou se eles são doentamente estáveis.

Molinos (1999, p. 22) chega a afirmar que a crise dos HU apresenta dupla face. “Uma face visível e palpável que se refere aos problemas de financiamento e gerência, e outra oculta, de natureza ideológica. Esta seria uma crise de essência, que o autor denomina de crise de identidade, referindo-se ao papel, à função, ao compromisso da instituição HUE”.

Na busca de um entendimento sobre o conceito de crise, Outhwaite & Bottomore (1996, p. 156-160) expõem algumas interpretações de diferentes correntes filosóficas, destacadas a seguir:

As crises decidem se uma coisa perdura ou não (1996, p. 156).

Não pode haver crise sem diagnóstico de crise. Um diagnóstico de crise representa uma vigorosa posição explicativa. Ele não visa a um fim da história, mas constrói hipoteticamente uma história capaz de funcionar como justificativa de ações políticas para os que vivenciam a crise (1996, p. 157).

As crises ocorrem quando experiências conflitantes se acumulam e, no final, não podem mais ser integradas (1996, p. 159).

Uma crise, caso ocorra, resolverá se as antinomias são produtivas ou destrutivas. Sendo produtivas e fonte de motivação racional, é algo que pode depender na prática das possibilidades institucionais para uma discussão objetiva e a resolução de conflitos (1996, p.159).

Tem sido comumente diagnosticado que os HU vivem uma situação de crise, algumas vezes considerada como uma “crise recorrente” ou, às vezes, como uma “crise crônica”, em função da sua durabilidade. No conceito acima citado, a crise aparece como uma possibilidade de definir se a situação existente perdura ou não. No entanto, no caso dos HU, o aspecto de durabilidade da crise não é levado em conta na forma como as “crises” dos hospitais vêm sendo tratadas no momento atual.

Caso existisse de fato uma crise dos HU, conforme os conceitos explicitados, decisões e caminhos teriam que ter sido adotados, pois o que ocorre mesmo é uma situação crônica e recorrente de falta de recursos financeiros ou de pessoal, que eventualmente ocupa o centro da cena, durante um certo tempo. Acontecendo a liberação de algum recurso, soluciona-se parcialmente aquele aspecto que estava em discussão e a “crise” se retrai. Por outro lado, em algumas situações observa-se um completo descompromisso no cuidado e gerenciamento do patrimônio público e dos serviços essenciais de ensino e assistência.

Uma crise é o oposto de algo crônico, acumulado. A crise quebra a linearidade, rompe a rotina, fragmenta, faz surgir o novo. Portanto, observa-se que o diagnóstico de “crise dos HU” tem sido utilizado como uma posição explicativa, no sentido de mobilizar ações políticas em torno da questão de recursos, já que após o “momento da crise” não se constata mudanças substantivas na forma de atuação dos HU. É como se a instituição estivesse em busca de sua sobrevivência nos moldes até então existentes, sem romper as práticas constitutivas do dia-a-dia.

Nesse sentido é que este estudo toma como hipótese central que o *problema dos hospitais universitários é que nunca entraram em crise de fato. Não há, portanto, uma crise dos hospitais universitários, uma ruptura real do status quo.*

Com isso não se está afirmando que os HU não tenham dificuldades, já que se percebe uma série de tensões internas ao hospital que nunca alcançaram *status* de crise, pois são “temas” instituídos e algumas vezes cristalizados na organização. Esses temas são, na realidade, impeditivos de mudanças importantes pelas quais a instituição precisa passar. Eles podem, talvez, estar relacionados com o conservadorismo interno apontado por Testa (1989), que impede que esses temas ocupem a cena e a agenda de discussão, pois muito deles implicam repensar desde a instituição e seu papel, o saber profissional instituído, suas formas de relações de trabalho e atenção à saúde, entre outros aspectos.

Nesse sentido, poder-se-ia se argumentar, que o *desafio de gestão dos HU* não está em buscar soluções eventuais para as citadas “crises”, mas sim em *trazer à tona a verdadeira crise, embutida no seu cotidiano, de forma a desnudar os arranjos instituídos e cristalizados das múltiplas instituições que se fazem presentes no dia-a-dia do hospital universitário.*

Tratando sobre os novos paradigmas gerenciais a serem utilizados na saúde, Merhy (1999, p. 306) refere como um grande desafio nessa temática:

... a possibilidade de se atuar em um terreno de políticas e organizações, fortemente instituído pela presença de forças políticas hegemônicas muito bem estruturadas histórica e socialmente (...) mas que se assentam em uma base tensional, que permite almejar a

exploração de territórios de potências singulares a este campo de práticas sociais – a saúde, disparando-se a produção de novo locus de poderes instituintes, que torna as organizações de saúde lugares de instabilidades e incertezas permanentes, que possibilitam a construção de múltiplos projetos tecno-assistenciais.

Merhy (1999, p. 308) aponta, ainda, algumas dessas tensões nos processos de produção do cuidado que, conforme o autor, marcam os grandes temas contemporâneos dos debates sobre as práticas de gestão, no terreno dos serviços de saúde que são: “entre o cuidado centrado nos procedimentos ou nos usuários; entre um agir privado e um público; entre as disputas permanentes de distintas intenções em torno do que são o objeto e o sentido das ações de saúde”.

Outras tensões também são responsáveis pelo quadro atual dos HU, embora nem sempre tenham ocupado a cena e apresentem complexidades distintas, sendo alguns de conhecimento geral, tais como: a ampliação dos mercados privados de assistência a saúde; a política de retração de investimento das áreas sociais, entre elas a de saúde; a crise da universidade pública; a crescente especialização da prática médica; a falta da integralidade na atenção; a disseminação das tecnologias duras na saúde; o acesso não universal; a desarticulação entre os níveis de complexidade do sistema de saúde; as dificuldades de implementação da proposta SUS; o desordenamento do modelo de atenção à saúde; a desumanização do atendimento; o corporativismo das categorias profissionais; a não atualização de modelos gerenciais. Esses, entre outros aspectos, têm contribuído também para a existência de situações extremamente caóticas e inquietantes nos HU.

Entretanto, para além das diferentes configurações que possam vir a constituir os hospitais universitários, é fundamental ressaltar que eles apresentam especificidades organizacionais, de um lado refletidas nos vínculos institucionais existentes e na forma de remuneração de alguns incentivos via SUS e, de outro, na 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 de complexidade.

Todavia, é importante compreender que essa duplicidade de ensino e assistência dos HU não é uma questão linear, uma vez que as lógicas desses processos produtivos realizam-se no mesmo espaço de trabalho, onde eles, muitas vezes, se entrecruzam, embora apresentem distinções tais como: ritmos, tecnologias, métodos, procedimentos, tempos utilizados, clientela, entre outros aspectos. Todavia, para além das diferenças e semelhanças dessa dupla tarefa dos HU, vale assinalar a reflexão de Merhy (1999, p. 312) quando destaca que o fundamental é não “perder o sentido final do trabalho em saúde que é o de defender a vida dos usuários, individuais e/ou coletivos, através da produção do cuidado”.

Para o aprofundamento dessas diferentes questões, neste trabalho, a unidade hospitalar serve como foco de observação e como espaço de representação no âmbito das políticas de saúde e da gestão hospitalar em particular. O hospital universitário como um campo privilegiado de observação, no sentido de expressar uma determinada forma de realizar a gestão da política hospitalar e, ainda mais, modelar as práticas e conhecimentos adquiridos pelos futuros profissionais de saúde no que tange à assistência, ensino e pesquisa. No caso do Hospital das Clínicas de Pernambuco, o hospital funciona como uma espécie de “analisador de referência” frente às tendências, desafios e propostas que se encontram presentes no cenário brasileiro em relação aos HU. Assim, o estudo se concentra em uma organização hospitalar específica, que também se encontra inserida no contexto global dos HU, possibilitando a apreensão de outros elementos de análise do conjunto de hospitais universitários do Brasil.

Cabe, ainda, destacar um pouco mais o sentido dos hospitais universitários no seu dilema cotidiano entre uma gestão voltada para assistência ou voltada ao ensino ou em ambas as direções. O profissional responsável pela direção hospitalar lida com a pressão diária da demanda assistencial da população e a organização da prestação dos serviços. Já a direção do Centro de Ciências da Saúde (CCS), responsável pela coordenação do ensino e pesquisa, opera com as demandas docentes e discentes. A direção do hospital é realizada sempre por um profissional oriundo dos quadros docentes da instituição, obrigatoriamente de formação médica, enfrentando, portanto, dificuldades em estabelecer formas de relação gerencial que impliquem cobrança de resultados aos seus pares.

Além do mais, o financiamento do sistema de saúde adota a lógica da produtividade, que não favorece o campo do ensino e da pesquisa. 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.

Por outro lado, o “tempo político” tão presente nas gestões estaduais e municipais de saúde, expressando-se nas urgências de realização dos projetos de governo, inclusive de reformas de hospitais, contratação de pessoal, manutenção da rede, não aparece com a mesma força em um hospital universitário vinculado ao plano federal. Aparentemente, as demandas ficam mais diluídas, e as urgências são realmente as “urgências médicas”.

Além disso, o reconhecimento da dupla tarefa primária dos HU deve ser tratado em uma outra perspectiva, não numa visão dicotômica, uma vez que é esse o cerne da missão desse tipo de instituição. A tendência atual é, inclusive, incorporar essa duplicidade também em outros serviços de saúde que não tenham a característica de hospital. Essa dupla tarefa primária, se for tratada como escolha entre uma ou outra, segundo Barros (1998, p. 26), “tende a suprimir da análise o entendimento de que os campos de saber se superpõem e se constituem, ao mesmo tempo, de relações de poder, configurando elas próprias campos de saber”.

Assim, 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, como assinala Barros (1998, p. 27), significa não ser nem um nem outro, e estar no meio significa não ter concluído a tarefa.

Barros (1998, p. 28) adverte que “o *entre* despotencializado é o *entre* capturado por duas totalidade opostas, é o *entre* reportado a idealidades esterilizantes”.

Barros (1998, p. 30) defende ainda que:

... o *entre* não é algo localizável no espaço, é um movimento transversal, um fluxo incessante, um *dever*. Como tal, não pode ser definido a não ser fragmentária e provisoriamente. Ao *dever* estamos chamando de terceiro incluído como uma porta que abre para a multiplicidade de modos de ser. Ele é processo.

Desse modo, a “dupla tarefa primária” pode ser tratada como paradoxo. Assim, não precisa ter que escolher uma ou outra possibilidade, como também não é necessário resolver esse paradoxo, o que permitiria transitar pela situação de ambigüidade de uma forma mais produtiva.

Essas são, portanto, as indagações e pretensões principais do estudo, embora no decorrer do mesmo surjam outras questões que também têm tratamento específico.

Em termos de **objetivos**, o presente trabalho está centrado nos seguintes itens:

- Contextualizar o HCPE na agenda de discussão nacional dos hospitais universitários tanto em termos de pontos críticos quanto de proposições;
- Descrever e analisar as características gerais do HCPE; os projetos institucionais desenvolvidos nos últimos oito anos; as apostas político-institucionais dos projetos;
- Compreender a visão de diversos atores sobre a “crise” do HCPE, utilizando esses elementos como um “analisador” de tendências, desafios, embates e propostas que estão em curso no cenário brasileiro em relação aos hospitais universitários

O estudo está estruturado em sete capítulos. O primeiro faz esta introdução, onde são abordadas as questões da pesquisa, seus objetivos e forma de apresentação. O segundo aborda os dilemas e desafios dos hospitais universitários e as ferramentas conceituais que se encontram em discussão na área da Saúde Coletiva sobre a gestão hospitalar. O terceiro refere-se à metodologia utilizada e aos conceitos e técnicas que a

respaldaram. O quarto diz respeito à investigação de uma organização específica, no caso o Hospital das Clínicas da UFPE, nos aspectos referentes às suas características gerais, serviços realizados, produção de serviços, organização estrutural, questões de acesso, pessoal e finanças. O quinto trata dos projetos institucionais do HCPE realizadas nos últimos oito anos e das apostas político-institucionais da organização. O sexto baseia-se na análise de grande parte das entrevistas¹, identificando a visão de diferentes atores que compõem o cenário hospitalar local e buscando ver em que medida essas visões respondem às questões da pesquisa. O sétimo contém as considerações finais da autora sobre o tema.

¹ A autora teve o protocolo de pesquisa no. 194/2002-CEP/CCS aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, em 4 de setembro de 2002.

CAPÍTULO 2
Para contextualizar o debate sobre os
hospitais universitários

Com o objetivo de contextualizar o tema em estudo, pretende-se resgatar os dilemas e desafios dos HU, formulações sobre o tema e movimentos significativos que, direta ou indiretamente, contribuem para compreender a atualidade da agenda de discussão sobre os HU, os desafios do gerenciamento hospitalar e as perspectivas colocadas pela agenda SUS.

2.1- O CONTEÚDO DA AGENDA DE DISCUSSÃO DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS

A compreensão da agenda de debate sobre os HU implica entender a dimensão institucional da organização hospital universitário, inclusive, no seu contexto. Segundo Luchmann (2002, p. 22-3), uma diferença importante entre a visão do neo-institucionalismo em relação aos primeiros institucionalistas está no fato de:

... rejeitarem uma análise estática das instituições, na medida em que se percebe que, ao mesmo tempo em que as instituições constroem comportamentos, elas também dão poder aos atores sociais, estruturam novas agendas, mudam preferências e comportamentos sociais. (...) se por um lado não se pode negar o papel do constrangimento da esfera ou do campo institucional na conformação da ação e do comportamento social, por outro lado, há que se resgatar e ressaltar o caráter aberto e contingente das lutas e conflitos sociais no processo de organização – ou reorganização – institucional.

Nesse sentido, o fato de se destacar o caráter multiinstitucional dos HU significa uma chamada à complexidade do objeto de estudo e às diferentes interações e circuitos que podem ocorrer nesse espaço de produção de cuidados em saúde, e que se expressam como tensões presentes no cotidiano do hospital. Mas, de outro lado, a análise da concepção dos atores no processo permite ver a dinâmica institucional e as possibilidades de mudanças no processo da organização.

A pressão para mudanças nos hospitais universitários não está dissociada dos questionamentos que permeiam os outros serviços públicos de saúde, embora se considere que, nesse caso, a complexidade é mais ampla, em virtude da convivência de vários projetos em disputa, muitas vezes nem claramente explicitados. Se em um hospital público,

em geral, são identificadas disputas internas de poder, no hospital universitário esse aspecto assume conotações muito mais agudas, pela maior diversidade de atores e projetos implicados.

Destacando-se o caso dos hospitais com vinculação à União, que expressam uma arena institucional onde convivem diversos atores/grupo de interesses, com projetos e visões diferenciadas sobre a função e o modelo de prestação de serviços, ensino e pesquisa, que devem ser ali realizados.

Por outro lado, para além dos processos internos das instituições, existe um conjunto de fatores “externos”, que conforma as políticas para o setor de saúde e educação, podendo significar restrições concretas a processos de mudanças organizacionais ou, dependendo do que esteja em disputa, servirem também de argumentos para não-mudanças.

Portanto, a seguir serão ressaltados alguns pontos que estão inseridos nesse debate.

2.1.1- A defesa dos hospitais universitários brasileiros

O Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior (ANDES-SN) publicou um informe sobre os hospitais universitários no país, denominado InformANDES (1998), onde faz uma discussão geral sobre alguns hospitais universitários do país (referência a oito unidades), muito embora, como comenta Molinos (1999, p. 18), “a publicação limitou-se a retratar a situação de alguns hospitais, sem avançar na análise das causas do problema e no encaminhamento de alternativas de enfrentamento”. Apesar disso, foi possível extrair alguns apontamentos dessa publicação que na realidade são algumas idéias e pensamentos selecionados pela autora deste trabalho, em relação aos quais se pretende fazer alguns contrapontos, com o objetivo de melhor compreender quais as tensões presentes nos HU.

Um dos pontos recorrentes nos discursos têm sido os vários momentos de “agonia financeira” por que passam os HU. Constata-se que, pelo menos nos últimos trinta anos, esse tema tem feito parte dos debates sobre os HU, sendo apresentado como aspecto crítico de importância crucial para a manutenção dessa rede de média e alta complexidade,

quando não da sua própria existência. São fatos corriqueiros na mídia nacional, na década de 1990 e nesse início dos anos 2000, as denúncias de redução de leitos, suspensões de atendimento e cirurgias, fechamento parcial de serviços, recolhimento de equipamentos hospitalares de alta tecnologia por falta de pagamento ou até situações extremas de fechamento de unidades hospitalares.

A fonte de manutenção dos HU deveria ser o Ministério da Educação e Cultura (MEC), que deveria responder pelos custos de pessoal, ficando o Ministério da Saúde (MS), responsável pelo custeio. Recursos para investimentos estão na dependência de projetos eventuais, sejam do MEC ou do MS. A busca de outras fontes de recursos ocorre pela ação e articulação de cada unidade hospitalar, e em cada situação apresenta-se de forma distinta, dependendo das realidades locais. Embora se possa afirmar que, até o momento, essas outras fontes não são responsáveis pelo funcionamento da rede hospitalar, podem, no mais das vezes, assegurar a compra de algum equipamento, reforma de setores dentro dos hospitais ou a construção de unidades especializadas.

O que tem sido colocado é a distância existente entre o custo estimado de manutenção dos hospitais e o orçamento previsto. Essa situação tem ocasionado déficits acumulados constantes, levando à negociação entre os hospitais e os ministérios envolvidos no sentido da compensação desse “rombo”. A reivindicação mais freqüente, com relação ao MEC, refere carência de pessoal, uma vez que o quadro não tem sido renovado na magnitude necessária, tanto para cobrir a redução por aposentadoria e outros afastamentos quanto para atender aos requisitos de expansão de serviços e à criação de novos. Isto tem obrigado os HU a adotarem uma medida de utilização dos recursos SUS para a contratação de pessoal que, embora solucione transitoriamente uma parcela limitada da questão de pessoal, gera outras conseqüências, como a existência de vínculos e formas de pagamento distintas no mesmo local de trabalho e redução do emprego dos recursos do SUS para o custeio, entre outros. Já com relação ao MS, tem-se questionado os valores dos procedimentos, os tetos financeiros dos HU e, ainda, em algumas realidades, dependendo das relações existentes entre a direção das secretarias estaduais e os hospitais, ocorrem denúncias de glosa de recursos ou de não incorporação de serviços prestados de maneira a assegurar o pagamento adequado aos procedimentos realizados, levando à perda de

recursos. Nesse sentido, é necessário ressaltar que, embora exista uma cobrança freqüente, dos que se sentem “formuladores do SUS”, exigindo uma maior integração dos HU com o Sistema de Saúde, percebe-se que no plano local existem tensões de vários níveis. É uma questão de “mão-dupla”, pois se por um lado existe uma “inércia” dentro dos HU no sentido de aprimoramento dessa relação, por outro os gestores locais do SUS, em geral, comportam-se como os centralizadores dos recursos e têm um tratamento com os HU que é desestimulante para o desencadeamento de qualquer relação diferenciada.

Entre os pontos a serem destacados, das diversas idéias apresentadas no Informe, vale lembrar o papel social desempenhado por esses hospitais, ao longo do tempo, muitos deles com mais de cinqüenta anos de existência.

Em virtude do significativo porte dos hospitais¹, esses, do ponto de vista da assistência em números, têm sido responsáveis pela realização de consultas, ambulatoriais e cirúrgicas, com uma grande magnitude de atendimentos. Embora, em algumas situações, nem toda a capacidade produtiva dos hospitais, em termos de ocupação de leitos e atendimento ambulatorial, esteja sendo utilizada. Como também ocorre, com alguma regularidade, suspensão de cirurgias, por falta de condições de distintas causas para as suas realizações.

Molinos (1999, p. 6), através da análise de dados de produção dos hospitais universitários e de ensino no país, demonstra o potencial de atendimento desses hospitais, particularmente os do setor público, na rede de atenção à saúde do esquema assistencial do SUS, não só no aspecto quantitativo mas também no suporte para casos especializados e de maior complexidade.

Para a grande maioria dos HU, é atribuído um papel de referência hospitalar, seja estadual ou regional. O fato de os HU serem qualificados como referência decorre da diversidade de sua clientela, vinda de municípios e às vezes estados distintos, do alto grau de especialização dos seus profissionais, da existência pioneira de tratamento de algumas

¹ Vasconcelos (s/d, p. 3) assinala que existe uma grande diversidade no porte desses hospitais, variando desde hospitais com menos de 100 leitos a complexos hospitalares com mais de 2000 leitos.

patologias, da utilização de novas tecnologias e da gratuidade do atendimento, não existindo nenhuma vinculação à rede de serviços de saúde.

Os HU, em geral, comportam-se de forma autônoma frente aos demais serviços componentes do SUS, não estando estabelecida nenhuma forma muito estruturada de referência ou contra-referência, ou pactuações claras de linhas de cuidado. Mais recentemente, têm ocorrido tentativas de um diálogo diferenciado, partindo muito mais do campo de ensino, quando se questiona a formação dos profissionais de saúde, particularmente dos médicos, pelo fato de estar concentrada apenas no espaço de aprendizagem do hospital. Esse tema tem sido tratado nas reformas curriculares que se encontram em andamento.

A favor dos HU também tem sido apontado o seu pioneirismo na atuação frente a algumas patologias, como também o fato de ser um marco no uso de tecnologias de ponta. Nesse sentido sinalizam as contribuições de Cecílio e Merhy (2003, p. 1) que, ao tratarem o tema da integralidade da atenção no hospital, chamam a atenção para o cuidado integral de saúde onde deveria ocorrer uma combinação generosa e flexível de tecnologias duras, leve-duras e leves. Citando trabalho de Merhy (2002), propõem que “tecnologias duras dizem respeito a equipamentos e procedimentos, tecnologias leve-duras são aquelas decorrentes do uso de saberes bem-estruturados e tecnologias leves são as relacionais, vinculadas ao espaço inter-subjetivo do profissional de saúde e paciente”. Entretanto, é comum nos HU, como no conjunto do modelo médico hegemônico, a valorização das “tecnologias duras e leve-duras”, e isso se expressa através dos destaques feito, no momento atual, sobre a implantação de serviços nos HU, como é o caso de transplantes de órgãos. Sem discordar da importância da incorporação tecnológica para os HU, até por serem serviços que têm a pesquisa e o ensino como base de seu funcionamento, vale, entretanto, ressaltar que em um espaço de ensino-aprendizagem deve também ser fundamental a atenção a outros componentes do próprio atendimento nos hospitais, citados por Cecílio e Merhy.

Nessa direção, ainda, coloca-se como necessário que a incorporação tecnológica nos HU ocorra de forma compartilhada com a rede de saúde local e regional, procurando-se evitar a dispersão de recursos, uso indiscriminado ou ociosidade de procedimentos de alta complexidade, à semelhança do que vem ocorrendo na rede privada

de saúde, na qual cada unidade de saúde busca assegurar a alta complexidade em um único espaço, onerando ainda mais a atenção médica.

Entretanto, Molinos (1999, p. 6-7) ressalta que é no campo do ensino onde se expressa a função primeira dos hospitais universitários:

... são laboratórios de aprendizagem indispensáveis, cumprindo funções determinadas dentro dos projetos político- pedagógicos de formação profissional. O autor chama a atenção, todavia, que esse espaço não pode pretender substituir todos os demais e necessários espaços de aprendizagem e capacitação, monopolizando e distorcendo o preparo profissional dos estudantes. Considera, ainda, que é nesse campo onde se têm observado as maiores dificuldades para que os HU possam cumprir suas funções, em virtude das distorções de papel no campo assistencial e das restrições de várias ordens que lhes têm sido impostas, sobretudo as de financiamento.

Sobre a pesquisa nos hospitais universitários, como elemento indissociável de sua função de ensino, Molinos (1999, p. 6) considera que tem sido “inegável o papel dos HU na geração e incorporação apropriada de novas tecnologias e novos métodos terapêuticos, sobretudo em áreas onde o setor privado, com raras exceções, não vê lucratividade e conveniência de investir”.

Costuma-se afirmar que as décadas de 1950 e parte de 1960 transcorreram sem sobressaltos para os hospitais universitários, sendo considerado, talvez, o “período de auge”, onde, além de outras medidas, foi implantado o programa de residência médica. A partir da década de 1970 até os dias atuais, por diferentes razões, os hospitais universitários vêm enfrentando dificuldades, distanciando-se, cada dia mais, do “sonho” de alguns profissionais desses hospitais, que seria um hospital universitário onde assistência, ensino e pesquisa tivessem um padrão de desenvolvimento com alta qualificação.

Essa situação tem submetido os hospitais universitários a várias “crises” e questionamentos, desde posições, inadequadas, que desconsideram o potencial produtivo destes hospitais, passando por proposta de melhorias internas, através de adoção de modelos de gerenciamento e/ou outras medidas, até posicionamentos sobre a validade da

existência de uma estrutura própria para a realização da aprendizagem dos futuros profissionais em formação em saúde. Molinos (1999, p. 7-8) comenta que “muitos se têm perguntado porque uma solução vira problema e de certa forma chega a centralizar e ocupar, com tanta relevância, a pauta de discussões sobre a formação de recursos humanos para a saúde e sobre os modelos assistenciais prevalentes no campo da assistência médica”.

Assim, observam-se várias tensões: dificuldades de integração hospital universitário versus SUS; atenção básica *versus* atenção especializada e alta complexidade; manutenção com recursos públicos *versus* busca de convênios com planos e seguros privados de saúde; interesses pedagógicos *versus* interesses da rotina hospitalar, entre outros aspectos.

Finalizando, é preciso referir que algumas notas constantes nesse item procuraram expressar inquietações presentes em um coletivo de pessoas que fazem parte do dia-a-dia do hospital, e que de alguma forma se sentem ameaçadas pelas perdas constantes do espaço ocupado pelos HU.

No item seguinte, procurou-se resgatar as concepções de alguns autores que escreveram sobre o tema, como também identificar o posicionamento de algumas entidades e conselhos sobre a questão, buscando pontuar as tensões presentes nesse debate.

2.1.2- O significado do hospital universitário

Ao se abordar o tema do hospital universitário, uma das primeiras indagações que se apresenta é: o que significa *ser* um hospital universitário?

Segundo Médici (2001, p. 150), a concepção tradicional define um hospital universitário como:

... uma instituição que se caracteriza por ser um prolongamento de um estabelecimento de ensino em saúde (de uma faculdade de medicina, por exemplo); prover treinamento universitário na área de saúde; ser reconhecido oficialmente como hospital de ensino, estando submetido à supervisão das autoridades competentes; propiciar atendimento médico de maior complexidade (nível terciário) a uma parcela da população.

Todavia, sobre o significado do hospital universitário no Brasil de hoje existem vários aspectos e tensões, com pouco aprofundamento de discussão nos fóruns que mais diretamente seriam responsáveis por mudanças nos HU. Um dos pontos que permeiam o processo interno do hospital está focalizado: na complexidade do atendimento que devem realizar, ser um hospital geral ou não; entre outras. Embora constitucionalmente haja definições sobre o papel dos HU, a prática tem levado a situações de demanda por atendimento de níveis de menor complexidade, que é uma constante em grande parte dos hospitais.

Para Campos (1999, p. 188), “segundo a missão declarada nos estatutos, regimentos ou atas de fundação dos HU, eles deveriam ser serviços estruturados para atender casos complexos. Todavia, o perfil real da produção destas unidades tem apresentado relevância no atendimento de casos de complexidade média ou até primária, portanto, com funções muito mais amplas”.

Em virtude das características de prestação de serviços-ensino-pesquisa, os HU estão submetidos a regulamentações constitucionais e jurídicas que definem, até certo ponto, o seu espaço de atuação e normas a serem consideradas.

O pólo acadêmico dos HU subordina-se à legislação universitária e à Constituição Federal de 1988, que no artigo 207 assim expressa: as Universidades gozam de autonomia didático-científica, administrativa e de gestão financeira e patrimonial, e obedecerão ao princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão (CALDAS JÚNIOR, 1999, p. 2).

Como instituição pública federal de saúde, os HU devem também se submeter aos princípios constitucionais que tratam da matéria presentes na Carta Constitucional de 1988. A Lei Orgânica da Saúde do Brasil, No. 8.080/9² estabelece, em seu Art. 4º, que o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais,

² Lei Orgânica da Saúde – Brasil, Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 – Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde.

Muito embora existam todas as determinações legais, a integração dos HU ao Sistema Único de Saúde tem sido permeada de percalços. Particularmente no momento em que os hospitais passaram a ser custeados quase totalmente pelo SUS, restringindo-se o apoio do MEC ao pagamento de parte do quadro de funcionários do hospital, quando deveria ser a maior parte.

Sales (1993, p. 100) assinala que, embora a maioria dos HU tenha como fonte de financiamento o SUS, do ponto de vista do desenvolvimento das suas ações e de integralização da política de gestão e de gerenciamento eles não se envolvem com o SUS.

A questão do não envolvimento dos HU com o Sistema tornou-se de certa forma um senso comum, quando também deveria se interrogar qual o envolvimento dos SUS e seus gestores com os HU, além do repasse de recursos. A única coisa que se pode afirmar, no momento, é que essas unidades hospitalares prestam um serviço de relevância à população, estando ou não integradas ao SUS. Por outro lado, necessita-se um melhor aprofundamento do que significa estar integrado ao SUS. É se submeter a decisões de gestores locais ou participar efetivamente de uma construção coletiva de mudanças?

Embora mantidos, em quase todas as situações, por verbas públicas, Médici (2001, p. 149) comenta que “os hospitais universitários cresceram, nos últimos setenta anos, em sua grande maioria, como instituições independentes, distantes do perfil epidemiológico das populações, e dominadas pelos interesses dos médicos especialistas”.

Essa observação de Médici, entretanto, está em consonância parcial com as mudanças que ocorreram nos HU, ao longo desse tempo. O que se observa, na prática, é que o papel assistencial dos HU, que em momentos anteriores, particularmente entre as décadas de 1950 a 1970, funcionava mais como retaguarda de alta especialização, foi se transformando, com o surgimento do SUS, em uma unidade com crescente participação no atendimento à demanda do SUS. Segundo Molinos (1999, p. 9-10):

Os HU passam a suprir as deficiências da rede assistencial, em muitos casos até substituindo-a, gerando dificuldades do ponto de vista do ensino e agravando o problema do custeio, na medida em que os esquemas de retribuição financeira sempre se deram em patamares aquém do necessário.

Para Campos (1999, p. 191-2), “as escolas deveriam integrar-se ao Sistema Único de Saúde, realizando contratos de co-gestão, de modo a propiciar maior integração docente-assistencial”. Assinala o autor que:

No caso dos hospitais universitários, que têm grande autonomia de gestão, seria conveniente um maior grau de integração e articulação com o SUS, criando-se instâncias em que usuários e autoridades sanitárias regionais pudessem opinar. (...) Programas em co-gestão têm mais estabilidade, diminuindo os efeitos negativos da descontinuidade administrativa dos serviços públicos.

No entanto, quando se observa a realidade dos HU, não se verifica essa grande autonomia de gestão apontada por Campos.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS), em oficina³ sobre os hospitais universitários, também questiona algumas coisas e define uma série de questões com respeito à prestação de serviços e ao ensino nos hospitais universitários.

Ressaltou-se também na oficina a definição das “estratégias curriculares”, que possibilitou a flexibilização nas mudanças curriculares. Reforça a importância da *articulação* entre os Ministérios da Saúde, Educação, Ciência e Tecnologia, no sentido da implementação de políticas relacionadas à saúde, visando o desenvolvimento e consolidação do SUS (CNSa, 1999).

³ Em abril de 1999 foi realizada a I oficina de trabalho sobre os Hospitais Universitários e de Ensino (HUE), promovida pelo Conselho Nacional de Saúde, cujo tema foi: “Inserção do componente assistencial dos Hospitais Universitários e de Ensino no Sistema Único de Saúde”. Os temas que têm sido incluídos nas pautas do Conselho, registrados em boletins e jornais do Conselho, referentes ao período de 1998 a 2002, estão basicamente concentrados na relação dos HUE com o SUS e no aspecto da privatização de parte dos leitos dos HUE.

Entre as premissas de mudanças curriculares consta a definição de outros espaços de ensino-aprendizagem na rede primária e secundária. Uma demanda para os HUE, além do papel que já exercem, é de se constituírem em pólos de capacitação e educação continuada para os profissionais da rede primária e secundária de saúde. Outra contribuição esperada se refere à construção de modelos integrais de atenção à saúde, através da elaboração de protocolos técnicos, em conjunto com os profissionais do sistema, no sentido de apoiarem o desenvolvimento da qualidade técnico-científica no SUS (CNSa, 1999).

Quanto às esferas de gestão e financiamento dos HUE, propõe-se que a inserção gerencial dos HUE seja definida nos espaços de pactuação já existentes, respeitando-se, entretanto, o princípio constitucional da autonomia universitária. Defendem-se contratos de gestão entre o HUE e o gestor do sistema, onde fiquem definidos as responsabilidades e compromissos em relação à missão, metas, indicadores, avaliação e controle e incluídos, ainda, a qualificação da pesquisa e do ensino (CNSa, 1999).

Discutiu-se na oficina também a necessidade da reversão da lógica de financiamento vigente, baseada no pagamento por produção de serviços, seja ambulatorial, de internação ou de alto custo. Uma vez que esse tipo de financiamento induz ao surgimento de modelos técnico-assistenciais, nem sempre condizentes com a realidade epidemiológica e as necessidades de saúde nos planos local e regional e, nos quais, os recursos são sempre insuficientes (CNSa, 1999).

Do ponto de vista do financiamento dos HUE, essa discussão⁴ objetivou estabelecer mecanismos que assegurassem uma melhor aplicação dos recursos do FIDEPS e de outras fontes, contribuindo para uma estrutura de gastos do SUS regional, incluindo os HUE. Todavia, considerou-se que, embora essas medidas fossem necessárias, não resolveriam o grave desfinanciamento público dos serviços de saúde, uma vez que esta questão encontra-se afeta à esfera macroeconômica e macropolítica do país (CNSb, 1999).

⁴ A II oficina de trabalho do CNS sobre os HUE adotou, como tema mais específico de debate, a “Utilização estratégica dos recursos do fator de incentivo ao desenvolvimento do ensino e pesquisa de saúde (FIDEPS) e os de outras fontes”.

Assim, apesar dos avanços constitucionais, jurídicos e algumas vezes práticos observados na relação HU – SUS, para Caldas Júnior (1999, p. 3):

ainda persistem imensas dificuldades especialmente no que se refere à programação pactuada e integrada de atividades, à definição de competências dentro do sistema regionalizado e hierarquizado, ao fluxo interinstitucional de informações e pacientes, etc.

Essa observação de Caldas Júnior está referenciada na Norma Operacional Básica de 1996⁵.

Para o Conselho Nacional de Saúde, a democratização da gestão dos HUE é fundamental, devendo ocorrer através da constituição dos conselhos gestores, envolvendo usuários, alunos, profissionais de saúde, docentes e gestores públicos, com o objetivo de buscar novos rumos para os serviços, consolidando-os como centros de atenção à saúde de excelência do SUS, é fundamental (CNSa, 1999).

Todavia, Caldas Júnior (1999, p. 3) afirma que:

As iniciativas de controle social democraticamente exercidas, inclusive com a participação dos usuários desses hospitais, são, ainda, incipientes. As deliberações sobre as políticas assistenciais dos HU quase sempre passam à margem das instâncias legalmente constituídas pelo SUS para este fim, quais sejam as Conferências e Conselhos de Saúde.

Outra questão que tem feito parte da agenda de discussão é a criação de novas escolas médicas. Nos anos 60 e 70, do século XX, ao lado da expansão no número de escolas médicas, acelera-se a instalação de hospitais universitários. Caldas Júnior (1999, p. 1) assinala que “este conjunto de hospitais passa então a constituir não apenas a base do sistema de formação de médicos e outros profissionais de saúde, como também a espinha dorsal do sistema de atenção terciária (especializada) do país”.

⁵ Prevista na Norma Operacional Básica 01/96, em vigência – MINISTÉRIO DA SAÚDEa. Norma Operacional Básica 01/96. “Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão”, de 6 de novembro de 1996.

Visando ter um acompanhamento e controle desse processo, foi criada há treze anos a Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE), entidade que agregava, em março de 2001, 102 dos 150 hospitais-escolas do Brasil⁶.

O pouco envolvimento do MEC no processo de reconhecimento e credenciamento do hospital como universitário, uma vez que não existem critérios para o reconhecimento oficial de um hospital-escola, torna-se também relevante. O parâmetro orientador deste processo, até o momento, segundo Ferraro (2001), “além do bom senso”, é uma portaria conjunta do MEC com o Ministério da Saúde (MS), que rege o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa em Saúde (FIDEPS). Esta portaria estabelece que o hospital que pretende incorporar o FIDEPS precisa assegurar algumas condições, tais como: presença do aluno; oferecer a residência médica; dispor de biblioteca; estruturar a comissão de ética e pesquisa; entre outras coisas.

As dificuldades financeiras e administrativas decorrentes da vinculação das escolas médicas com as universidades e o anseio pelo hospital próprio são de tal monta que, segundo Molinos (1999, p. 9), transformou-se numa armadilha.

Desde 1968, foi criado um Decreto-lei, onde se definiu que seria evitada a construção de novos hospitais das clínicas: os alunos que se destinarem ao ciclo profissional poderão prosseguir sua formação em unidades não necessariamente pertencentes às universidades, mas por elas utilizadas mediante convênios.

Vasconcelos (s/d, p. 1) assinala que: “apesar da posição governamental adversa à construção de novos Hospitais das Clínicas, com a defesa do ensino em hospitais comunitários e oficiais, a dinâmica de constituição dessas organizações foi mais forte e houve significativa expansão desses estabelecimentos nas décadas subseqüentes”.

⁶ Dados mais atuais (2002), produzidos pela ABRAHUE, são citados por Vasconcelos (s/d, p. 2), quando chama a atenção sobre a existência de 154 hospitais reconhecidos pelos Ministérios da Saúde e Educação como hospitais de ensino, habilitados a receber incentivos via FIDEPS. A magnitude dessa rede também é destacada pelo autor quando assinala que esse conjunto é responsável por 9% dos leitos, 12% das internações e 24% dos recursos gastos em internação, e realiza a maior parte dos procedimentos complexos oferecidos pelo SUS.

Existe uma diferenciação de denominação entre hospitais universitários e hospital/escola-médica. Vasconcelos⁷ (s/d, p. 2) observa que:

Os Hospitais Universitários são aqueles gerenciados por Universidades, os Hospitais Escola são aqueles gerenciados por Escolas Médicas e os auxiliares de Ensino são aqueles que mesmo sem vinculação a Escolas Médicas ou Universidades desenvolvem alguma atividade de apoio ao ensino. Cita o autor que o termo Hospital de Ensino é genérico e aplicável a todos os estabelecimentos, conforme Portaria Ministerial – MEC 375 – 04/03/1991.

Por outro lado, Sales (1993, p. 100) chama atenção para o seguinte:

... a situação dos hospitais universitários é crítica: existem universidades que estão fechando o serviço dos hospitais universitários, porque não conseguem dimensionar a intervenção e a grandiosidade da necessidade da manutenção desse serviço. Outras universidades fecham pronto-socorro, alas, e funcionam com cerca de 20 ou 30% da capacidade do hospital universitário.

Todavia, essa estrutura tão ampla de HUE apresenta uma variabilidade muito grande, inclusive podendo ser um dificultador de definições nacionais para uma rede tão diversificada. Vasconcelos (s/d, p. 2) aponta que:

os hospitais de ensino apresentam perfis diferenciados em termos estruturais, visíveis no porte dos serviços, na tecnologia incorporada, no número e na qualificação do pessoal e nos distintos regimes jurídicos, que se traduzem em diferentes potenciais de captação e gestão de recursos.

⁷ Vasconcelos (s/d, p. 2), a partir de dados analisados por Molinos, aponta a existência de 143 estabelecimentos tipo HUE, sendo 45 hospitais de vinculação federal (HU), 54 vinculados às Instituições públicas estaduais e municipais e 44 privados.

Caldas Júnior (1999, p. 1-2) destaca que:

O estabelecimento de uma variedade de relações jurídicas, institucionais e administrativas, onde interagem as instituições de ensino, a unidade hospitalar e um número variado de entes jurídicos públicos e privado (fundações de apoio, em sua maioria), em que, a despeito da existência e respeito à norma legal, prevalecem as relações e entendimentos informais e tradicionais, configura situações de difícil entendimento para aqueles que olham este complexo de fora.

Aponta ainda o autor (CALDAS JÚNIOR, 1999, p. 2) que os hospitais universitários guardam características que constituem sua identidade dual:

1) são unidades de saúde altamente especializadas; em geral, a referência terciária única (numérica e funcionalmente) de estados ou regiões de saúde, sendo quase sempre as únicas alternativas de acesso gratuito da população ao atendimento de qualidade e sofisticação técnica. 2) são centros de formação de profissionais de saúde e de investigação científica. Os HU são o cenário principal (quando não quase exclusivo) da formação de médicos e enfermeiros⁸.

O estudo realizado por Campos e colaboradores (CAMPOS, 1999, p. 188), em 1995, em 14 faculdades de medicina, procurou esclarecer as modalidades de serviços de saúde onde ocorria a formação de estudantes de medicina. Entre os resultados encontrados, 86% do treinamento prático era realizado em hospitais universitários e apenas 14% em centros de saúde, hospital-dia ou programas de saúde pública.

O crescimento do número de HU com financiamento atrelado aos serviços de saúde, para Médici (2001, p. 154), em alguns países, tem gerado uma série de conflitos administrativos entre Ministérios da Educação e Saúde, a respeito de quais deveriam ser as

⁸ Os argumentos levantados por Caldas Júnior (1999, p. 2), entretanto, referem-se ao espaço dos HU, não querendo dizer, conforme afirma o autor, “que os HU devam ser os únicos ou os principais cenários de ensino, pesquisa e prestação de serviços na área de saúde”.

reais funções destes estabelecimentos e a que tipo de lógica deveria responder: a do ensino ou a dos serviços.

Neste estudo a questão do ensino e dos serviços nos HU é considerada como uma “tarefa dupla primária” da instituição, em que não é necessário fazer esse tipo de escolha, uma vez que estas tarefas constituem o cerne da organização hospital universitário. O importante é verificar quais as premissas desse ensino e dessa prática de serviços nos HU e o entrecruzamento dessas funções.

O significado do hospital universitário, enquanto espaço de conformação do ensino e da prática médica remonta ao início do século XX, nos Estados Unidos, com a Reforma Flexner. Para Merhy & Aciole (2003, p. 54), “ao trazer o modelo da educação médica para a modelagem que o científico adquiriu, Flexner acabou por adotar os recortes imanentes a esta prática, enquanto prática técnica: especialização do trabalho e fragmentação do saber”.

As contradições da medicina científicista, enquanto prática técnica, para Merhy & Aciole (2003, p. 56), ficam evidentes quando se pensa no fato de que “a medicina tanto acena com uma capacidade ampliada de resolver e enfrentar diversos problemas do cotidiano, quanto vai aparecendo distante e inacessível; tais contradições são reforçadas, ainda mais, pelos reclamos uníssonos em torno de uma ‘humanização’ de sua prática”.

No sentido de resgatar o relevante papel desempenhado pela Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), em conjunto com outras organizações⁹, na construção de novos paradigmas para formação de medicina no país, Merhy & Aciole (2003, p. 57) apontam algumas tensões presentes na escola médica:

Uma das tensões constitutivas mais centrais dos processos de trabalho do campo da saúde é a tensão existente entre a lógica de produção de atos de saúde como procedimentos técnicos específicos e a da produção de atos de saúde como cuidado. Uma segunda linha produtora de tensões na escola médica origina-se da sua dupla vinculação: ao campo da saúde e ao campo da educação.

⁹ Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM); Conselho Federal de Medicina (CFM); entre outras.

Outras observações sobre as características da escola médica são apresentadas por Merhy & Aciole (2003, p. 58), como resultado de acúmulos ao longo do processo do CINAEM, auxiliando no entendimento e contextualização desse tipo de organização:

... as escolas médicas são organizações fortemente constituídas pela lógica “adocrática”, e que essa cultura presente em uma organização significa que os especialistas, agrupados em núcleos, tendem a privatizar os espaços públicos e a não prestar contas do que fazem, a não ser para os seus pares. Isso seria um fator de dificuldades para construção dos espaços coletivos, porque, nesse caso, esses espaços tornam-se secundários dentro da lógica incorporada. A organização para controlar essa autonomia, estabelece um conjunto de regras e normas de controle sobre os meios, tornando as escolas médicas organizações intensamente burocráticas, o que também representaria uma outra dificuldade na criação de projetos de mudanças na organização.

Um dos caminhos apontados por Merhy e Aciole (2003, p. 58), no sentido da superação dessas dificuldades é: “adotar como estratégia a radicalidade na defesa da produção do cuidado, centrada no mundo das necessidades dos usuários, para a conformação do modelo de ensino-aprendizagem”.

Para Molinos (1999, p. 8), a escola médica impôs ao perfil dos profissionais formados um forte componente curativista e tecnicista de abordagem:

Ao deixar de expor os alunos aos demais níveis e situações de atendimento, inclusive reconhecidamente mais prevalentes epidemiologicamente, o modelo hegemônico de ensino hospitalocêntrico acabou contribuindo para sérias distorções e inadequacidades do modelo de profissionais necessários à realidade do país e ao projeto de construção do SUS.

Campos (1999, p. 191) contribui nessa direção, quando aponta a inadequação do modelo de treinamento clínico, tomando como referência que: “a principal qualidade dos médicos deveria ser sua capacidade de resolver problemas de saúde, o que implicaria sua competência para realizar o que se denominou no estudo, “clínica ampliada - saber e

prática envolvendo aspectos biológicos, subjetivos e sociais”. Nesse estudo, o autor (CAMPOS, 1999, p. 188-9), ainda faz as seguintes constatações:

Os hospitais universitários, para atuarem de acordo com a missão estabelecida, deveriam operar com alta e veloz incorporação de tecnologia e com importante grau de fragmentação do processo de trabalho entre dezenas de especialidades. A lógica que estrutura os HU é a da especialização e, sempre que possível, prioriza-se trabalhar com uma certa fase do processo saúde-doença. Tende-se a assumir casos de difícil diagnóstico ou tratamento, o que progressivamente, vai dificultando ao aluno acompanhar tanto o comum prevalente em cada região, como a evolução inteira da maioria dos casos. Essa concepção leva a um enfraquecimento das equipes mais generalistas, como também à estruturação das disciplinas, como se todos os alunos fossem especialistas naquela área.

O desenho organizacional encontrado na maioria dos hospitais está dividido em serviços, conforme seja a quantidade de especialidades médicas, o que dificulta qualquer integração do ensino clínico. Valorizam uma clínica centrada em “procedimentos tecnológicos” e pouco cultivam a clínica trabalho-humano concentrada. Frequentemente a utilização de onerosos arsenais diagnósticos e terapêuticos nem sempre implica uma responsabilidade integral com a cura ou reabilitação dos pacientes. E isso vem ocorrendo, em parte, pelo excesso de demanda como também pela fragmentação e desintegração do ato clínico.

O poder nesses hospitais encontra-se muito esfacelado. A ordenação universitária por departamentos, potencializada pela lógica médica de se organizar em dezenas de especialidades, tem resultado em instituições difíceis de governar. Em geral, os superintendentes, ou diretores clínicos, ou até mesmo os dirigentes do SUS, todos podem pouco em relação aos serviços universitários. Em muitas localidades, vários desses departamentos se autonomizaram tão radicalmente que se transformaram em novos serviços, os famosos Institutos.

Grande parte dos professores de medicina tem dupla militância profissional, combinando atividades privadas com obrigações públicas. A assistência nestes 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.

O estudo aponta a necessidade de ampliar os espaços onde ocorre a formação clínica dos alunos, uma vez que não é possível formar bons clínicos, nem ensinar saúde pública, apenas em serviços altamente especializados (CAMPOS, 1999, p. 192).

Molinos (1999, p. 9), por outro lado, considera que:

O redirecionamento da participação dos HU na formação médica é tarefa que não se vincula apenas ao campo do ensino mas da própria preservação e reprodução de um modelo de prática médica – questão complexa e não consensual - , os problemas e suas soluções acabam fugindo do contexto puramente gerencial e/ou administrativo, internos à Universidade, deslocando-se para o campo das concepções ideológicas, onde na maior parte das vezes, o que prevalece são os interesses econômicos e corporativos, muitos deles transcendentés à academia.

Todos essas tensões presentes no espaço de ensino e assistência dos HU até agora abordados, muitos deles já há bastante tempo em debate, são partes integrantes e, às vezes, reflexos de uma situação que vem sendo vivenciada pelos hospitais universitários no país e em outros contextos mundiais, embora algumas vezes de formas distintas, constituindo o que se tem denominado “a crise dos HU”, que será objeto do ponto seguinte.

2.1.3- A “crise” dos hospitais universitários

A situação dos hospitais universitários tem sido diagnosticada, comumente, como de “crise”. Para Molinos (1999, p. 21), “no senso comum, essa é a melhor expressão que define a realidade dos hospitais universitários, refletida na dramática denúncia de que os HUE podem fechar suas portas, já estão fechando, deixarão de funcionar”.

Todavia, antes de buscar compreender o significado dessa crise, de que forma ela se expressa e que explicações são dadas para a mesma, é necessário, anteriormente, delimitar o que se está entendendo como *crise*, uma vez que a suposição deste estudo é que os HU não estão em crise de fato.

Molinos (1999, p. 22) propõe que “ao se caracterizar a situação como de crise, já se está expressando um juízo de valor, uma leitura que aponta para uma situação de gravidade, de colapso, de limite, de possibilidade de ruptura com conseqüências graves”. Revela o autor, no entanto, que “essa expressão já vem sendo usada desde 1971, retratando o mesmo quadro e as mesmas preocupações, indicando que se está enfrentando um problema crônico, que, de tempos em tempos, passa por surtos de agravamentos”.

O termo *crise*, descrito por Outhwaite & Bottomore (1996, p. 156-160), assume diferentes conotações ao longo do tempo, dependendo da corrente filosófica ou científica que o interpreta.

Discorrendo sobre as várias matrizes de pensamento, alguns enfoques serão destacados, com a finalidade de compreender o uso atual da palavra *crise*:

Falamos de ‘crise’ em relação a sujeitos, a uma vida ou uma forma de vida, a um sistema ou uma ‘esfera’ de ação. As crises decidem se uma coisa perdura ou não. As crises sempre afetam a autocompreensão e a autodefinição de agentes, sistemas, ou esferas, uma vez que sempre afetam sua ‘identidade’, isto é, uma vida ou situação de vida como um todo (1996, p. 156).

O grego *Krisis* não distingue entre crise e crítica, cobrindo diferença e conflito, mas também decisão no sentido de resultado definitivo, decisão judicial ou, de fato, qualquer julgamento – algo que hoje se encaixaria na esfera de crítica. Na época do Iluminismo, esses dois usos divergem, ao mesmo tempo em que continuam sobrepostos. Com essa separação, porém, a palavra crítica e crise, usada basicamente na Idade Média no sentido médico, tornam-se altamente politizadas (1996, p. 157).

“À medida que as teorias científicas se desenvolvem, a separação entre teoria e crítica é ressaltada de forma ainda mais aguda. Mas o que foi separado na teoria ainda se une na prática política” (1996, p. 157):

Não pode haver crise sem diagnóstico de crise. Um diagnóstico de crise representa uma vigorosa posição explicativa. Ele não visa a um fim da história, mas constrói hipoteticamente uma história capaz de funcionar como justificativa por ações políticas para os que vivenciam a crise (1996, p. 157).

Na seqüência do desenvolvimento filosófico, introduz-se a idéia de que, de agora em diante, crise e crítica encaixam-se em diferentes categorias: “a crise diz respeito a se uma forma de vida social pode ser ou não ser, a crítica só se preocupa com a validade dos argumentos, se são ‘verdadeiros ou falsos’” (1996, p. 157)

O conceito social e científico de crise tem raízes profundas na filosofia da história, mas no século XX deitou raízes novas. Para a filosofia da história, a crise é sempre a crise de uma totalidade histórica. Já o conceito social e científico de crise, em contraste, baseia-se sempre apenas em uma esfera ou aspecto parcial de uma totalidade de vida, por exemplo, o sistema econômico, programas de pesquisa, estágios de desenvolvimento ou princípios organizacionais (1996, p. 157-8).

Os herdeiros científico-sociais do modelo de crise hegeliano e marxista não apenas dissolveram sua ligação com a filosofia da história como também substituíram o paradigma da reflexão pelo da linguagem, dissolvendo ainda a perspectiva unificada numa pluralidade de tendências de crise (1996, p. 159):

As crises ocorrem quando experiências conflitantes se acumulam e, no final, não podem mais ser integradas. (...) as contradições comunicativas ocorrem quando imagens do mundo variadas e incompatíveis se superpõem e entram em disputa na interpretação das mesmas, ou semelhantes, experiências. (...) o que vai ser decidido numa crise depende em geral de toda uma constelação de tendências de crise complexas e que se superpõem (1996, p. 159).

O termo crise utilizado na atualidade para explicar a situação dos HU, na verdade, tem significado uma *banalização do conceito de crise*, conforme explicitado anteriormente. Como também, tem representado uma tentativa de gerar uma “urgência” na solução de determinadas demandas. E, em determinados momentos, reflete uma certa acomodação e desresponsabilização com a situação vivenciada pelos hospitais, em virtude da palavra crise carregar um grau de gravidade que, às vezes, é imobilizador, e protege os vários níveis gestores de outras decisões. É como se a crise não “tivesse dono”. “Todo mundo está em crise”. Por outro lado, muitas das “crises” atuais dos HU, que algumas vezes se transformam em greves, são movimentos legítimos, promovidos, particularmente por entidades de saúde, movimentos dos estudantes, servidores e, às vezes, direções hospitalares, no sentido de manter “a chama acesa”, em função de negociações anteriores não serem respeitadas no plano político, para evitar que os problemas dos HU caiam no esquecimento e pressionar para que, de fato, os níveis governamentais definam uma política clara para os hospitais universitários.

Portanto, a denominada “crise dos HU” em geral tem sido tratada no âmbito de uma esfera de ação, seja a prestação de serviços, ensino e pesquisa, como também em relação ao sistema econômico e político do país. Em outros momentos, atribui-se a questões mais setoriais do ponto de vista da saúde, educação e da ciência e tecnologia no país. Observa-se, ainda, a identificação de causas objetivas, como também crises vivenciadas pelos sujeitos e entidades envolvidas. Em particular, esses últimos aspectos têm gerado desânimo e pouco estímulo no processo de trabalho dos hospitais.

Tem sido comumente diagnosticado que os HU vivem uma situação de “crise recorrente” ou, às vezes, como uma “crise crônica”, em função da sua durabilidade. Muito embora, no conceito inicial citado anteriormente, a crise seja colocada como uma possibilidade de definir se a situação existente perdura ou não, o aspecto da durabilidade da crise não é levado em conta no sentido que se procura tratar no momento atual.

O diagnóstico de “crise dos HU” é uma posição explicativa que mobiliza ações políticas em torno da questão. Por outro lado, o questionamento se é a mesma crise ou não parece estar muito preso a um conceito de crise no sentido de ter um resultado definitivo,

um julgamento, quando se apresentaria um diagnóstico de crise que levaria a um “fim da história”, e não como argumento para a construção de ações políticas eventuais.

A interpretação de crise dos HU pode-se dizer que se utiliza mais do conceito social e científico de crise, onde se analisa uma esfera ou aspecto social de uma totalidade de vida, como aspectos financeiros, organizacionais, gerenciais etc. Alguns autores que interpretam a situação dos HU utilizam muitas vezes o conceito social e científico de crise, enquanto outros se baseiam mais no senso comum. Deve-se permitir, também, compreender que este tema da crise faz expor a sua *natureza situacional*, pois há que se reconhecer que o que é crise sob a ótica de um certo ator social pode ser solução para outro. E, com isso, o debate da crise traz consigo uma *tensão produtiva*, que é a de poder ser explorada sob o ângulo das disputas de projetos sociais que encarna.

Molinos (1999, p. 22) diagnostica a crise dos HU como uma crise de dupla face. Uma fase visível e palpável, que se refere aos problemas de financiamento e gerência, e outra oculta. Esta seria uma crise de essência, que o autor denomina de crise de identidade, que se refere ao papel, à função, ao compromisso da instituição HUE. Para o autor, as raízes da crise material estão no próprio projeto sócio/econômico/político em curso no país.

O tratamento da crise dos HU em uma perspectiva histórica, estratégica e estrutural é defendido por Caldas Júnior (1999, p. 8), no sentido de evitar as manobras conjunturais, imediatistas ou protelatórias, de resultados duvidosos e lesivos aos interesses da sociedade.

Caldas Júnior (1999, p. 5-6;10) explica a crise financeira dos HU em função da grave crise que o país atravessa, em que o futuro das instituições está em jogo e considera que existem questões de fundo, que de fato ameaçam o futuro dos HU como espaços públicos de ensino, pesquisa e prestação de serviços à sociedade. O autor assinala, entretanto, “que não se trata de uma mera crise de financiamento, mas de um processo de desfinanciamento do setor, e este fenômeno é um dos instrumentos promotores desta política, talvez o principal deles”.

A expressão dessa política global, nas políticas públicas, particularizando para o setor saúde, é identificada por algumas medidas, apontadas por Caldas Júnior (1999, p. 6):

... a política de delimitação de clientela e focalização nos estratos mais pobres, fortalecendo o processo que se tem chamado de universalização excludente¹⁰. Associadas a isso, o estabelecimento de um pacote de benefícios padrão ou cesta básica de saúde para a população de baixa renda e a privatização do atendimento secundário e terciário, também para clientela de baixa renda, entre outras medidas.

O processo de privatização, visualizado para os HU através do uso da propriedade pública, está assentado, conforme Molinos (1999, p. 26), “na mesma lógica da busca da eficiência, da eliminação do desperdício, do corte de privilégios, impondo nos serviços públicos a gerência empresarial”. Assim, “os serviços públicos ficam impregnados do discurso de faturamento, racionalidade, qualidade total, desregulamentação, terceirização, competitividade, auto-sustentação e rígido controle”.

Caldas Júnior (1999, p. 8-9) observa que as medidas citadas anteriormente estão inseridas numa Política de Estado, visando alcançar resultados em âmbito geral. Ele exemplifica através da prática conhecida como “dupla porta de entrada” ou *apartheid*, que tem sido condenada pelo Ministério Público, pelo Conselho Nacional de Saúde e pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, entre outras entidades, por diversas razões de ordem legal e ética¹¹.

¹⁰ Caldas Júnior (1999, p. 5-6) cita FAVERET FILHO, P. & OLIVEIRA, P. J. A. Universalização excludente. Reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. *Planejamento e políticas públicas*, 3:139-62, jun. 1990.

¹¹ Caldas Júnior (1999, p. 9) observa que, a despeito das inúmeras manifestações em contrário, a “dupla entrada” poderá ser regulamentada em forma de lei, conforme iniciativa do próprio Jatene, junto ao Congresso Nacional, sob argumentos de que “sem os recursos vindos dos convênios e dos particulares, não há condições de os hospitais se sustentarem; os recursos vindos do SUS não são suficientes”. E ainda: “O hospital público universitário no Brasil só atende pobre”. Também o então ministro José Serra dizia ser a favor do projeto: “É muito importante manter a qualidade de atendimento nesses hospitais para carentes. E as pessoas que podem pagar ajudam pagando para quem não pode”. Estas posições são também reflexos da “universalidade excludente” que ainda concebe o sistema público de saúde como “hospitais para carentes” e não como “serviços para cidadãos”.

Já o CNS (1999a), considera a crise dos HUE uma decorrência da crise institucional do aparelho formador na área de saúde, da crise de financiamento, da estrutura de gastos do sistema de saúde e da condução das políticas públicas no país. Por outro lado, afirma que a lógica organizacional e a cultura institucional dos HUE, de inserção parcial no SUS, forçaram os mesmos a se adaptarem ao atendimento da demanda espontânea em função do tipo de faturamento da tabela SUS. Estas questões teriam acarretado distorções no tipo de atendimento prestado, com a incorporação de serviços de atenção primários e secundários, desperdícios e pouca resolutividade, gerando um descompasso entre demanda, oferta, modelo assistencial, currículo e pesquisa.

Todavia, vale a pena lembrar que os HU, pelos menos o de Pernambuco, desde a sua origem, já prestavam atendimentos primários e secundários à população, além de outros níveis de atenção. As mudanças ocorreram a partir da Constituição de 1988, quando se define, que o papel dos HU seria prestar o atendimento a nível terciário e quaternário. Isso tem gerado dificuldades para os hospitais e não distorções, uma vez que já existia uma cultura na população de buscar esses hospitais para qualquer nível de atendimento.

A dimensão da crise dos HU, interpretada por Vasconcelos (s/d, p. 11), além dos aspectos citados, agrega outros elementos que se fazem presentes nas práticas institucionais. De maneira geral, o autor advoga a crise dos HUE como resultante da interação das crises de muitas instituições que os atravessam – universidade, ciência, prática médica, sistema de saúde.

A dimensão estrutural da crise, para Vasconcelos (s/d, p. 3-4), expressa-se através de outras crises. Assim, quanto à crise financeira, o autor chama a atenção para “a falta de análise com relação ao padrão de gastos, moldado pelas práticas assistenciais dominantes e a definição de prioridades nos investimentos”. Em relação às outras crises, ele se refere à crise organizativa, observando a inadequação do modelo burocrático e hierárquico para articular a multiplicidade de serviços e trazendo para o debate o tema da gerência.

Para Vasconcelos (s/d, p. 4), no espaço da gestão “o tema mais crítico é a gestão de pessoas no processo de trabalho, expressa pela precariedade das condições de trabalho, sobrecarga de atividades, sofrimento psíquico, pouco incentivo ao desenvolvimento profissional, relações de trabalho autoritárias, achatamento salarial”, entre outros aspectos.

Explorando-se outras dimensões da crise que, conforme Vasconcelos (s/d, p.5), não fazem parte da dimensão *estrutural*, que é a mais comumente debatida, surge a dimensão *assistencial* (já comentada por Molinos), nos aspectos de acesso, qualidade e resolutividade. Esse tema se desdobra no debate sobre o modelo de atenção, particularizando para o modelo assistencial hegemônico nos HUE, onde se questionam seus saberes e práticas. Para o autor citado, “a eficácia relativa dos procedimentos e a legitimidade simbólica alcançada pela sofisticação tecnológica têm dificultado o questionamento do modelo biomédico hegemônico nas práticas hospitalares e bloqueado o debate sobre a reforma dos modelos de atenção”.

Vasconcelos (s/d, p. 5-6;10) aponta, ainda, a dimensão *sistêmica* da crise, expressa nas dificuldades de interação com a rede de saúde e no relacionamento com o SUS. Já na dimensão *educacional* da crise, na direção da formação médica, o autor identifica duas expressões: “uma vinculada à denúncia da precariedade do ensino-aprendizagem em alguns serviços, e a outra que põe em questão a validade das atuais práticas hospitalares como instrumento adequado à formação médica, pela sua crescente especialização e tecnificação”. A dimensão *política* da crise é apontada pelo autor como atuando “transversalmente a todos esses planos, e se expressa nas disputas e conflitos de interesses entre os atores organizados em categorias, corporações e serviços, em torno de saberes e de modelos de práticas na instituição”.

Com relação às diferentes tendências a uma pluralidade de crises dos HUE, acima diagnosticadas, embora algumas delas sejam referenciadas desde a década de 1970, constata-se o acirramento das discordâncias nos anos noventa, em virtude das propostas do governo brasileiro, durante esse período, tanto se dirigirem para um progressivo desfinanciamento dos setores de saúde e educação quanto para a estruturação do projeto de

Reforma do Estado, incluindo as reformas administrativas e gerenciais das instituições públicas, contrárias ao entendimento de diversos grupos sociais e institucionais.

No momento atual, a partir das consideráveis mudanças políticas na direção do país ocorridas no início de 2003, não é possível, ainda, fazer afirmações quanto aos desdobramentos das diversas tensões que compõem o cenário dos HUE. Embora seja possível supor que algumas dimensões assinaladas não tenham soluções em curto prazo, quiçá em médio prazo, pode-se, pelo menos, ter a perspectiva de que ocorram mudanças na agenda de discussão dos HU, reconhecendo que as “crises” dos HU não são crises de fato, e propiciando espaços de discussão mais específicos entre gestores locais do SUS, dirigentes hospitalares e as diversas representações locais. Essas discussões poderiam fazer emergir os processos cristalizados e instituídos dentro das organizações hospitalares e secretarias de saúde, na busca de novas formulações e práticas para o ensino, a pesquisa e a assistência à saúde.

Já neste ano de 2003, no caminho da busca de soluções para os HU, foi promovido significativo evento em Salvador pelos ministérios da área, tendo como um dos produtos um relatório-síntese (julho 2003) das oficinas de trabalho. Do relatório constam dois blocos de informações – momento atual e momento desejado.

No momento atual, não se verificam mudanças significativas nos diagnósticos já existentes. O mesmo se observa em relação ao momento desejado. Com exceção da área de pesquisa, que talvez seja a menos explorada dentro dos HU, onde se encontram delineadas algumas alternativas. Por outro lado, os conceitos presentes na discussão reproduzem praticamente o que já vem sendo discutido há algum tempo, inclusive do ponto de vista da hierarquização do sistema. De outro ângulo, esses tipo de encontro não permite definir estratégias de implantação das decisões propostas. Não desconsiderando a importância do seminário para um governo que está iniciando, e sabendo-se que no plano ministerial existe hoje um setor específico para tratar a questão dos hospitais universitários, considera-se precoce fazer aqui qualquer outro tipo de análise.

2.2- AS FERRAMENTAS CONCEITUAIS DA SAÚDE COLETIVA E OS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS

Esse item tem a finalidade de apontar algumas proposições conceituais da área da Saúde Coletiva que vêm sendo utilizadas para apoiar o desenvolvimento dos serviços de saúde no país, algumas delas voltadas para a área hospitalar pública. Daí a pretensão de melhor compreendê-las com o objetivo de verificar as suas inserções nas tensões vivenciadas pelos HU enquanto alternativas para enfrentar os desafios da gestão dos hospitais universitários no Brasil.

Nesse sentido, interessa levantar algumas concepções gerenciais sobre os serviços de saúde no país, de forma breve e geral, no sentido de contextualizar os projetos institucionais desenvolvidos pelo HCPE. Por outro lado, pretende-se explorar algumas ferramentas que estão mais inseridas nos serviços públicos hospitalares de saúde, embora possam algumas delas servir de referência para unidades de outro porte, como os HU. Desse modo, esse bloco conterà dois subitens: alguns subsídios sobre o gerenciamento dos serviços de saúde no SUS e novas ferramentas conceituais para ampliar o entendimento das alternativas de gestão para os HU.

2.2.1- Alguns subsídios para o gerenciamento dos serviços de saúde no SUS

A questão de formas de gestão para o desenvolvimento do SUS, no seu viés operacional, tem se prendido, do ponto de vista oficial, a definições formais, direcionadas ao estabelecimento de papéis e atribuições. O enfoque volta-se para aspectos processuais e financeiros, pouco contribuindo no sentido de mudanças nas formas de realização da atenção à saúde no país que contemplem as necessidades dos usuários. Muito embora existam várias proposições que tratam do aspecto mais qualitativo da assistência à saúde e algumas experiências em andamento.

Observa-se que uma vasta literatura tem sido produzida nos últimos anos no sentido de remodelar a forma de intervir no cotidiano da gestão das organizações de saúde. A produção é de tal monta que vai desde a terminologia empregada – se é gerência, gestão, administração etc. – até modelos de como proceder no dia-a-dia da gestão.

Todavia, é necessário ressaltar a importância da relação entre as questões gerenciais e as tendências, nesses últimos anos, das políticas públicas de proteção social.

Para Paim (1999, p. 247), essas tendências estão influenciando o planejamento, a gestão e a avaliação em saúde no Brasil, sobretudo no que se refere à:

... crescente desobrigação do Estado em relação à saúde, com a busca de alternativas de gestão com denominações diversas: descentralização, privatização e organizações sociais. Essas questões representam temáticas de alta relevância para a compreensão do “drama estratégico” (referência a TESTA), no que se refere ao processo da reforma sanitária brasileira.

Paim (1999, p. 247) procura destacar como alternativas:

... os estudos mais recentes, onde o privilégio analítico dado aos sujeitos sociais na implementação dessas políticas constitui um enfoque relativamente novo em termos de pesquisas sobre políticas de saúde, face ao predomínio de trabalhos voltados para questões consideradas mais estruturais como o papel do Estado, a acumulação capitalista, o financiamento, o repasse de recursos etc., que praticamente ignoravam a possibilidade de os homens e mulheres tomarem iniciativas e, dentro das circunstâncias, fazerem história.

Nesse sentido, o autor (PAIM, 1999, p. 244) ressalta os trabalhos sobre a análise da micropolítica do trabalho vivo. “Em relação a esse ponto, Merhy (1997) adverte sobre a necessidade de se estudar a organização do processo de trabalho observando-se a discussão da subjetividade humana e as conseqüências das tecnologias ‘leves’ e ‘leves-duras’ para a planificação e a gestão em saúde”

Já analisando por outro viés, Campos (1992, p. 109) assinala que:

A posição subordinada da gestão de serviços de saúde frente à política hegemônica, sem, no entanto, desconhecer que a vigência de uma dada modalidade de gestão, voltada para viabilizar um processo de reforma, é uma condição necessária ao seu sucesso, mas não razão suficiente.

Argumenta, ainda, o autor (CAMPOS, 1992, p. 109) que “a gerência é um instrumento importante para a efetivação de políticas: ela é, ao mesmo tempo, condicionante e condicionada pelo modo como se organiza a produção de serviços”.

De forma geral as novas concepções tentam se contrapor a uma visão taylorista da organização, buscando a revisão de antigos paradigmas organizacionais tais como: hierarquia piramidal, centralização das decisões, planejamento normativo, autoritarismo, confusão entre público e privado, práticas de sigilo etc.

Nas produções recentes, particularmente, na área de gestão hospitalar, algumas concepções têm se destacado. Observam-se, de forma geral, preocupações com o que se tem denominado a modernização gerencial, embora os caminhos para essa suposta modernização ocorram de formas distintas.

Alguns autores têm atribuído esse processo de reforma da administração pública à necessidade de adequação do seu perfil e suas capacidades ao surgimento de uma outra compreensão de papel do Estado. Desse modo, um conjunto de estudos trata das implicações decorrentes da agenda de Reforma do Estado no plano dos serviços de saúde.

Costa & Ribeiro & Silva (2000, p. 428-9) trabalharam com a hipótese geral que, diante da crise de legitimação da gestão hospitalar pública brasileira, a saída pela flexibilização administrativa seria uma resposta racional para ampliar o poder decisório do dirigente da organização hospitalar. No estudo realizado os autores constataram que:

As organizações teriam poucas alternativas de definição autônoma de estratégias para gestão da força de trabalho, compra de bens e serviços, e gestão financeira. As abordagens em defesa da flexibilização na gestão dos serviços públicos têm trazido repercussões na forma de organização do trabalho e da gestão em saúde.

Esse aspecto da autonomia da gestão tem sido bastante evidenciado em algumas organizações hospitalares universitárias.

Campos (2000, p. 142-3) sugere como forma de superar a racionalidade gerencial hegemônica a invenção de outra maneira para se operar com a polaridade controle institucional e autonomia dos sujeitos:

Em certa medida, inventar um sistema de gestão participativa, um sistema de co-gestão em que coubessem várias modalidades de espaços coletivos. Por isso, sugere-se a co-gestão e não a autogestão como alternativa de governo. A autogestão produz isolamento e dificulta a construção de uma subjetividade capaz de integrar desejos e interesses de distintos sujeitos.

Dentre as propostas que foram parte do conteúdo da Reforma do Estado nos anos noventa, a linha gerencialista é defendida como uma contraposição ao suposto paradigma burocrático, embora, segundo alguns autores, ela faça parte do cardápio internacional de reformas dos Estados Nacionais. Com relação a essa agenda e à reforma de sistemas de saúde, Almeida (1999, p. 109) traz alguns elementos pertinentes ao debate. A autora identifica alguns consensos que constituem “a chamada linha de reforma orientada para o mercado” e que estão progressivamente ocupando a arena política da saúde, que são:

Flexibilidade gerencial, centrada na quebra dos monopólios estatais, na diminuição do quadro de funcionários públicos e na dispensa da força de trabalho ‘supérflua’; remoção das ‘barreiras burocráticas’, privilegiando a idéia de ‘gerenciamento da qualidade total’; atendimento das demandas do consumidor; introdução de mecanismos de competição de mercado, visando construir uma gerência mais competente; terceirização e investimentos em novas tecnologias da informação, tornando as organizações mais leves; foco na mudança de procedimentos e nos processos e não na estrutura organizacional.

Para a autora, esses elementos têm integrado os novos modelos de reforma em diferentes países, “concebidos de maneira profundamente pragmática e constituindo o chamado ‘novo gerenciamento público’ e o setor saúde, mundialmente, encontra-se bastante sintonizado com essa concepção de reforma do Estado”.

No caso brasileiro, Almeida (1999, p. 279-281) comenta que:

Embora aparentemente desconectada do processo de implementação do SUS, essa proposta vem sendo implementada de forma paulatina, evidenciando a mudança da agenda reformadora setorial, numa perspectiva mais restritiva (...), uma vez que podem implicar numa diluição da ação do Estado, com perda ainda maior de sua capacidade redistributiva, e conseqüente aumento das desigualdades no setor.

Com o olhar voltado às mudanças nas políticas públicas e suas repercussões no processo de trabalho em saúde, Schraiber et al. (1999, p. 239), chamam à atenção que:

Em razão da atual globalização dos mercados, há a tendência a se adotar políticas que passem tanto a 'desproteger' o trabalho e o trabalhador, quanto, no caso da saúde, a regular diretamente o produtor direto dos cuidados, interferindo imediatamente em seus processos de trabalho. E nesta situação caberia indagar como ficam os gestores que representam esse Estado, exercendo seu papel de administrador público.

Todavia, Mattos (1999, p. 251) destaca outro aspecto da gestão dos serviços quanto ao enfoque que está sendo dado, pois da passagem do político ao assistencial, as identidades dos atores sociais e seus respectivos projetos tornam-se menos nítidos. "Na ponta da produção direta dos cuidados e da assistência, os agentes costumam se identificar muito mais pelas suas inserções no processo de trabalho do que pelas suas vinculações político-ideológicas".

Frente a esse contexto de menor nitidez das diferenças entre os projetos e os atores, para Mattos (1999, p. 251) não é evidente *a priori* que as ferramentas utilizadas em um outro plano de análise sejam as mais adequadas para o desafio posto para a gestão, a gerência e as equipes de trabalho nos serviços no âmbito do SUS, como seja: "O de (re)criar projetos coletivamente sustentados, em um processo que não pode ser dissociado da (re)criação de novos sujeitos sociais dispostos a defender certas crenças e valores".

Já Rivera e Artmann (1999, p. 357), adotando como imagem-objetivo o desenvolvimento de organizações dialógicas ou comunicantes, propõem como ferramenta de apoio o planejamento comunicativo, que teria como “... ponto fundamental a busca da integração, da possibilidade de um projeto solidário, entendido como desafio gerencial permanente”.

As proposições apresentadas por Rivera e Artmann (1999, p. 357-8) contribuem na direção de um sistema de gestão criativa que priorize “formas de tomada de decisão e de controle coletivas, consensuadas, capazes de estimular a comunicação”. Enfatizam, ainda, a questão da cultura das organizações, considerada pelos mesmos “como elemento de viabilidade ou de modulação da proposta de mudança organizacional”.

Nesse contexto, a mudança do tradicional papel do administrador público, consequência das políticas de saúde brasileiras na construção do SUS e do modo peculiar de como a saúde foi sendo tomada como questão social e de Estado, torna-se relevante.

Para Schraiber et al. (1999, p. 224-5), do administrador em saúde pública ao gerente da rede de unidades e serviços do setor público de produção de assistência médica em articulação com o setor privado, este personagem contemporâneo – o gestor público -- defronta-se com uma prática de grande complexidade, resultante dos novos desafios deste novo lugar:

Pois, de um lado, deve garantir a universalidade e a equidade na prestação de serviços; possibilitar a participação popular e profissional nos processos decisórios correlatos à organização da produção e também na execução dos cuidados em saúde; lidar com a integralidade das ações, criando espaços e formas de interação no trabalho cotidiano e gerenciando conflitos (...) e, de outro lado, encontrar a melhor via de obter alta resolutividade e boa qualidade técnico-científica das ações que serão produzidas.

Na tentativa de imprimir mudanças nas gestões hospitalares, uma das direções adotadas com mais regularidade é a busca da qualidade nos serviços, e uma certa tendência em justificar possibilidades reais de aplicabilidade de modelos de gestão de qualidade, desenvolvidos para a indústria, em serviços de saúde, especificamente em serviços

hospitalares. Nesse sentido, ressaltam-se a utilização de métodos e técnicas gerenciais, procurando levar em consideração as especificidades dos serviços de saúde.

Um dos caminhos dessa discussão aponta, como uma mudança estratégica para a gestão da saúde no Brasil, a implementação de estratégias de qualidade orientadas para o cliente.

Portanto, considera-se que o reforço às questões assistenciais, a defesa da integralidade das ações, a interação multiprofissional da equipe, a qualidade resolutiva da assistência (eficácia técnico-científica, relação entre sujeitos etc.), o nível de atuação profissional (SCHRAIBER et al., 1999, p. 222), entre outros aspectos, são questões significativas para mudanças nos cuidados de atenção à saúde no desenvolvimento da gestão do SUS.

2.2.2- Novas ferramentas conceituais para os desafios de gestão dos hospitais universitários

Particularizando o debate das ferramentas conceituais para o plano hospitalar dos serviços de saúde, destacam-se algumas concepções que merecem registro tendo em vista os objetivos deste trabalho.

Ribeiro (1993, p. 28) observa que “o hospital contemporâneo, empenhado em fazer viver os ameaçados pela morte, tem outras missões, entre elas a de adiá-la, torná-la indolor e ocultá-la”. Além dessas, o hospital, segundo o autor (RIBEIRO, 1993, p. 28-9), tem outras missões, algumas herdadas de sua etapa precedente, outras mais recentes:

Ele continua sendo um aparelho formador de profissionais em permanente qualificação, independentemente de ser, *stricto sensu*, uma escola. Ao qualificar técnicos, ele simultaneamente qualifica e avaliza tecnologias – tecnologias que são hoje produtos industriais, mercadorias. É um local privilegiado, onde essas e outras mercadorias, principalmente as de maior valor de uso e conseqüentemente de troca, podem ser vendidas. Entre elas o trabalho.

Portanto, para Ribeiro (1993, p. 30), são muitas as missões do hospital. “Algumas explícitas têm caráter meritório e socialmente relevante. Outras permanecem ocultas, como tantas instituições que reproduzem as formas e os modos de produzir de cada sociedade”.

Quanto à *desospitalização* (o tratamento domiciliar possível), por exemplo, Ribeiro (1993, p. 124) considera como uma alternativa que:

... tem um longo trajeto a percorrer, envolvendo razões, conflitos, interesses e atores múltiplos. Desospitalizar não significa acabar com o hospital, mas circunscrevê-lo. Fazer dele uma instituição menos arbitrária, sem dúvida menor e mais próxima das necessidades humanas e sociais.

Mas, para o autor (RIBEIRO, 1993, p. 131), “esta a história do hospital, como qualquer outra, não é uma história acabada. Ela está sendo feita, como de tantas outras instituições contemporâneas em crise que precisam andar com a vida”.

Para esse item específico, além das contribuições de Ribeiro, serão destacadas três proposições para a organização hospitalar que têm inserção na área da saúde coletiva - *acreditação hospitalar*, *démarche strategique* e, particularmente, *a defesa da vida* -, como também, alguns conceitos utilizados que estiveram presentes nos projetos institucionais do HCPE.

A proposta denominada *acreditação hospitalar* surge no campo da discussão sobre qualidade dos serviços de saúde. Quinto Neto & Gastal (1997, p. 1), em resumo sobre a proposta, defendem “como uma possibilidade de assegurar aos usuários, profissionais e público em geral a segurança indispensável aos serviços de saúde”. Para os autores, “os programas de qualidade nos serviços de saúde só adquirem maior consistência e continuidade na medida que estão associados a um programa de acreditação hospitalar”. Como diferencial entre as duas possibilidades, avaliam que os programas de qualidade nos serviços de saúde enfatizam a gestão do negócio, enquanto que a acreditação dá ênfase à gestão assistencial em saúde. Entretanto, apontam a necessidade da associação desses dois

modelos “de forma a assegurar que a instituição cumpra as exigências reclamadas pela comunidade e satisfaça as expectativas da sociedade”.

Quinto Neto (2001, p. 27) assinala que:

Um sistema de acreditação de organizações prestadoras de serviços de saúde, que se constrói com base no quadro de referências da melhoria contínua, é um modelo de consenso (entre as diferentes partes interessadas na assistência à saúde), evidência (baseada no conhecimento das relações entre estrutura, processo e resultados da assistência), julgamento (da praticabilidade logística das áreas que devam ser avaliadas) e considerações políticas (viabilidade de execução no âmbito da organização prestadora de serviço de saúde e na região onde se localiza). Trata-se, portanto, de um sistema articulado de aspectos gerenciais e assistenciais que buscam garantir a qualidade dos serviços prestados pela organização como um todo.

A acreditação é definida com uma metodologia desenvolvida para analisar a qualidade da assistência médico-hospitalar em todos os serviços de um hospital, baseando-se em duas variáveis: na avaliação dos *padrões de referência* desejáveis, construídos por peritos e previamente divulgados, e nos *indicadores*, que são os instrumentos utilizados pelo avaliador/visitador para constatar se os padrões foram observados ou estão presentes na instituição.

O Programa Nacional de Acreditação (PAH) foi lançado em 1999, pelo então Ministro José Serra. Naquele momento, foi também apresentado o Manual de Acreditação Hospitalar em sua versão definitiva (1ª edição). Além disso, como previsto no Programa, foi criada a ONA - Organização Nacional de Acreditação, que tem como competência a normatização, implementação e coordenação do processo de Acreditação dos Serviços de Saúde. Esse processo ocorre através do credenciamento, pela ONA, de instituições acreditadoras.

Uma das justificativas apresentadas para a necessidade desse processo de certificação hospitalar no país é a dimensão e amplitude da rede hospitalar existente. O Manual usado por essas instituições acreditadoras está orientado para a avaliação de

estabelecimentos polivalentes e de internação de casos agudos (resolução de doenças em curto prazo, independentemente da natureza aguda ou crônica do processo patológico), devendo ser progressivamente ampliado para áreas mais especializadas. Como também a internação deve ser um dos objetivos principais da instituição, e não somente um serviço acessório, podendo ter ou não assistência ambulatorial.

Entretanto, ressalta-se que, na revisão das propostas de mudança, os hospitais não devem perder a perspectiva de que estão inseridos em um contexto social, onde sempre existem outros serviços de saúde e que, por mais recursos humanos e materiais que se comprometam na melhoria da qualidade, uma grande parcela de problemas independe dos êxitos alcançados dentro da própria instituição (SENA, 2001, p. 2)

A acreditação é concebida como um procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado (confidencial), com estabelecimento de prazos para correção das falhas encontradas, que tende a garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente aceitos (SENA, 2001, p. 2).

Para Quinto Neto & Bittar (2004, p. 11), “o sistema brasileiro de acreditação, embora mantenha a departamentalização (serviços, unidades, setores) como indicação fundamental para as observações da qualificação da assistência prestada, contém pelo menos três elementos inovadores: foco no cliente, processos e visão sistêmica”. Não se pode concordar, no entanto, que esses sejam elementos inovadores, uma vez que já vêm sendo utilizados em práticas de gestão empresarial.

O status de *acreditado* concede ao hospital um grau de confiança por parte dos clientes internos e externos, bem como da comunidade em geral. Afirma-se que este é um programa de educação continuada e, jamais, uma forma de fiscalização.

Na proposta da acreditação brasileira, o hospital é avaliado em seu conjunto, visando fortalecer o fato de que as estruturas e processos do hospital são de tal forma interligadas que o funcionamento de um dos componentes interfere no todo e no resultado final (MS – MANUAL DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR, 2002). Essa proposta vem sendo experimentada em alguns hospitais brasileiros, inclusive no HCPE, e vai ser

referenciada mais à frente neste trabalho, quando da análise dos projetos institucionais. Mas do que se pode apreender sobre essa proposta, ela se concentra realmente em qualificar a assistência hospitalar dentro de um padrão de evidências científicas, quando trabalha com protocolos, reestruturação de setores básicos dentro do hospital e com a idéia de que o hospital deve ser um conjunto harmônico, precisando, portanto ser qualificado em todos os setores.

Em princípio, não se identificam grandes resistências a esses tipos de proposta, nem geração de conflitos significativos. Observam-se algumas limitações nelas, uma vez que não se propõem a modificar processos de trabalho através de mudanças estruturais na organização ou no modelo de assistência ou gestão, mas dão qualidade aos processos já existentes na instituição. Muito embora não se queira afirmar que esse seja um processo fácil de acontecer, pois todo hospital tem seus processos instituídos e cristalizados, o que em princípio significam resistências gerais a qualquer processo de mudança.

Uma outra proposta busca identificar experiências internacionais com possibilidades de aplicação na gestão hospitalar brasileira. Dentre elas, identifica-se o enfoque metodológico denominado *démarche strategique*, como uma concepção de gestão estratégica hospitalar, formulada e aplicada em hospitais franceses, inclusive universitários, que tem sido objeto de adaptação e aplicação experimental em alguns hospitais brasileiros, particularmente no Rio de Janeiro, e conduzida por alguns docentes da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz).

Para seus utilizadores, o método de gestão estratégica hospitalar propõe-se à definição da missão hospitalar, enfocando-a sob a perspectiva da maior racionalidade de recursos e de responsabilização das instituições públicas de saúde. A concepção de *démarche* leva em conta as organizações como instituições abertas ao ambiente externo, admitindo que estão sob a determinação das influências do mercado no que diz respeito à competição com suas congêneres, instigando, portanto, a busca da melhoria na qualidade dos serviços prestados à população. É destacada, ainda, a potencialidade desse enfoque como instrumento de colaboração hospitalar, a serviço da pactuação da missão de vários estabelecimentos hospitalares de uma rede, verificando sua pertinência para o processo de descentralização dos serviços de saúde no país (LOPES, 1997, Resumo).

Para Rivera & Artmann (2003, p. 480), esta proposta “é um instrumento essencialmente comunicativo e exigente em estratégias de negociação. Visa oferecer subsídios para o desenho da missão hospitalar e formulação de projetos a partir das especialidades médicas, tendo em vista a inserção do hospital na rede de assistência mais ampla”.

Essa proposta parte da missão do hospital dentro de um conjunto de serviços, com um levantamento centrado nas patologias que o hospital tem como demanda, definição de prioridades e estrutura de atendimento. Considera-se como uma das qualidades da proposta, entre outras, a busca de romper o isolamento da unidade hospitalar, que talvez seja um fator que contribua para a descentralização como, particularmente, talvez possa contribuir para discussão, no caso dos hospitais universitários, do seu isolamento da rede SUS.

Outras visões buscam definir modelos, a serem desenvolvidos no cotidiano da gestão hospitalar, que tenham a capacidade de explicar a crise conjuntural na qual estão inseridos os hospitais, e que também tenham potência de criar, no espaço da gestão, formas de superação de problemas. Nesse sentido, Cecílio (1998, p.16-7) aponta a possibilidade de:

... adoção de modelos administrativos mais ‘gerenciais’ para o enfrentamento de situações em contextos de organizações governamentais com cultura muito arraigada de ‘serviço público’, com toda a carga que lhe é atribuída tanto pelo senso comum como pela literatura especializada: inoperância, desperdício de recursos e falta de compromisso com os usuários.

Na visão de Cecílio (1998), portanto, uma das possibilidades de superação da crise nos hospitais públicos é a reformulação da concepção de gestão administrativa por uma concepção que está sendo denominada de *gerencial*. Muito embora o autor reconheça que, no atual debate sobre a Reforma do Estado no Brasil, há posições bastante polarizadas sobre este tema, existindo, inclusive, aqueles que afirmam que o Estado é ‘irreformável’, não restando outra saída que não seja a transformação dos hospitais governamentais em organizações públicas não-governamentais (CECILIO, 1998, p. 17).

Desse modo, esses estudos, embora reconhecendo a necessidade da modernização gerencial dos hospitais públicos, trabalham no sentido de criar modelos alternativos de gestão, de caráter democrático e participativo, buscando determinar as possíveis dificuldades de implantação desses modelos e desenvolver estratégias de superação. Dentre esses, identificam-se questões pertinentes desenvolvidas por Cecílio (1997, 1998), entre outros autores, quando debatem a gestão hospitalar, tais como: o poder no hospital; o processo de decisão; a utilização privada ou a privatização do espaço público por interesses pessoais ou de grupos político-partidários; a pouca autonomia na área de recursos humanos; o modelo assistencial hospitalocêntrico; a pouca sensibilidade dos mecanismos formais e regulares de avaliação de satisfação dos usuários; e a dificuldade de engajamento dos médicos para um projeto de mudança organizacional.

A prática da gestão democrática, adesão dos trabalhadores, construção de hospitais públicos de boa qualidade, implantação do SUS, entre outras medidas, são consideradas por Merhy e Cecílio (2003, p. 6) como apostas em um modelo de gestão que, embora necessárias e pertinentes, apresentam dificuldades de implementação. Essa constatação levou os autores a desenvolverem outros processos de reflexão sobre a realidade hospitalar, que serão destacados na seqüência.

Esta linha de trabalho, na busca de processos reflexivos na saúde citados nos últimos parágrafos, faz parte do núcleo original (MERHY, CAMPOS, CECILIO, entre outros autores) do Laboratório de Planejamento e Administração (LAPA/Unicamp), onde hoje, sob um grande “guarda-chuva”, encontra-se a produção de diversos autores que advogam a *defesa da vida* como o lema que orienta suas diversas produções em saúde.

Assim, correndo o risco de deixar algumas questões e autores de fora, destacam-se aqui alguns conceitos que foram e são fundamentais para repensar as práticas em saúde, particularmente no plano hospitalar, além das questões já anteriormente apontadas pelos outros autores.

Para além do que o SUS define como princípios e diretrizes das políticas de saúde no país, alguns outros conceitos têm sido aprimorados ou acrescidos por esse conjunto de autores. Dentre os conceitos desenvolvidos, um que se considera vital, além

dos citados anteriormente, para a discussão do HCPE, é a *integralidade do cuidado*, desenvolvido por Cecílio & Merhy (2003, p. 1-2). Os autores definem, em princípio, que *tecnologia e humanização* devem ser combinadas, no desafio de adotar o “lugar” do paciente e suas necessidades singulares como ponto de partida para qualquer intervenção hospitalar. Todavia, os autores consideram que essa definição não é suficiente para o *cuidado integral* em saúde do ponto de vista hospitalar. Desse modo, acrescentam duas outras perspectivas: a integralidade tendo como referência o atendimento no *ambiente hospitalar* em si e a integralidade tendo como referência à inserção do hospital no “*sistema*” de saúde.

Cecílio & Merhy (2003, p. 2) consideram que “uma das sobrecargas – talvez a maior – do processo gerencial do hospital contemporâneo é conseguir coordenar adequadamente o conjunto diversificado, especializado, fragmentado de atos cuidadores individuais, que resulte em uma dada coordenação do cuidado”.

Quanto ao conceito de “sistema de saúde”, para os autores (CECILIO & MERHY, 2003, p. 3), denota uma concepção idealizada, de caráter normativo da saúde que não se sustenta na prática. Assim, defendem:

... uma rede móvel, assimétrica e incompleta de serviços que operam distintas tecnologias de saúde e que são acessados de forma desigual pelas diferentes pessoas ou agrupamentos, que deles necessitam. A dificuldade nesse caso é conseguir a integralidade do cuidado, quando o ponto de observação utilizado é o usuário e não este ou aquele serviço. A integralidade do cuidado transversaliza todo o ‘sistema’. A ‘linha de cuidado’ pensada de forma plena, atravessa inúmeros serviços de saúde.

Quanto ao entendimento da gestão na unidade hospitalar, os autores (CECILIO & MERHY, 2003, p. 5; MERHY, 1997) têm trabalhado buscando “a produção do cuidado da forma mais integral possível, de maneira a servir como referencial para intervenção na gestão da micropolítica do trabalho em saúde, fazendo a modelagem da gestão como um todo a partir do cuidado ao paciente”. Entretanto, consideram os autores (CECILIO & MERHY, 2003, p.7-9; MERHY & CECILIO, s/d) que conhecer e identificar os processos

de coordenação do hospital e suas lógicas é como um passo adiante para pensar a coordenação do cuidado. Uma das lógicas de coordenação identificadas pelos autores é a lógica das profissões.

Para Cecílio & Merhy (2003, p.7), uma outra forma de fazer a coordenação:

é a que segue a lógica de ‘unidades de produção’, ou seja, uma coordenação voltada para ‘produtos’ ou serviços, envolvendo necessariamente, múltiplos tipos de trabalhadores ou uma equipe, como ocorre nas chamadas ‘áreas-meio’, quais sejam, aquelas produtoras dos insumos que serão usados no cuidado ao paciente.

No momento, os autores estão se propondo a utilizar nos hospitais uma ferramenta que estão praticando, denominada *linhas de produção de cuidado*.

Nesse sentido, é importante ressaltar que a *unidade de produção* foi um conceito muito utilizado pelo grupo LAPA, na reestruturação de processos gerenciais, sendo aqui necessário fazer uma distinção entre o conceito de *unidade de produção* e o de *unidade funcional*, aplicado em outras experiências, inclusive no HCPE. A *unidade de produção do cuidado* aplicada pelo grupo LAPA propõe-se a redirecionar a organização dos serviços e produtos hospitalares voltada ao trabalho em equipes e à produção do cuidado em saúde para o paciente, numa visão de gestão assistencial em saúde inserida num contexto de gestão pública. Já algumas experiências que trabalham mais numa visão de *gestão empresarial* utilizam o conceito de *unidade funcional* mais como gestão de negócio, atrelada ao controle de custos, flexibilização do trabalho e a propostas de cunho privatistas. Por outro lado, a *unidade de produção* trata da gestão assistencial em saúde, é uma gestão pelo acolhimento.

Além desses conceitos explicitados, alguns outros aspectos citados por Cecílio (1997, p. 295-6) auxiliam a abordagem dos HU:

... o reconhecimento de que em um espaço hospitalar existem projetos em disputa, que precisam ser explicitados da forma mais clara possível, delimitando quais os atores envolvidos e/ou interessados (ou não...) em uma proposta de mudança organizacional,

quais as suas motivações e os recursos que controlam e, centralmente, quais os seus projetos. Uma vez que atores estratégicos têm visões ou projetos muito diferenciados e quase sempre conflitantes sobre como o hospital deve ser organizado.

Cecílio (1997, p. 297-8) destaca, ainda:

... a importância da explicitação do projeto pela direção do hospital, através de um documento que terá o papel de instrumento de negociação. O projeto deve ser discutido com as categorias mais expressivas do ambiente hospitalar, de forma que seja assumido um consenso mínimo, traduzido em contratos bilaterais nos quais são assumidos compromissos de ambas as partes.

Todavia Cecílio (1999, p. 298) chama a atenção para que “um modo de fazer gestão em uma situação de poder compartilhado implica que o diretor do hospital tem que disputar com um colegiado de gestão todas as propostas políticas mais importantes para o hospital”.

Rollo (1997, p. 321-339) também destaca alguns pontos importantes, com o objetivo de desenvolver novas práticas assistenciais no hospital público, que também têm sido discutidas por outros autores, entre elas:

A responsabilização e o vínculo entre servidores e seus pacientes; o doente como cidadão, como sujeito em seu processo de recuperação em vez de pacientes-objetos; a resolutividade como acesso a toda tecnologia que a humanidade acumulou em defesa da vida; e a integração do hospital com o sistema de saúde, como subordinação às necessidades do sistema e seu papel como apoio à rede de atenção básica a saúde.

Nesse último aspecto, Rollo difere da abordagem feita por Cecílio e Merhy, nos comentários anteriores, sobre o questionamento do sistema de saúde.

Dentre os conceitos apresentados, destaca-se em particular a questão do *acolhimento* nas unidades de saúde, por se tratar de uma concepção fundamental de consideração ao usuário-cidadão, e que é utilizada pela maioria, senão todos, os autores vinculados ao projeto em *defesa da vida*.

Essas linhas de trabalho apresentadas e muitos dos seus conceitos estarão presentes, como referências, na avaliação da situação vivida pelo HCPE. Daí a necessidade de destacá-las aqui, de forma a respaldar a discussão dos Capítulos 6 e 7.

CAPÍTULO 3
Metodología

Baseando-se na classificação das ciências proposta por Gil (1995, p. 22-3), pode-se dizer que o presente estudo classifica-se na categoria de ciências empíricas, pois trata de fatos e processos. Dentro da classificação de ciências empíricas (naturais e sociais), esse estudo faz parte das ciências sociais, tratando de explicações que não são probabilísticas e com variáveis de difícil quantificação.

É importante ressaltar, entretanto, que, conforme chamam a atenção Bruyne & Herman & Schoutheete (s/d, p. 225-6), “os estudos de caso inspiram-se numa doutrina empirista apoiada na pretensa recusa de qualquer teoria e na convicção de que o simples acúmulo de fatos trará uma explicação satisfatória das situações reais”.

Os estudos de caso rigorosos não devem se limitar a uma descrição, por mais documentada que seja, mas apoiar-se em conceitos e hipóteses; devem ser guiados por um esquema teórico que serve de princípio diretor para a coleta de dados; assim, eles evitam ‘o erro do concreto mal colocado’ para melhor assegurar a pertinência dos dados que eles reúnem.

Destacam, ainda, Bruyne & Herman & Schoutheete que “tais estudos têm, por si mesmos, um caráter ‘particularizante’ e seu poder de generalização é limitado, na medida que a validade de suas conclusões permanece contingente” (s/d, p. 227).

Por outro lado, o pesquisador está, de alguma forma, envolvido com o fenômeno que pretende investigar e tem valores que interferem com o objeto de estudo (GIL, 1995, p. 24).

Todavia, embora existam tentativas metodológicas com o objetivo de redução dos aspectos valorativos das pesquisas sociais, Gil considera que “o valor precisa ser considerado pelas ciências sociais, para que cumpra um dos seus mais importantes papéis, que é o de auxiliar na promoção do ser humano” (1995, p. 25).

É importante ressaltar que experimento em investigações sociais é bem pouco utilizado, visto que, de modo geral, “o cientista não possui o poder de introduzir modificações nos fenômenos que pretende pesquisar” (GIL, 1995, p. 25).

Por outro lado, Gil define “método como caminho para se chegar a determinado fim. E o método científico como o conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos adotados para se atingir o conhecimento” (1995, p. 27).

Os filósofos da ciência preferem falar numa diversidade de métodos, que são determinados pelo tipo de objeto a investigar e pela classe de proposições a descobrir (GIL, 1995, p. 27). Desse modo, pode-se dizer que as ciências sociais dispõem de grande variedade de métodos.

Tomando por referência a taxonomia de tipos de pesquisa proposta por Vergara (1991), qualifica-se esta investigação, quanto aos fins pretendidos, como uma *pesquisa exploratória*, pois apesar de existirem produções sobre o tema, ainda ocorre pouca sistematização na área da saúde. Para Gil (1995, p. 45), as pesquisas exploratórias são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar uma visão geral do tipo aproximativo acerca de determinado fato.

De um outro ângulo, é também uma *pesquisa descritiva*, pois pretende expor as características de um determinado fenômeno, no caso os processos gerenciais quanto ao ensino e à assistência dos hospitais universitários. Para Gil (1995, p. 46), as pesquisas descritivas são, juntamente com as exploratórias, as que habitualmente realizam os pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática. Todavia, além de descrever o fenômeno, propõe-se também a identificar fatores que contribuem para a ocorrência da “crise” em que, supostamente, encontram-se os hospitais universitários, tendo, portanto, um caráter de investigação *explicativa*.

Com relação aos meios utilizados na investigação, estão incluídas a *pesquisa bibliográfica*, com a sistematização de material relevante publicado sobre o tema, utilizando fontes primárias ou secundárias e uma *investigação documental*, sendo parte no HCPE de Pernambuco e outra parte procedente de outras entidades públicas e privadas ou da imprensa escrita, através de registros de decisões de reuniões e assembléias, planos de ação, projetos, documentos de consultorias, reuniões de conselhos, relatórios de avaliação, relatórios de congressos, estudos de intervenção, regulamentos, comunicações informais, entrevistas de jornal, boletins de entidades, matérias de jornal e outros. O estudo foi

complementado com uma *pesquisa de campo*, que é a investigação empírica realizada sobre o objeto de estudo.

Nesse sentido, a pesquisa de campo foi desenvolvida em duas etapas. A primeira diz respeito à exploração das fontes documentais, históricas e situacionais sobre o HCPE. A segunda se refere à realização de entrevistas com sujeitos/atores que desempenham um papel de condução na gestão do HCPE. Da mesma forma, foram entrevistados outros sujeitos que representam o pensamento de diversas entidades sobre o papel do HCPE. O formato da entrevista realizada foi definido após a realização da primeira etapa da pesquisa, uma vez que o seu objetivo, além da verificação do posicionamento dos atores sobre diferentes aspectos do hospital, é também o de esclarecer alguns aspectos que ficaram pendentes na consulta às outras fontes anteriormente citadas.

O sentido de *atores* utilizado neste estudo baseia-se na concepção de Matus (1987, p. 287), o qual define atores sociais como forças sociais e personalidades que controlam centros de poder que se formalizam muitas vezes como instituições.

Esta pesquisa também se caracteriza como um *estudo de caso*, na medida em que vai aprofundar e fazer um maior detalhamento de uma organização específica, no caso o HCPE. Segundo Luz (1986, p. 164):

O estudo de caso mais comumente usado em antropologia, em psicologia, torna-se um instrumento privilegiado para a apreensão sociológica da evolução de instituições como a Escola Médica e o Hospital. Ele exprime, a nível metodológico, a proposta de um estudo não tradicional, não funcionalista de instituições tomadas como unidades de análise e da estrutura de relações que elas supõem.

O que se pretende é a análise de uma instituição de saúde (unidade hospitalar) universitária e das mudanças institucionais ocorridas durante um tempo restrito.

Bruyne & Herman & Schoutheete (s/d, p. 17) assinalam que:

Para conseguir atingir, no interior da ciência que se faz, os processos constituintes, a epistemologia deve dirigir sua atenção não para os resultados, para a ciência já constituída, mas para os procedimentos

(...), em suma, para tudo o que faz da pesquisa uma atividade essencialmente prospectiva. Trata-se de compreender precisamente como a pesquisa pode ser criadora, como pode fazer aparecer não apenas novos resultados mas novos métodos...

Em relação ao universo e amostra, pode-se dizer que este estudo está referenciado numa perspectiva qualitativa, mediante a qual procura identificar, com maior ênfase, os diversos desafios enfrentados pelos HU nos anos recentes, os projetos institucionais propostos, a diversidade do pensamento e projetos em disputa por uma determinada forma de configurar a atenção à saúde e formas de gestão nos hospitais universitários do país e, particularmente, no HCPE. Nesse sentido, procurou-se investigar o conjunto dessas proposições, destacando aquelas que tiveram significação na realidade local estudada nos últimos oito anos, mesmo que o caminho adotado não tenha conseguido atingir os objetivos propostos no sentido da superação de problemas na unidade hospitalar, e se procurou compreender as limitações enfrentadas em cada caso.

Os *sujeitos* da pesquisa, considerados como as pessoas selecionadas para as entrevistas, foram representantes de instituições, representação de alunos, servidores e docentes, representantes do SUS no Estado, a direção do Centro de Ciências da Saúde e a direção do HCPE, além de informantes-chaves que complementaram as informações das entrevistas estruturadas.

Em virtude do tipo de estudo realizado, que não é um estudo populacional comumente conhecido, os sujeitos da pesquisa assumem características distintas. Portanto, para este estudo, os sujeitos da pesquisa são atores que representam interesses ou grupos de interesses. Não é relevante para o estudo o perfil individual dos sujeitos, mas sim a concepção que os mesmos portam, enquanto representantes de entidades ou níveis gerenciais e dirigentes da organização em estudo. Nesse sentido, durante a primeira etapa do trabalho de campo, no momento da coleta de dados, procurou-se mapear os sujeitos/atores que seriam entrevistados na segunda etapa da pesquisa de campo, levando em conta atores que direta ou indiretamente desempenham um papel na estruturação do HCPE, seja como responsáveis pela administração do Hospital ou opinando sobre a gestão do mesmo, podendo ser ator individual ou coletivo.

O sujeito/ator população ou clientela da unidade hospitalar não está incluído como parte desse estudo, embora seja diretamente afetada pelas políticas hospitalares, em virtude das dificuldades de operacionalização dessa consulta neste estudo, embora em alguns momentos suas demandas e falas estejam presentes através da imprensa escrita.

Ao todo foram entrevistadas 13 pessoas, sendo dez mais diretamente vinculadas ao processo interno do HCPE (direção do HCPE; direção do CCS; representante de residentes; representante do DCE (4); representante da associação docente; representante dos funcionários; coordenação de enfermagem), duas referentes à representação de entidades (Sindicato dos Médicos e Conselho Regional de Medicina) e uma representação do SUS no Estado (Secretário Estadual de Saúde).

Os dados foram coletados através de alguns procedimentos, discriminados a seguir:

A pesquisa bibliográfica concentrou-se na coleta de dados gerais sobre tema, em livros, revistas especializadas, teses e dissertações. Embora a pesquisa esteja mais concentrada na produção brasileira, procurando identificar e agrupar, quando possível, linhas de produções polares e alternativas.

Outro aspecto também foi o levantamento de diretrizes, programas, projetos, leis, decretos, portarias e outros, relacionados à gestão dos hospitais universitários no país, particularizando para a realidade do HCPE.

Na pesquisa documental, utilizou-se a análise de documentos de circulação mais interna. Tanto a pesquisa bibliográfica quanto a documental contribuíram para caracterizar o debate sobre os hospitais universitários, as propostas em discussão e os questionamentos atuais.

Na pesquisa de campo, além das entrevistas já citadas, também foram necessários contatos com algumas pessoas da instituição, no sentido de complementar as informações ou até identificar como consegui-las. Nesse estudo de caso, também foram coletados dados do serviço.

As pesquisas bibliográfica e documental, juntamente com a de campo e o estudo de caso, permitiram caracterizar a situação dos HU, particularizando para o HCPE, buscando identificar de que forma a questão no país encontra-se presente em uma realidade específica e como a situação de uma organização específica respalda-se no geral, quando da elaboração de propostas e busca de superação de dificuldades.

O tratamento dos dados, em função do objeto de estudo e da forma de abordá-lo, apóia-se no referencial das metodologias qualitativas. Conforme assinalado por Haguette (1987, p. 55), "as metodologias qualitativas derivam da convicção de que a ação social é fundamental na configuração da sociedade".

Refere, ainda, a autora (HAGUETTE, 1987, p. 55) que "os métodos qualitativos enfatizam as especificidades de um fenômeno em termos de suas origens e de sua razão de ser".

Lazarsfeld (apud Haguette, 1987, p. 55-6) identifica três situações onde se presta atenção particular a indicadores qualitativos:

- a) situações nas quais a evidência qualitativa substitui a simples informação estatística relacionada a épocas passadas;
- b) situações nas quais a evidência qualitativa é usada para captar dados psicológicos que são reprimidos ou não facilmente articulados como atitudes, motivos, pressupostos, quadros de referência etc.;
- c) situações nas quais simples observações qualitativas são usadas como indicadores de funcionamento complexo de estruturas e organizações complexas que são difíceis de submeter à observação direta.

Frente ao objeto de estudo, portanto, o tratamento dos dados exige um método que possibilite a análise de problemas, formulações, explicações permeadas por interesses e ambigüidades, relações de poder, como uma expressão do movimento existente na sociedade. Considera-se, então, que a abordagem qualitativa é adequada aos propósitos do projeto.

Luz também considera que esse tipo de objeto de trabalho tem que ser apreendido, fundamentalmente, pelas técnicas qualitativas de pesquisa (1986, p. 163).

Para Haguette (1987, p. 56), em termos de técnicas a serem utilizadas:

... para complementar a documentação histórica, os dados agregados etc. que permitem a reconstituição de um fato único, situa-se a história oral apta a fornecer subsídios dentro dos limites da dimensão contemporânea, vez que se baseia em depoimentos gravados de atores sociais que recorrem à sua experiência e memória para recompor fatos acontecidos no âmbito de sua temporalidade, sendo uma técnica subsidiária da entrevista.

Espera-se, em princípio, que um estudo dessa natureza possa trazer como benefícios: um melhor entendimento das dificuldades enfrentadas pelos hospitais universitários; os projetos, propostas ou resoluções que se encontram em debate no país e em uma organização específica; experiências com projetos institucionais; e o que pensam parte dos sujeitos/atores direta ou indiretamente envolvidos nesse processo, embora nem sempre com a condição de modificar a situação existente.

Entretanto, para esse estudo em particular, que se propõe a uma análise do Hospital das Clínicas de Pernambuco, algumas dificuldades podem se apresentar, tais como: quanto à parte referente aos dados coletados durante a investigação, pode ocorrer alguma imprecisão nos mesmos, em virtude da frágil estruturação que a organização tem sobre as informações que produz; no aspecto qualitativo do estudo, onde uma parte significativa foi extraída de documentos sobre a instituição, como também através de entrevistas com atores relevantes para o processo de gestão, colocou-se o desafio de resgatar informações expressivas que possibilitem fazer considerações sobre o processo.

Alguns benefícios do estudo, além do que foi citado anteriormente, podem ser ainda apontados: sistematizar um diagnóstico geral da situação do hospital; análise das potencialidades e dificuldades dos projetos institucionais; conhecer as tensões presentes no cotidiano do hospital; compreender qual o entendimento de *crise* existente sobre o hospital e suas causas e formas de superação; sistematização do pensamento de diferentes atores sobre a crise atual e expectativas.

CAPÍTULO 4
O caso do Hospital das Clínicas
da UFPE



Foto 1- O Hospital das Clínicas da UFPE

(foto disponível em www.ufpe.br/new/campus.html)

4.1- CARACTERIZAÇÃO INSTITUCIONAL

O Hospital das Clínicas da UFPE faz parte de um conjunto de hospitais classificados como universitários e de ensino no Estado de Pernambuco, todos recebendo incentivo FIDEPS. Atualmente, esse conjunto é composto por seis unidades de saúde. Três dessas unidades são categorizadas como universitárias, sendo duas vinculadas à Universidade Estadual de Pernambuco (Hospital Oswaldo Cruz – 328 leitos; Centro Integrado Amaury de Medeiros – 137 leitos) e a outra o Hospital das Clínicas de Pernambuco (370 leitos), único no Estado que apresenta vinculação federal. Das unidades categorizadas como de ensino, duas estão diretamente vinculadas à Secretaria Estadual de Saúde (Hospital Agamenon Magalhães – 294 leitos; Hospital de Restauração – 579 leitos) e realizam atividade de residência médica. Existe, ainda, como unidade de ensino, o Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), de natureza filantrópica, possuindo 649 leitos¹.

¹ Dados do Setor de Controle e Avaliação da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco – dia 21 de novembro de 2003.

O Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, enquanto unidade de pesquisa, ensino, assistência e extensão, desde sua origem têm-se prestado para a realização de estudos, concentrados em geral na área da pesquisa clínica. Outras investigações que se referem a aspectos organizacionais e dos serviços prestados apresentam-se mais escassas, enfocando fundamentalmente a avaliação da clientela, custos, sistema de informação, entre outros. Entretanto, pesquisas que abordem a política hospitalar e os processos organizacionais e institucionais têm pouco registro nos anos recentes e, decerto também nos anos anteriores.

A Faculdade de Medicina do Recife foi fundada em 1915, porém sua instalação para início de atividades de ensino só ocorreu em maio de 1920. Em 1949, foi federalizada, passando a ser entidade de direito público, integrada à Universidade do Recife. Em 1957, foi firmado um convênio com a Santa Casa de Misericórdia do Recife, objetivando constituir o Hospital Pedro II como hospital universitário da Faculdade de Medicina da Universidade do Recife (MEC, 2002, p. 1).

Com as reformas promulgadas em 1968, as universidades ficaram constituídas de departamentos, congregados em Centros. A Faculdade de Medicina perdeu a sua identificação como instituição de ensino e, em 1976, passou a ser designada de Curso Médico do Centro de Ciências da Saúde e foi desvinculado das disciplinas básicas. Além disso, perdeu a sua ascendência sobre o Hospital das Clínicas, onde se concentram as disciplinas clínicas destinadas ao ensino e à pesquisa (KELNER, 1985, p. 9).

Na década de 1950, foi lançada a pedra fundamental do atual Hospital das Clínicas (HCPE). Durante quase 20 anos, a obra do HCPE permaneceu paralisada, sendo reiniciada no fim da década de 1970. Até 1978, as atividades de ensino médico eram realizadas no antigo Hospital Pedro II, localizado em bairro central do Recife (Coelhos), distante das demais atividades de formação dos alunos. O Hospital das Clínicas da UFPE foi inaugurado em 14 de setembro de 1979, ainda inacabado, tendo, portanto, vinte e quatro anos de funcionamento (MEC, 2002, p. 1-2).

O HCPE está localizado no Campus Joaquim Amazonas, fazendo parte da Universidade Federal de Pernambuco, instituído como órgão suplementar, sendo subordinado diretamente ao Reitor para efeito de supervisão e controle administrativo. No

âmbito do ensino, encontra-se vinculado ao Ministério da Educação e Cultura e, no plano da assistência, integra o Sistema Único de Saúde no Estado.

O HCPE tem por função básica apoiar o ensino da graduação e pós-graduação dos Centros de Ensino da Universidade Federal de Pernambuco, em particular, o Centro de Ciências da Saúde (CCS). Atua como hospital-escola, centro de pesquisa científica em todas as áreas médicas, prestador de serviços médico-hospitalares e atendimento ambulatorial à população do Estado de Pernambuco e da região Nordeste, caracterizando seu nível de referência e sua capacidade resolutiva nas patologias de alta complexidade (HCPEa, 1997, p. 8).

A capacidade instalada do hospital encontra-se na **Tabela 1** a seguir. Do ponto de vista da estrutura física, para a realização do atendimento, o HCPE dispõe, na sua unidade de internação, de 370 leitos ativos, dos quais o SUS remunera 303 leitos. Alguns desses, considerados leitos de observação, são remunerados pelo SUS apenas quanto à parte de procedimentos. Existem, ainda, os leitos inativos -- 70 leitos no sexto andar e 24 leitos no décimo-primeiro andar.

Tabela 1- Estrutura física e capacidade instalada do HCPE em 2003

<i>Capacidade total de internação (leitos ativos)</i>	370 leitos
<i>Unidades ambulatoriais</i>	147 consultórios
<i>UTI</i>	12 leitos
<i>Serviço de pronto atendimento</i>	12 consultórios
<i>Unidade de imagens</i>	1 unidade
<i>Anfiteatros</i>	4 unidades
<i>Salas de aula</i>	22 salas
<i>Área total construída</i>	62.000 m ²

Fontes: 1) Coordenação de Enfermagem do HCPE em 19 de dezembro de 2003; 2) Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do HCPE em dezembro de 2003

Durante a gestão 1996/2000, foi iniciada uma reforma em dois andares do HCPE, no qual os leitos seriam ampliados para 500. O propósito da direção do hospital, a partir da conclusão das obras, era destinar 450 leitos para o convênio com o SUS e os 50 restantes para outros convênios, a serem estabelecidos. Embora se tenha caminhado com a reforma, a implantação de leitos com planos e seguros privados não se consolidou, em virtude dos vários movimentos contrários a essa proposta, na época, que serão referidos mais adiante.

4.2- QUADRO DE PESSOAL

O HCPE oferece cursos para 876 alunos de graduação na área médica. A unidade de graduação e pós-graduação do Curso de Medicina dispõe de um quadro docente de aproximadamente 302 professores, dos quais cerca de 232² são médicos, referidos na **Tabela 2** a seguir. Os professores possuem um alto nível de qualificação, com cursos de especialização, mestrado, doutorado e pós-doutorado. Além desse quadro docente do HCPE, vinculado ao Centro de Ciências da Saúde/Curso Médico, o hospital dispõe de um outro quadro de funcionários subordinados diretamente à direção do hospital e que não são docentes, de diversos níveis profissionais, discriminados também a seguir.

² O número de 232 médicos se refere aos docentes envolvidos com as disciplinas clínicas e cirúrgicas. A parte das disciplinas básicas não está incorporada nesse quadro, podendo haver ainda alguns médicos além desses aqui referidos. De qualquer forma, o total de docentes corresponde ao apresentado na Tabela (302, entre médicos e demais profissionais).

Tabela 2- Profissionais do HCPE por vínculo em 2003

<i>Profissionais</i>	<i>MEC</i>	<i>Cedido</i>	<i>OSCIP</i>	<i>TOTAL</i>
<i>Médicos</i>	384	101		485
<i>CCS</i>	232			232
<i>HCPE</i>	152	101		253
<i>Enfermeiros</i>	93	6	1	100
<i>Nível superior (outros)</i>	347	110	5	462
<i>Nível médio</i>	602	5	218	825
<i>Apoio</i>	147	1	100	248
<i>TOTAL</i>	1573	223	324	2120

Fonte: 1) Coordenação do Curso Médico da UFPE em setembro de 2003; 2) Direção da Unidade de Gestão de Pessoas do HCPE em agosto de 2003

Pelo exposto na tabela, observa-se que as relações de trabalho no hospital ocorrem de quatro maneiras: profissionais que são servidores próprios do quadro efetivo da UFPE, só que uma parte é subordinada à direção do hospital e outra ao CCS; profissionais cedidos por outros órgãos; profissionais contratados pela OSCIP. Esta última estrutura foi criada recentemente (gestão 2001-2003), visto que, até então, esses profissionais eram contratados pela Fundação de Apoio ao Desenvolvimento da UFPE (FADE), por meio da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), que geria os recursos do SUS. Essa situação vinha sendo questionada pelo Ministério Público. Constata-se, portanto, que 74,2% dos profissionais estão vinculados ao MEC, 10,5% são cedidos de outras instituições e 15,3% estão vinculados à OSCIP.

Guimarães (2001, p. 184) comenta que:

Nos últimos anos, várias universidades brasileiras criaram fundações de apoio, que, por serem de direito privado, não estão submetidas aos mesmos controles legais das universidades, garantindo agilidade e maleabilidade em atividades de compra, contratação de pessoal

temporário, entre outras ações. Se, por um lado, essas fundações têm facilitado alguns processos, por outro têm sido motivo de críticas e questionamentos, particularmente quanto à transparência nas decisões sobre utilização dos recursos públicos.

A não-realização de concursos públicos para preenchimento das vagas decorrentes de aposentadoria e morte é o principal argumento apresentado para a contratação de pessoal por meio das fundações de apoio e agora da OSCIP.

O processo de produção da atenção se organiza em torno das especialidades médicas e, em algumas situações, em função da intervenção a ser realizada. Os serviços que se encontram terceirizados são o restaurante, a vigilância, a manutenção e a higiene hospitalar. O HCPE funciona 24 horas, embora existam algumas atividades que não são realizadas durante todo esse tempo.

Segundo o Diretor Superintendente, discorrendo sobre a questão da terceirização no HCPE:

No quadro público, algumas categorias foram extintas, e são essas categorias que o Ministério Público não cria problema, nem o Tribunal de Contas da União (TCU), como é o caso dos vigilantes, das serventes, que têm que necessariamente ser terceirizadas. Hoje, as universidades têm se utilizado muito das fundações e o Ministério Público tem batido muito nas fundações. Essas fundações estão burlando a legislação, mas isso porque o poder público não está fazendo o seu papel de criar as vagas. E aí você tem que fazer a opção entre prestar o serviço ou deixar de prestar o serviço. A população é quem perde (Entrevista realizada pela autora em 10 de outubro de 2003).

O estudo realizado por Assunção (2002, p. 9), onde o autor faz uma análise comparativa dos 45 hospitais universitários brasileiros (classificados em hospital especial, maternidade e hospital geral de baixa, média e alta complexidade), destacando a situação do HCPE em relação aos demais, tem as seguintes informações:

Em relação ao percentual de docentes, o HCPE apresenta praticamente o dobro de professores que a média de seu grupo. Tem uma relação de aproximadamente 8 docentes para cada 10 leitos, estando entre os 10 hospitais universitários com maior relação

docente por leito. Já no que se refere ao número de funcionários por leito, apresenta um valor relativamente baixo, contrastando com o elevado número de docentes por leito. Embora o valor aproximado de 5 funcionários por leito ainda se encontre dentro do intervalo da média desse indicador (ASSUNÇÃO, 2002, p. 10-11).

Em termos de residência médica, o representante dos Residentes forneceu as seguintes informações:

Nós somos aqui em Pernambuco em torno de 500 residentes. No HCPE, temos em torno de 218 residentes. Sendo que médicos são 176, eram cento e oitenta e seis (186), só que dez residentes, que eram do hospital, foram transferidos para a Fundação Altino Ventura, por questão do descredenciamento da oftalmologia. O pagamento das bolsas de residência é feito uma parte pelo SUS (56 da residência médica, o total de enfermagem que são 30 e a nutrição que são 12) e o restante dos residentes médicos do HCPE pelo MEC (Entrevista realizada pela autora em 23 de outubro de 2003).

O apoio ao ensino da graduação ocorre nos cursos de medicina, enfermagem, fisioterapia, nutrição, farmácia, terapia ocupacional e psicologia. Na pós-graduação, são oferecidas, atualmente, residências médicas, de enfermagem e de nutrição, especialização em saúde mental, mestrados em medicina interna, em cirurgia, em doenças infecciosas e parasitárias, em saúde coletiva, em neuropsiquiatria, em pediatria, em anatomia patológica, além do doutorado em medicina (HCPEa, 1997, p. 8-9).

4.3- SITUAÇÃO DOS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS E DADOS DE PRODUÇÃO

Na classificação definida pela Secretaria de Educação Superior (SESU/MEC), o HCPE é considerado como um hospital de médio porte. Segundo o Diretor Superintendente do hospital, “essa classificação é baseada em número de leitos. Mas os hospitais estão sendo reclassificados. A idéia agora é ser um misto, incluindo também o que hospital faz, e estão também redefinindo o modelo de gestão” (Entrevista realizada pela autora em 10 de outubro de 2003).

A portaria No. 2.224, de 5 de dezembro de 2002, do Ministro de Estado da Saúde, a qual se refere o Diretor, consta no Diário Oficial da União, que estabelece no seu Art. 1º o Sistema de Classificação Hospitalar do Sistema Único de Saúde. A proposta levará em consideração vários itens, entre os quais, além do número de leitos disponíveis, a existência e complexidade de serviços, perfil assistencial, capacidade de produção, entre outras. Visa, ainda, definir a inserção no SUS, especificando o grau de complexidade da gestão hospitalar, o nível de responsabilidade sanitária e o direcionamento assistencial. Espera-se com essa reclassificação que o HCPE venha a ocupar um patamar de maior complexidade.

Todavia, para Barros Júnior (2002, p. 19), ao classificar o HCPE como um sistema, pode-se enquadrá-lo “na classe dos sistemas probabilísticos hipercomplexos, devido à variedade e natureza dos fatores que atuam sobre o hospital, tais como: entrada de pacientes, elevado número de internações, diversidade de agentes externos que atuam sobre o hospital”, entre outros. Segundo o autor, “esta situação representa um fator de grande dificuldade para os executivos do HCPE, visto que inexistente um modelo gerencial vigorando, dificultando, portanto, a tomada de decisão eficaz”.

Conforme dados do MEC (2002, p. 2), o HCPE atende a todas as especialidades e subespecialidades médicas, sendo 33 especialidades oferecidas em nível ambulatorial. É referência em vários setores, tais como: ortopedia, gestação de alto risco, tratamento de obesidade mórbida, transplante de rins, fígado e pâncreas, tratamento de Aids e câncer. Mantém um Serviço de Pronto Atendimento (SPA), no qual o cliente é atendido sem apazamento e, quando necessário, é encaminhado para a especialidade indicada.

Por sua excelência em tratamento de patologias de alta complexidade, o HCPE constitui-se num importante centro de realização de projetos de pesquisas, desenvolvimento de conhecimento e formação de profissionais na área de saúde. Atualmente, são realizados nos laboratórios do Núcleo de Cirurgia Experimental programas relacionados ao estudo de transplante de fígado, para o qual o HCPE já se encontra equipado e atendendo pacientes que buscam esses serviços, embora a produção ainda seja pequena (HCPEa, 1997, p. 8).

A **Tabela 3**, abaixo, descreve a situação atual da capacidade hospitalar do HCPE, que, de acordo com os dados disponíveis, tem 370 leitos ativos no bloco de internação.

Tabela 3- HCPE: capacidade instalada de leitos por especialidade

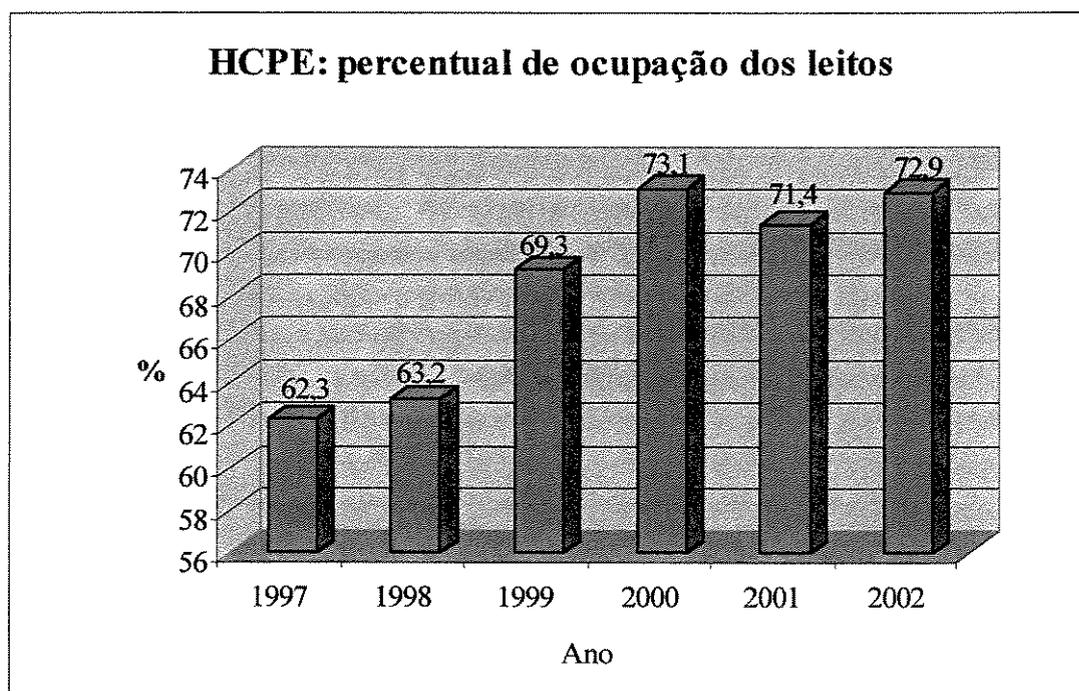
<i>Unidade neonatal</i>	20 leitos (10 UTI e 10 UCI)
<i>Clínica Obstétrica, Centro Obstétrico, Mãe Acompanhante</i>	34 leitos, 7 leitos e 6 leitos
<i>Nefrologia</i>	15 leitos
<i>UTI</i>	8 leitos
<i>Saúde mental</i>	12 leitos
<i>Clínica médica</i>	29 leitos
<i>Pneumologia</i>	6 leitos
<i>Cardiologia</i>	12 leitos
<i>Reumatologia</i>	6 leitos
<i>Hematologia</i>	4 leitos
<i>Endocrinologia</i>	4 leitos
<i>Gastroenterologia</i>	8 leitos
<i>Iodoterapia</i>	2 leitos
<i>Cirurgia geral</i>	32 leitos
<i>Dermatologia</i>	8 leitos
<i>DIP/observação</i>	15 leitos e 3 leitos
<i>Pediatria clínica e cirúrgica</i>	26 leitos clínicos e 18 cirúrgicos
<i>Traumato-ortopedia</i>	23 leitos
<i>Hemodiálise/ observação</i>	14
<i>Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Urologia, Cirurgia</i>	25 leitos sem especificação
<i>Vascular, Ginecologia</i>	
<i>Neurologia</i>	13 leitos
<i>Transplante</i>	10 leitos
<i>Cirurgia bariátrica</i>	8 leitos
<i>Cirurgia torácica/ Hiper-hidrose</i>	2 leitos
TOTAL	370 leitos

Fontes: 1) Serviço de Arquivo Médico e Estatístico do HCPE, novembro de 2003; 2) Coordenação de Enfermagem do HCPE, novembro de 2003

Observa-se, como citou o Representante dos Residentes anteriormente, a quase inexistência de leitos na área de oftalmologia, embora ocorram as cirurgias ambulatoriais de oftalmologia.

Quanto ao percentual de ocupação de leitos no HCPE, a situação apresenta-se como demonstrada no **Gráfico 1**, abaixo.

Gráfico 1



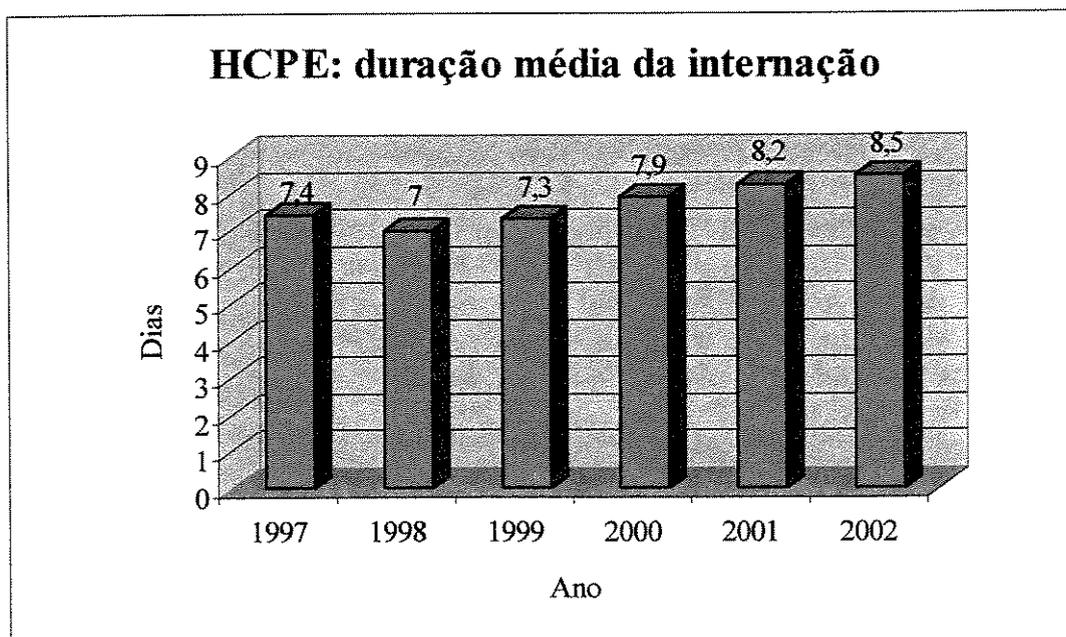
Fonte: Serviço de Arquivo Médico e Estatístico/HCPE

A série histórica, embora não muito longa, permite verificar um aumento do percentual de ocupação de leitos no hospital, embora a taxa de ocupação possa ser considerada baixa, não atingindo 80%, denotando ociosidade de leitos e talvez a necessidade de redistribuição dos mesmos entre as clínicas.

Em documento institucional do HCPE, são apresentados alguns dados referentes a uma avaliação hospitalar por especialidade, do período de 1998 a meados de 2002, onde se observa que as maiores taxas de ocupação são do berçário (85,6%) e da nefrologia (85,5%) e as menores do bucomaxilo (8,4%) e da cirurgia plástica (14,8%). Verificou-se, naquele momento, uma tendência a aumento da taxa de ocupação da pediatria e otorrinolaringologia (HCPEc, 2002, p. 38)

No que se refere à duração média de internação, o **Gráfico 2**, a seguir, expressa a situação entre 1997 e 2002.

Gráfico 2



Fonte: Serviço de Arquivo Médico e Estatístico/HCPE

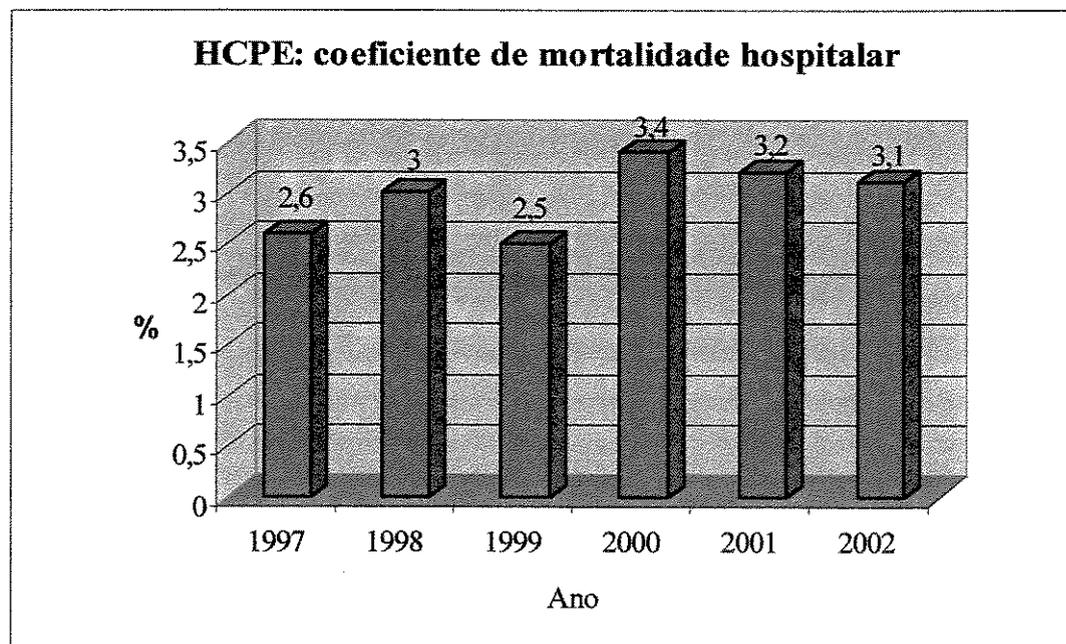
A duração média de permanência do paciente no hospital vem tendo um aumento, atingindo seu maior pico no ano de 2002 (8,5 dias). Esse dado vem sendo questionado como sendo alto e, dependendo da patologia, tem se apresentado superior ao preconizado pelo SUS.

Assunção (2002, p. 37), em estudo realizado sobre o HCPE no 2002, chamou a atenção para o tempo de permanência (internação), no qual verificou que mais de 50% dos pacientes atendidos apresentaram um tempo de permanência pelo menos 20% superior ao previsto pelo SUS. Observou, ainda, que pacientes com idade superior a 29 anos representaram, aproximadamente, 3 vezes o tempo previsto pelo SUS.

Já um estudo institucional, do ano de 2002, aponta que os maiores tempos de permanência referem-se à psiquiatria (45,1 dias), dermatologia (23,5 dias) e neurologia (20,3 dias). Verificou-se, naquele momento, uma tendência ao aumento da taxa de ocupação da pediatria e otorrinolaringologia (HCPEc, 2002, p. 38).

Quanto ao coeficiente de mortalidade hospitalar, a situação apresenta-se conforme representado no Gráfico 3, abaixo.

Gráfico 3

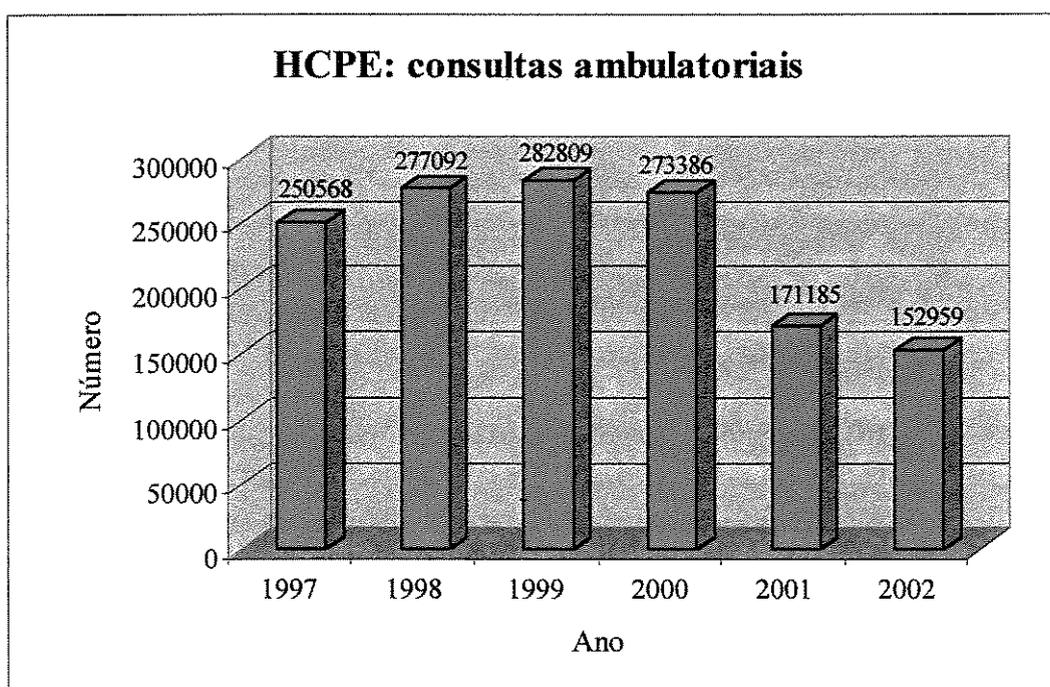


Fonte: Serviço de Arquivo Médico e Estatístico/HCPE:

Muito embora se observe um aumento do coeficiente, particularmente no ano de 2000, mantendo essa elevação acima de 3% até 2002, o fato de apresentar valores inferiores a 5% tem sido considerado como uma boa eficácia do hospital na prestação de serviços de saúde à população, mesmo considerando que a série histórica não é muita longa para uma observação mais precisa.

No tocante às consultas ambulatoriais, o **Gráfico 4** traz uma série anual recente.

Gráfico 4



Fonte: Serviço de Arquivo Médico e Estatístico/HCPE

O gráfico demonstra a queda acentuada nas consultas ambulatoriais, o que confirma as medidas adotadas pela direção hospitalar na redução das consultas para atendimentos básicos e nas exigências de encaminhamento para consultas de especialidades.

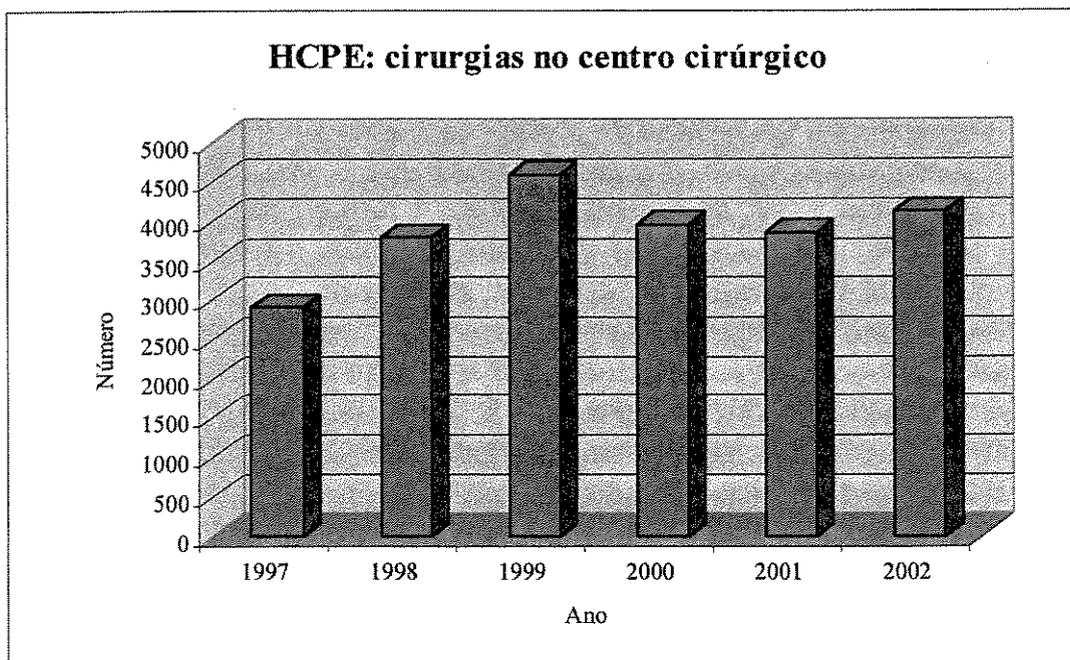
Quanto ao aspecto de corte de consultas ambulatoriais realizados pela direção do hospital, o Diretor Superintende tem a seguinte visão:

... no que se refere ao atendimento básico, ocorreu uma redução significativa, da ordem de 20% mais ou menos, enxugou o hospital, e não caiu a receita tão significativamente. O que mostra que a gente estava produzindo e não estava recebendo quando era atendimento básico, ou quando era no especializado a gente estava produzindo acima do teto. Então, na lógica de gestão, porque aí eu tenho que ser gestor para fazer o hospital funcionar, embora eu tenha a responsabilidade pública de atender a população, mas mais responsabilidade tem o gestor do sistema porque ele deveria fazer esse hospital ser viável para atender a todos os pacientes que precisam do sistema. Aí tem as filas, para resolver a fila tem que resolver o financiamento (Entrevista realizada pela autora em 10 de outubro de 2003).

Também deixamos de fazer procedimentos que o SUS não remunera e só fazemos procedimentos que o SUS não remunera de forma adequada quando vem uma ação do Ministério Público, mesmo assim negociando com o Ministério e o SUS estadual.

No referente a cirurgias realizadas no centro cirúrgico, o **Gráfico 5**, abaixo, traz informações importantes.

Gráfico 5



Fonte: Serviço de Arquivo Médico e Estatístico/HCPE

Embora o gráfico apresente uma certa instabilidade, observa-se uma queda acentuada do ano de 1999 para 2000 e uma discreta elevação no ano de 2002. Isso chama a atenção em virtude de algumas medidas adotadas pela direção.

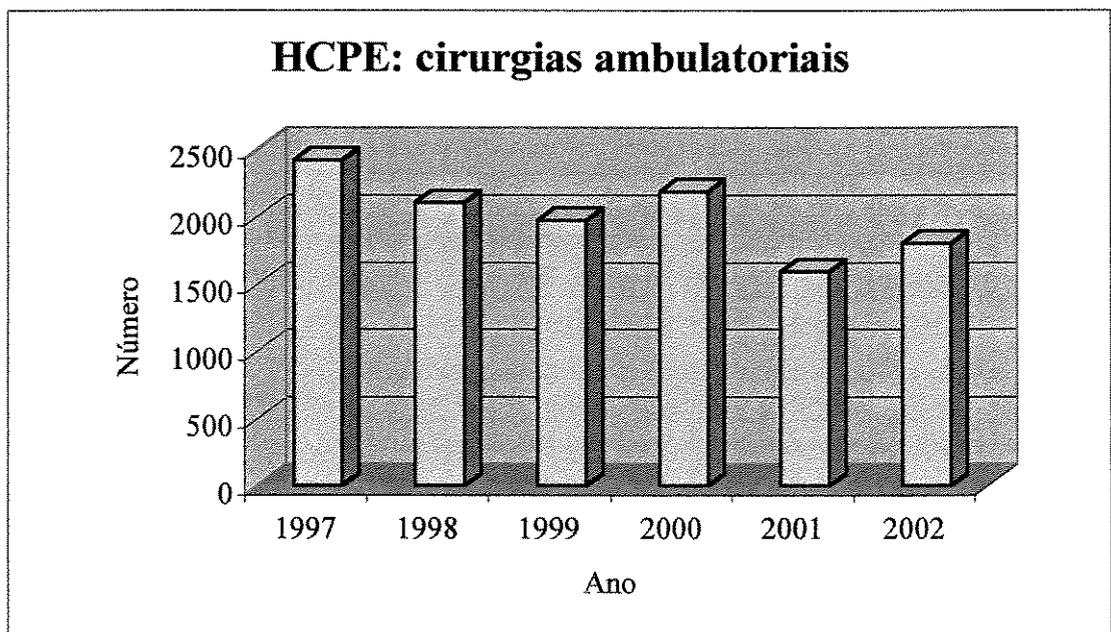
Quanto à questão de atendimento cirúrgico, no sentido de suspensão freqüente de cirurgias, o Diretor Superintendente dá as seguintes informações:

Quando a gente chegou aqui, a redução do atendimento cirúrgico, eu diria que 80%, era culpa do hospital, faltava roupa, material esterilizado, equipamento, etc. Agora, o hospital deve contribuir com 10 a 20%; a maior parte, é porque o paciente não veio, paciente que não foi preparado, médico faltou etc. Então, os médicos não podem mais culpar a direção do hospital. Então eu criei uma comissão de

cirurgia que avalia o que é que está acontecendo em cada serviço, para chegar e poder conversar com o chefe do serviço. Isso foi discutido no CTA e eles não gostaram da medida. Mais não tem muita resistência, porque eu consegui aprovar 100% de tudo. É que as mudanças culturais são lentas e os resultados só aparecem a médio e longo prazo (Entrevista realizada pela autora em 19 de outubro de 2003).

Quanto às cirurgias ambulatoriais, observa-se a situação abaixo, no **Gráfico 6**.

Gráfico 6



Fonte: Serviço de Arquivo Médico e Estatístico/HCPE.

As cirurgias ambulatoriais vêm tendo quedas significativas, particularmente no período de 2000 a 2001, que podem dizer respeito às medidas adotadas pela nova gestão, na época, como também aos processos grevistas da universidade.

4.4- ESTRUTURA ORGANIZACIONAL E DIRETIVA

A estrutura organizacional formal do HCPE já está em vigor há algum tempo, muito embora não se tenha uma informação muito precisa sobre o assunto. O que se registra são as várias tentativas de reformulação do organograma. A mais recente foi a do projeto de renovação organizacional, quando se tentou introduzir o conceito de unidade funcional, que não foi adiante e será comentado no próximo Capítulo. Na gestão 2001-2003, procurou-se, através dos documentos existentes, identificar o organograma funcional da instituição, conforme exposição a seguir (HCPEb, s/d, p. 1-5).

O Diretor Superintendente afirma que, no projeto que estão desenvolvendo, o organograma será refeito, assim como o regimento e as funções. Hoje têm atuado conforme as necessidades vão surgindo. O Diretor diz que criou uma diretoria executiva, porque um dos problemas que tinha era operacionalizar, e não dispunha de uma pessoa para ir à ponta para ver se estava funcionando. Criou também comissões, porque as comissões estão previstas nos editais, “comissão de acreditação, comissão de prontuário, então, eu criei novas comissões, além disso criei grupos de trabalho, porque aí os grupos de trabalho, na verdade, eles estão fazendo funções, mas que não são permanentes, são temporários” (Entrevista realizada pela autora em 10 de outubro de 2003).

Quanto à denominada função de Liderança e Administração, está composta pela Direção Hospitalar, pela Administração e a Garantia de Qualidade.

A Direção do HCPE é formada por três membros: diretor superintendente, diretor técnico e diretor administrativo e de controladoria. A Administração inclui a coordenadoria de materiais, coordenadoria de orçamento e finanças, coordenadoria de desenvolvimento de recursos humanos e gestão de pessoas. A Garantia de Qualidade se dá através do grupo de trabalho de acreditação (GT – Acreditação).

Quanto aos Serviços Profissionais e à Organização da Assistência Médica, fazem parte o Corpo Clínico (diretoria técnica, coordenador médico e chefias de serviços) e de Enfermagem (coordenadoria de enfermagem).

Nos Serviços de Atenção ao Paciente, estão incluídas as unidades de internação, referência e contra-referência, ambulatorios, emergência, centro cirúrgico, anestesiologia, obstetrícia, neonatologia, UTI, hemoterapia, reabilitação e medicina física, medicina nuclear, radioterapia, cada um desses com suas próprias chefias e coordenações. Nos serviços de apoio diagnóstico, inclui-se o laboratório, imagens, métodos gráficos e anatomia patológica, com seus chefes de serviços e coordenações.

Nos serviços de apoio técnico e abastecimento, estão incluídos o arquivo médico, controle de infecção hospitalar, estatística, farmácia, nutrição, lavanderia, materiais e esterilização, higiene hospitalar, segurança e saúde ocupacional e serviço social. Os serviços possuem suas chefias e alguns, além disso, possuem comissões.

Para os serviços de apoio administrativo e infra-estrutura, consta documentação da planta física, estrutura físico-funcional, sistema elétrico, manutenção geral – controle de resíduos e potabilidade da água - segurança geral, cada um com suas chefias.

Nas áreas de ensino e pesquisa, existe a biblioteca do CCS e a parte referente à informação científica. O serviço é uma divisão administrativa hospitalar com funções burocráticas ou assistenciais; alguns serviços, por sua vez, são subdivididos em seções, que não serão aqui detalhadas. Um serviço médico reúne professores e médicos afins. A chefia do serviço é exercida, muitas vezes, pelo professor com maior titulação. Atuam também nos serviços, em regime de aprendizagem, alunos de graduação e pós-graduação (GUIMARÃES, 2001, p. 168).

Como se pode apreender do organograma do HCPE, é um organograma tradicional, centralizado e hierarquizado. Além do mais, cada direção que assume, como não consegue montar um organograma que seja adequado aos objetivos do trabalho, sai fazendo alguns remendos, embora não altere significativamente a centralização da organização. A questão mais permanente no organograma é o Conselho Técnico Administrativo (CTA) criado já há muito tempo, onde, no contexto atual, existem diversas críticas que serão exploradas no Capítulo 6.

4.5- ACESSO DA CLIENTELA AOS SERVIÇOS DO HOSPITAL

O acesso aos serviços do HCPE, do ponto de vista da clientela, até o momento, tem sido de caráter universal. Embora nos últimos anos, à semelhança de grande parte dos hospitais universitários do país, tenham ocorrido tentativas de discriminação de clientela, no sentido de estabelecimento de convênios com planos de saúde e oferta de hotelaria diferenciada, institucionalizando a dupla porta de entrada no HU. Portanto, essa é uma questão recorrente, uma vez que, na gestão 2001-2003 (conforme registrado em entrevistas no Capítulo 6), houve, no seu início, uma intenção de realizar a privatização de parte dos leitos. Nas negociações com os atores, no entanto, essa questão não evoluiu.

Na análise dos projetos institucionais, no Capítulo 5 a seguir, esse aspecto será destacado, embora já se tenha tratado dessa questão no Capítulo 2, quando é comentada a questão da “dupla porta” para os HU. Como se verá pelas entrevistas que são apresentadas no Capítulo 6, essa questão continua não consensual entre os atores locais e a maioria expressa-se totalmente contrária a essa medida, inclusive com o veto do Ministério Público às tentativas ocorridas na gestão 1996-2000 do HCPE.

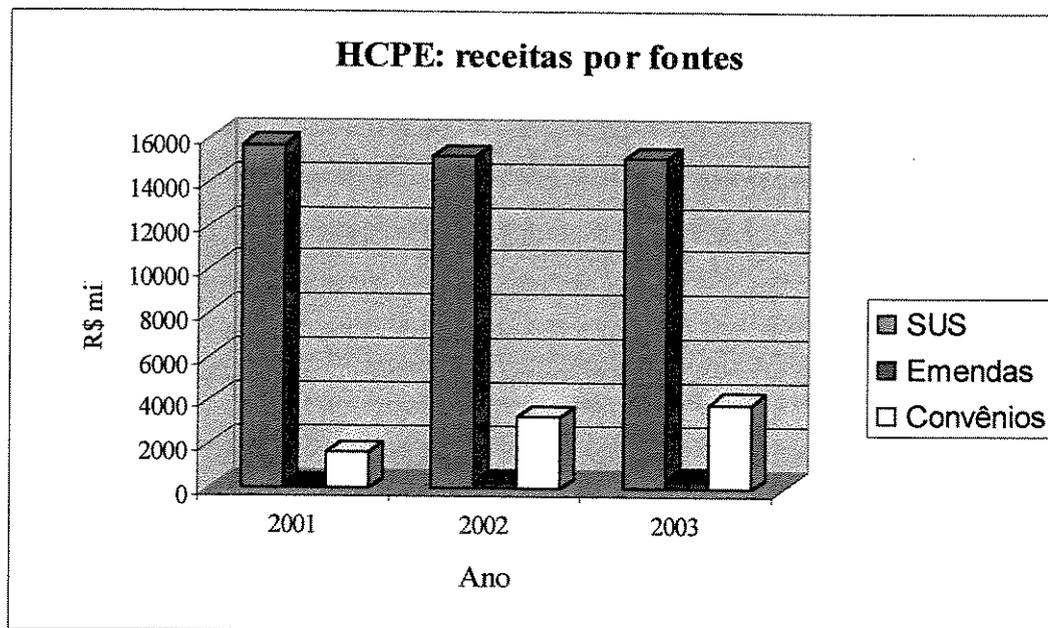
O processo nacional de debate sobre essa questão, entretanto, encontrava-se em fase avançada de regulamentação no país, embora, no momento atual, o Projeto de Lei do Senado sobre o assunto encontre-se parado, a pedido do Executivo Federal. O PL no. 449, de 1999, “altera o art 43 da Lei no. 8080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), possibilitando aos hospitais universitários captar recursos provenientes de internações hospitalares”.

4.6- QUADRO FINANCEIRO

Do ponto de vista financeiro, por ser um hospital de ensino com programas de residência médica em funcionamento e atuar em vários setores na assistência de alta complexidade, o HCPE possui um índice de valorização hospitalar que permite um acréscimo de 75% nos procedimentos médicos faturados.

No que se refere às receitas do hospital discriminadas por fonte, a situação é a que está representada no **Gráfico 7** a seguir.

Gráfico 7



Fonte: Coordenadoria de Orçamento e Finanças/HCPE.

Constata-se, como já é do conhecimento geral, que a fonte SUS é a grande mantenedora do hospital universitário, embora se perceba uma discreta redução, até assumida pela direção quando decidiu cortar alguns atendimentos. Observa-se um aumento na parte de convênios, referente, na verdade, aos recursos provenientes do convênio interministerial (MS-MEC). Quanto às emendas, não se percebe alteração importante, até porque são muito pouco significativas.

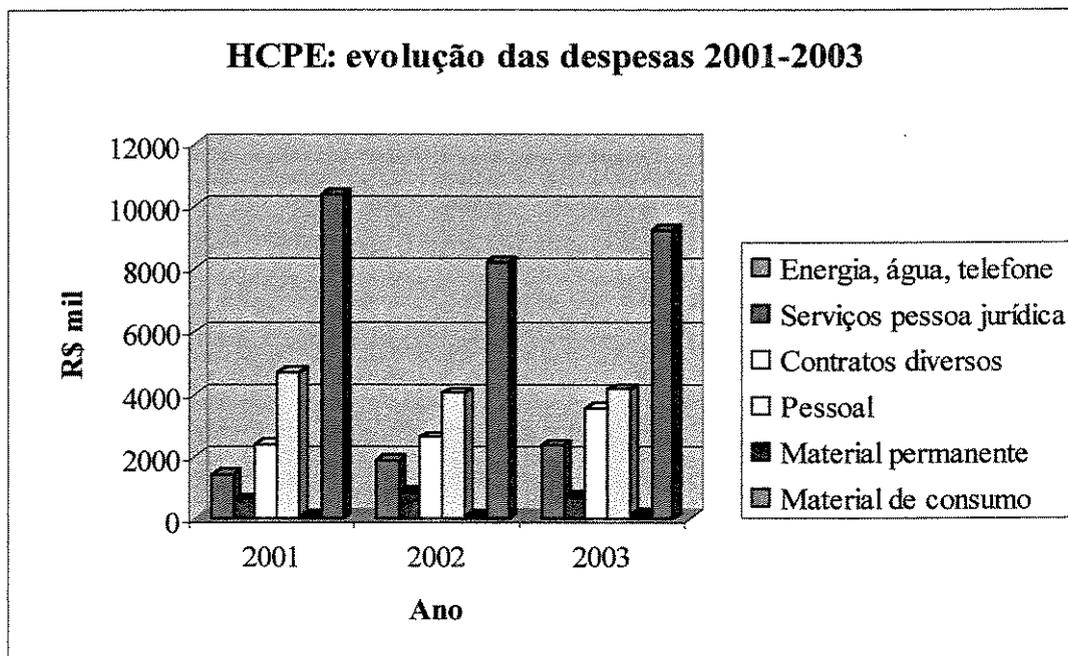
Sobre a questão do déficit financeiro, o Diretor Superintendente faz as seguintes colocações:

...teve dois momentos. No primeiro ano, a gente decretou estado de emergência e começou a fazer redução de custos e aumento de receita, que é lento, a redução de custos pode ser mais rápido, e aí quando a gente estava chegando ao equilíbrio veio a greve, e aí a receita cai e a coisa mantém-se e até tem alguns picos, porque a gente

fez algumas reservas. Quando você sai da greve, daqui que algumas pessoas voltem à normalidade é outro tempo, e aí depois, a gente teve a segunda paulada, que foi o Diagem, a gente teve o primeiro momento que deixou de pagar mas tinha os equipamentos, tinha receita mas não tinha a despesa, aí volta ao equilíbrio, aí vem à decisão de retirar os equipamentos, ficamos sem equipamentos, aí volta o déficit. Hoje, se a gente colocar os recursos interministeriais, eu consegui aqui uma coisa por conta dessas decisões de não fazer nada que o sistema não pagasse, hoje, eu sou um dos hospitais mais enxutos, todo mundo aí está com débitos altíssimos, eu não devo 3 milhões, e desses 3 milhões, 50% é para a Compesa [Companhia Pernambucana de Saneamento], que ninguém paga e nem vou pagar, porque eu hoje me tornei autosuficiente em água, tenho estação de tratamento de água, tenho adutora, dois poços, o que eu vou pagar é o esgoto, aqui não há tratamento de esgoto, tudo vai para o canal, então não tenho que pagar a Compesa, e ela continua me debitando, porque sou obrigado a pagar esgoto?. Claro que nesse débito tem água que foi consumida atrás (Entrevista realizada pela autora em 10 de outubro de 2002).

No tocante à evolução das despesas, pode-se verificar a situação dos últimos 3 anos no **Gráfico 8** a seguir.

Gráfico 8



Fonte: Coordenadoria de Orçamento e Finanças/HCPE

Observações: 1) Despesas com recursos do SUS e convênios; 2) Valores estimados para 2003

Quanto ao material de consumo, observa-se uma queda no ano de 2002, que não retornou ao patamar anterior em 2003. Vê-se, também, um aumento nos contratos diversos e redução do pagamento de pessoal, embora em 2003 apresente uma ligeira elevação.

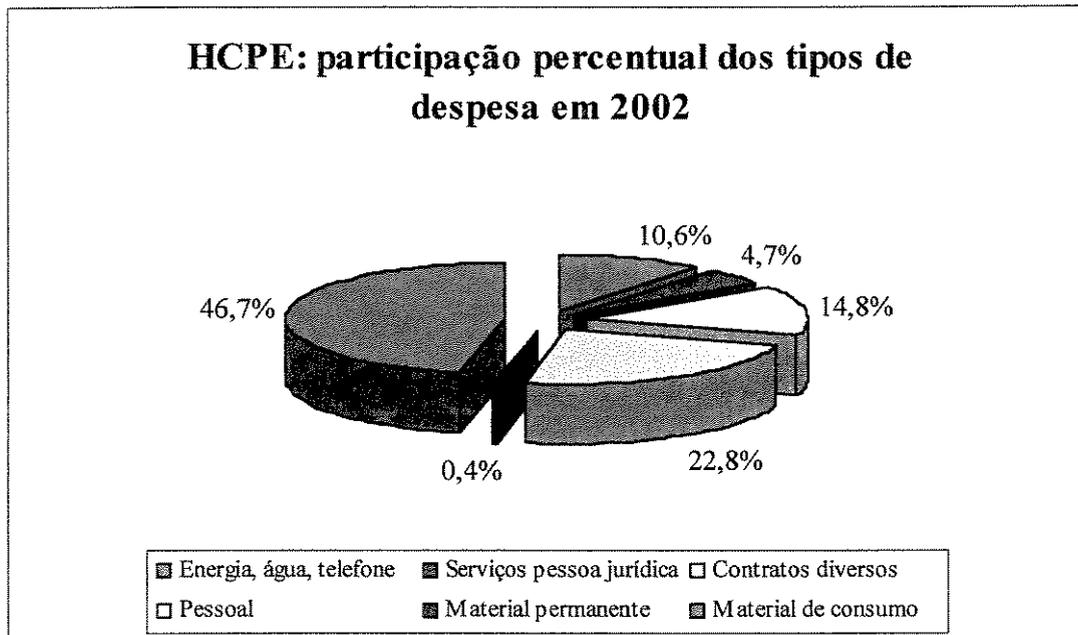
Para o Diretor Superintendente do hospital, a situação encontra-se controlada:

Os outros débitos são basicamente com o fornecedor da diálise, os outros estão todos equilibrados. E do ponto de vista de faturamento de receita, ainda se eu for trabalhar só com receita SUS, eu sou deficitário, mas na hora que os HU estão conseguindo um recurso interministerial, vai melhorar. Mas a grande coisa da gente foi negociar as dívidas. Na negociação das dívidas, eu consegui reduzir

bastante com os vários fornecedores. (Entrevista realizada pela autora do trabalho em 10 de outubro de 2003).

Verificando a distribuição percentual por tipo de despesa no ano de 2002, pode-se observar a situação do HCPE no Gráfico 9, abaixo.

Gráfico 9



Fonte: Coordenadoria de Orçamento e Finanças/HCPE

Observação: despesas com recursos do SUS e convênios

Do ponto de vista dos recursos SUS, 22,8% continua sendo destinado a pagamento de pessoal, ficando menos de 50 % para material de consumo.

Sobre a questão da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) do hospital, que, no momento, corresponde a 1089 AIH de média e alta complexidade disponibilizadas pelo SUS, o Diretor Superintendente observa que:

... a gente tem dois tetos: o físico e o financeiro. Muitas vezes a gente quer discutir com o SUS, pois eles falam que a gente não atinge o teto. Claro que a gente não atinge e nem quer atingir, certas horas,

porque atingir o teto, como eu sou mal-remunerado em certos procedimentos, se eu faço mais destes procedimentos, significa aumentar meu déficit. Eu não tenho interesse em usar certos tetos, tinha interesse sim em negociar tetos. Eu não sou uma empresa privada, sou uma empresa pública, quer dizer dentro de uma lógica de empresa, de negócio, agora a burocracia diz esse o dinheiro só pode ser usado neste teto não pode ser usada neste outro. Se você fizer neste o prejuízo é seu. Não tem lógica. O bem público tinha que ser remunerado pelo que ele faz, então os valores dos tetos são os mesmos desde o início (Entrevista realizada pela autora em 10 de outubro de 2003).

Quanto à parte referente a suprimento, o Diretor Superintendente tem a seguinte opinião:

Melhorou, mas ainda temos problema na licitação. A gente estudou as várias formas e viu que a melhor forma para o HU é o chamado registro de preço, que é uma forma que faz a licitação, mas você não precisa fazer o contrato, pois fazer o contrato significa comprometer o orçamento. Nesse caso, eu compro de acordo com a minha necessidade e a minha disponibilidade orçamentária. Outra coisa que a gente fez foi usar o pregão eletrônico, é igual à licitação comum, dá menos complicação. É muito mais ágil, dá menos impugnações, e mais lucro para o hospital. A gente tentou planejar para começar a fazer registro de preço, quando a gente terminou de fazer, aí fez eletrônica com registro de preço, que é a melhor forma para a gente, o ministério não registrou porque achou que não estava preparado para aquilo. O ministério voltou atrás e registrou, porque viram que estavam cometendo exagero burocrático (Entrevista realizada pela autora em 10 de outubro de 2003).

Um dos aspectos que tem sido observado no HCPE é a baixa capacidade de arrecadação. Assunção (2002, p. 11), com base em um indicador gerencial de verificação da eficiência global de uma organização, em que se utiliza a receita arrecadada por pessoal, aponta que, embora o HCPE apresente um valor superior, quando comparado a unidades de baixa complexidade, o seu valor é relativamente pequeno quando comparado a hospitais

gerais de média complexidade, concluindo que esse indicador torna evidente a ineficiência do HCPE em obter receitas no ano de 2000.

Por outro lado, o pequeno valor alcançado na relação receita por docente, mesmo com o maior percentual de docentes, leva Assunção (2002, p. 12) a levantar algumas possibilidades: os docentes não exercerem a atividade de assistência; os procedimentos realizados, principalmente nas clínicas de internação, serem de baixo valor; o tempo de permanência dos pacientes na internação estar muito acima do previsto pelo SUS.

Conclui-se que, quanto ao aspecto financeiro, a partir de algumas medidas adotadas pela direção do hospital, do apoio em alguns procedimentos do SUS pelo gestor estadual e da criação do recurso interministerial pelo governo federal, houve uma melhoria, embora nesse setor de recursos o hospital sempre apresente várias insuficiências, pelo acúmulo de dívidas anteriores. De outro lado, verifica-se a necessidade de melhorar o desempenho de algumas atividades, onde se constata baixa eficiência, levando, inclusive, à perda de recursos.

CAPÍTULO 5

Em busca da reestruturação organizacional e funcional: projetos institucionais do HCPE

As dificuldades enfrentadas pelos hospitais universitários, referidas no Capítulo 2, determinaram que cada hospital do país, ao seu modo, buscasse formas de superação dos problemas. Nesse sentido, o HCPE também vivenciou e vem vivenciando algumas experiências que nem sempre têm resultado nas mudanças esperadas ou pretendidas para o hospital.

Procurou-se destacar, particularmente, dois momentos recentes do hospital nos quais se identificam tentativas de reorientação institucional. O primeiro foi o período compreendido entre 1996 e 2000, vindo depois o período de 2001 até novembro de 2003, quando se concluiu o levantamento de campo deste trabalho. Esse último período coincide com as mudanças que ocorreram na direção do HCPE, visto que a eleição para Reitor foi realizada em julho de 2003¹, e sua posse e da direção do hospital ocorreram, respectivamente, nos dias 10 e 14 de novembro desse ano. Portanto, os períodos anteriormente referidos foram administrados por duas direções distintas, embora pertencentes a um mesmo conjunto de interesses, uma vez que a indicação da direção hospitalar², até o momento, é função da Reitoria da UFPE, a qual, desde a fundação da UFPE, vinha sendo conduzida pelo mesmo grupo político.

5.1- PERÍODO 1996 – 2000: TENTATIVA DE RENOVAÇÃO ORGANIZACIONAL

“Mudar para permanecer vivo e para fazer melhor suas obrigações frente à sociedade.” (PROHC, 1997, p.12)

Para tratar desse período, além de documentos institucionais, foram utilizados como referência dois trabalhos (GURGEL JÚNIOR, 1999; GUIMARÃES, 2001) que analisaram os processos institucionais ocorridos no hospital no período de 1996 a 2000, com enfoques distintos embora complementares, e algumas entrevistas realizadas pela

¹ A eleição para a Reitoria, em julho de 2003, marcada por uma grande disputa política, introduz uma gestão de oposição à atual direção, referendada maciçamente por alunos, parcela significativa de servidores e grande parte do corpo docente da universidade.

² Incluída nas propostas da nova gestão que assumiu a direção da reitoria, consta a eleição direta para a direção do hospital, como também a formação de conselho gestor. No momento, foi nomeada uma direção para o hospital, evitando gerar descontinuidade nas atividades a serem realizadas. Ainda não se tem uma previsão de quando será realizada a eleição.

autora deste trabalho³. Os produtos desses estudos fornecem alguns subsídios importantes para o entendimento da atual situação vivenciada pelo HCPE.

Para Guimarães (2001) e Gurgel Júnior (1999), o marco desse processo de reforma institucional no hospital ocorreu mediante o desenvolvimento do denominado Programa de Renovação Organizacional do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (PROHC/UFPE). Esse programa foi iniciado no final de 1996, a partir da posse de uma nova diretoria, sendo encerrado esse processo de reforma, de forma mais contundente, no final de 2000, após uma crise institucional que levou à mudança da direção do hospital (início de 2001), com profundo desgaste dos dirigentes responsáveis por sua condução.

De uma forma geral, os autores que analisaram a proposta concluem apontando para o insucesso do programa institucional. Embora Gurgel Junior (1999) adote um olhar referenciado no SUS, quando assinala que a proposta do PROHC é incompatível com a natureza jurídica atual da organização e apresenta forte tendência ao distanciamento da sua missão no contexto do ensino e da assistência à saúde, dentro dos princípios do Sistema Único de Saúde em Pernambuco. Já Guimarães (2001) adota uma leitura mais na linha do hospital enquanto organização em processo de reforma, apontando como uma das causas principais do insucesso os conflitos entre os vários grupos de interesse frente às propostas do programa reformista.

Embora se tenha chegado a essas conclusões, é importante ressaltar que, naquele momento, o programa era considerado inovador, pelo menos em alguns fóruns de discussão hospitalar, tendo, inclusive, a direção do HCPE sido convidada para apresentar a experiência em outros locais do país. Consta-se, ainda, que alguns conceitos presentes na proposta, particularmente o de “Unidade Funcional” (UF), foram incorporados por outras

³ Em virtude da crise institucional, desencadeada durante o período de andamento do projeto, e das dificuldades posteriores, vivenciadas por parte da direção do hospital, gerando um certo grau de incômodo para a realização de entrevistas, optou-se por tomar por base algumas informações constantes de entrevistas já realizadas com a ex-direção do hospital, em outro momento, pelos autores das investigações citadas, acrescidas de algumas entrevistas realizadas pela autora deste trabalho.

experiências hospitalares, diferentemente do que ocorreu no HCPE⁴. Oliveira Jorge (2002, p. 98-9) faz um relato interessante sobre o questionamento existente quanto à centralização dos processos decisórios e de gestão dos hospitais universitários e aponta uma experiência vivenciada pelo HC/UFMG e outros hospitais, citando o HC da UFPE como exemplo de um modelo de gestão descentralizado, a partir de negociações internas ao hospital. A reorganização da lógica gerencial do hospital através da UF, é considerada, entre vários outros aspectos, como ponto-chave de um novo modelo de gestão.

Essa discussão traz para o debate a necessidade de compreender o processo institucional ocorrido no HCPE de quais fatores contribuíram não apenas para a não viabilização da proposta mas também por ser a partir de então mais uma experiência dificultadora no desenvolvimento de novos projetos para o hospital.

5.1.1- Motivos desencadeadores do Programa de Renovação Organizacional

Com a posse da nova Diretoria do Hospital das Clínicas, no final de 1996, o Programa de Renovação Organizacional foi iniciado em 1997. Uma das observações feitas por Guimarães (2001, p. 169) é que a discussão inicial sobre a construção de uma proposta foi restrita à Diretoria e a alguns professores. Essa é uma questão que merece atenção: a necessidade ou não da direção do hospital ter e explicitar um projeto. Cecílio (1997, p. 297) defende que:

A direção do hospital deve explicitar o seu projeto, da maneira menos ambígua possível e a mais abrangente também, na forma de um documento que terá o papel de instrumento de negociação, pois a direção toma posição ou partido no processo de transformação institucional.

⁴ Oliveira Jorge, A . (2002), em sua tese de doutoramento, faz um relato importante sobre a utilização do conceito de UF, entre outros, na experiência do Hospital das Clínicas da UFMG.

Pelos relatos, o que se observa, no caso do HCPE, é que as várias direções hospitalares vinham de experiências centralizadoras e que, embora a direção do HCPE, naquele momento, pretendesse realizar mudanças, a pouca prática de utilizar um projeto como instrumento de negociação exigiria da direção uma mudança de postura que talvez não estivesse preparada para realizar. Desse modo, considera-se que a questão não é se o projeto foi formulado inicialmente num espaço de discussão restrita, pois a maioria dos atores procede dessa maneira. Até porque, como afirma Cecílio (1997, p. 295-6):

No processo de qualquer intervenção em nível hospitalar é possível prever, nas atuais condições brasileiras, algumas áreas de confronto de projetos diferenciados (...), onde atores estratégicos têm visões ou projetos muito diferenciados e quase sempre conflitantes sobre como o hospital deve ser organizado.

Ao reconhecer que podem existir vários projetos em disputa no espaço institucional, a capacidade e legitimidade institucional dos negociadores que formularam o projeto e a flexibilidade e abertura para possíveis mudanças que ocorreriam ao longo do processo de negociação tornam-se essenciais.

Todavia, além do movimento, até natural, de uma nova gestão querer mostrar um diferencial de trabalho, os profissionais que assumiram a direção do hospital caracterizavam-se por serem médicos vinculados ao hospital e respeitados em suas áreas de atuação.

Entre os aspectos citados, naquele momento, que motivaram a busca da reestruturação do HCPE, ressalta-se que o hospital vinha enfrentando dificuldades de várias ordens. A crise vivenciada expressava-se, primeiramente, na falta de insumos básicos para o funcionamento das atividades e na existência de um déficit financeiro mensal. Para o consultor contratado, esse déficit foi o fator desencadeador da necessidade de uma consultoria, visando à definição de um projeto que alavancasse o hospital (HCPEa, 1997).

Além do aspecto financeiro, outros elementos chamam a atenção. Em uma das observações mais duras feitas pelo consultor, a realidade existente no HCPE é expressa:

Como uma organização com graves problemas institucionais e organizacionais; um órgão em processo de degradação institucional e operacional, embora tivesse um plano de investimento físico (restauração dos andares pouco a pouco); uma instituição decrépita, uma organização de feudos, de onde todos tiravam e ninguém botava (Carlos Guido, entrevista realizada por GUIMARÃES, 2001, p. 170).

Um dos relatos feito pelo consultor complementa a situação descrita acima:

...eu nunca tinha encontrado na minha vida de consultor, 30 anos de organização, distâncias tão grandes dentro de uma organização. Nem grandes executivos e seus funcionários eram como aqueles luminares [professores de Medicina]; as enfermeiras e o resto nem existiam para eles, quer dizer, eles não viam os outros profissionais (Carlos Guido, entrevista realizada por GUIMARÃES, 2001, p. 170).

Essas falas do consultor, realizadas após a deterioração do programa, quando o mesmo já tinha se afastado do processo, expressam um pouco da frustração pelo trabalho que não evoluiu mas, por outro lado, apontam as possíveis dificuldades e resistências ao se tentar instituir uma gestão empresarial no hospital através da constituição de UFs baseadas na redefinição de papéis e descentralização da gestão, dentro de um processo de trabalho que tem como foco a equipe multiprofissional em uma estrutura de hospital universitário muito marcado, ainda, pelos poderes do *staff* médico.

Em documento institucional, denominado “Novo modelo conceitual e operacional do HC/UFPE” (HCPEa, 1997, p. 9), reafirma-se que “o HCPE enfrenta, historicamente, dificuldades técnicas, operacionais e financeiras, decorrentes de débitos mensais sistemáticos que, se agravados, poderiam levá-lo à insolvência, ameaçando, com isso, paralisar parcial ou totalmente seu funcionamento”.

No citado documento (1997), o quadro econômico é considerado controlado, embora seja assinalado que os fatores que determinam essa situação estão todos presentes e ativos e que o programa de renovação organizacional é uma possibilidade de superação dos problemas.

Entre os fatores do contexto interno da instituição responsáveis pelas dificuldades enfrentadas pelo hospital, são apontados no documento (HCPEa, 1997, p. 9-10) alguns elementos agrupados a seguir:

gestão hospitalar marcada por uma visão burocrática, centralizadora, com vários níveis hierárquicos e apresentando dubiedade de relações hierárquicas e funcionais; instrumentos e práticas administrativas ultrapassadas;

processos produtivos segmentados, com grupos de trabalho constituídos por profissões (médicos; enfermeiros; assistente social) trabalhando isoladamente, com chefias e divisões próprias;

cultura da não-responsabilização; dificuldades no ordenamento de metas, compromisso com resultados e programação continuada dos serviços;

sistema de informação e contas médicas obsoletas, repercutindo na qualidade da atenção e cobrança dos procedimentos executados;

dissociação entre a forma de trabalho (tempo de permanência hospitalar x custo hospitalar) dos profissionais médicos e a forma de pagamento da prestação de serviços pelo SUS (sistema de pacote/procedimento);

gestão dos custos sem responsabilização local; o não-comprometimento individual e coletivo com o custo dos procedimentos e com a formalização e agilidade dos processos;

dissociação entre a atividade de atendimento/ensino e a atividade gerencial; os profissionais atribuem o papel de controle dos custos do atendimento à direção central do HCPE;

crises constantes no suprimento de materiais básicos implicando em: adiamento de intervenções cirúrgicas; redução da capacidade operacional do hospital; perdas financeiras; desconforto na relação com os pacientes;

comprometimento da saúde dos pacientes e da qualidade da intervenção; despreocupação dos profissionais médicos com a solicitação de exames (custos) e com o tempo de permanência no hospital dos pacientes internados, gerando problemas inclusive com a sua utilidade como indicador de avaliação hospitalar.

Quanto aos fatores considerados de *contexto externo*, que estariam contribuindo para a situação existente no HCPE, naquele momento, constam algumas observações. De forma resumida, o documento (HCPEa, 1997, p. 11-2) chama a atenção para o quadro social de carências e de restrições na oferta do sistema público de saúde, como também assinala as transformações que vêm ocorrendo no setor público com repercussões para os setores de saúde e educação. Entre essas, são destacadas:

A crescente escassez de recursos para essas áreas; a redução do orçamento público para a superação de dificuldades intrínsecas a essas instituições; a privatização de instituições mais ligadas ao mercado; a publicização das instituições que produzem bens sociais e a institucionalização do contrato de gestão, como instrumento de negociação de metas de produção e de partilhamento dos recursos do orçamento público.

Associadas a isso, citam-se, ainda, as limitações para ampliação do quadro de funcionários, política salarial restritiva e encarecimento dos serviços médicos em virtude da incorporação de equipamentos mais sofisticados (HCPEa, 1997).

Do ponto de vista da relação com o Sistema Único de Saúde (SUS), questiona-se o descompasso nas cotas estabelecidas, tanto em volume quanto em valor unitário, em relação aos serviços demandados pela clientela e aos custos reais dos serviços executados pelo hospital (HCPEa, 1997).

Para o Diretor Superintendente do HCPE, à época, o hospital estava com graves problemas estruturais, desde a transferência incompleta do Hospital Pedro II, com vários setores por concluir e com deterioração física e carência de recursos humanos, o que levou à adoção de um planejamento de gestão (Entrevista realizada por GURGEL JÚNIOR, 1999, p. 109).

Se, por um lado, o cenário descrito acima é apresentado como restrição ao desenvolvimento organizacional, de outro, foi utilizado, em parte, como oportunidade para a estruturação do programa de renovação organizacional, como será visto mais adiante. Isso se expressa na conformação da proposta, quando procura incorporar algumas concepções oriundas do projeto de Reforma do Estado proposto pelo Governo Federal, particularmente no que se refere às Organizações Sociais. Vale ressaltar que a proposta estava bem inserida no contexto da produção de políticas do governo FHC para os hospitais.

Portanto, constata-se como entraves considerados de gravidade para o desenvolvimento institucional, além do aspecto financeiro, o modelo gerencial – em sua concepção, práticas e procedimentos – e a forma de organização do processo de trabalho.

Para a superação dessa situação, a direção, em termos gerais, defende:

... a construção de uma organização moderna e empreendedora, de excelência, afastando a obsolescência organizacional, renovando princípios, valores e a competência dos seus recursos humanos, em busca da modernidade física, instrumental, organizacional e tecnológica, em respeito aos seus objetivos sociais mais altos (HCPEa, 1997, p. 12).

5.1.2- Proposições, bases conceituais do programa e análises críticas

A partir das avaliações internas do hospital e visando apoiar a formulação do projeto de mudança administrativa e organizacional, foi contratada uma empresa de consultoria⁵. Esta contratação ocorreu após a realização de seminário sobre “Integração e Avaliação da Gestão do HCPE” (HCPEa, 1997, p. 5), em dezembro de 1996. Com a contratação da consultoria, foi-se construindo um caminho que se consubstanciou no PROHC, o qual, segundo o entendimento dos seus formuladores:

⁵ A empresa local C. Guido Consultoria, que tem uma vasta experiência de apoio a processos institucionais, tanto públicos quanto privados, não só em Pernambuco como em outros locais do país, realizou consultoria ao projeto do início de maio de 1997 a maio de 1998.

É um movimento de renovação organizacional, um processo de transformação e aprendizagem que envolve a todos que atuam no Hospital. O programa de renovação organizacional pretende aumentar a capacidade de produção do hospital, através da introdução de práticas administrativas mais simples, flexíveis, descentralizadas e informatizadas, além de ampliar sua área de atuação através do uso de novos instrumentais técnicos... (HCPEa, 1997, p. 6).

O alcance da flexibilização administrativa se dará pela incorporação do conceito de Unidade funcional (UF) – centro de responsabilidade, de custo e de receita –, com autonomia funcional, gestão participativa e com a utilização do instrumento do Contrato Programa - instrumento gerencial que serve para formalizar a negociação entre a UF e a Diretoria e é a base para o modelo operacional (HCPEa, 1997, p. 24).

O Contrato Programa, proposto pelo PROHC, além de instrumento equalizador das metas e compromissos é, também, considerado como base técnica para a diretoria negociar seus compromissos de gestão com o governo e a universidade, mediante Contrato de Gestão já instituído pela Reforma do Estado Brasileiro (HCPEa, 1997, p. 30).

“As UF têm quatro metas básicas de produção (ensino, pesquisa, extensão e assistência), sendo as três primeiras definidas pelos Departamentos do Centro de Ciências da Saúde, através de negociação direta entre os Departamentos e as UF” (HCPEa, 1997, p. 28). Pode-se observar, na linha adotada, um certo viés conservador sobre a produção de conhecimento em serviços.

A criação dos centros de responsabilidade, propostos no segundo ano do programa, em que se reúnem as unidades funcionais numa estrutura semelhante à organização das disciplinas dos departamentos de ensino, Gurgel Júnior (1999, p. 77-8) assinala como sendo um “balizamento importante à fragmentação institucional, existente na proposta inicial, além de uma tentativa de melhorar as relações entre o HCPE e o CCS”. Mesmo assim, o autor considera “que o programa cristaliza a separação já existente entre o HCPE e o CCS, quando cria um conjunto de unidades autônomas prestadoras de serviços a

vários clientes, entre os quais o CCS, seus departamentos e disciplinas, mantendo a natureza jurídica do HCPE sem nenhuma vinculação ao CCS”.

Essa crítica de Gurgel Júnior à prestação de serviço por unidades autônomas necessita de uma melhor avaliação, pois o conceito de UF, tanto no que é expresso nos documentos do projeto do HCPE quanto no que é apontado por Oliveira Jorge (2002, p. 99-100) em seu estudo, é a busca de uma gestão descentralizada do hospital. O que se objetiva, a partir da missão, da realização do planejamento e reorganização do processo de trabalho, é alcançar um melhor desempenho dos serviços.

Entretanto, em virtude das divergências entre a direção do CCS e a direção do Hospital, esse aspecto apontado por Gurgel Júnior fica mais evidente a partir da entrevista com o Diretor do Centro de Ciências da Saúde (CCS). É de conhecimento geral a disputa política, nesse período, entre a direção do CCS e a Reitoria, que de alguma maneira resvala para a direção do hospital. Por outro lado, observa-se uma ausência de um diálogo regular entre essas duas instâncias institucionais responsáveis pela produção da assistência, do ensino e da pesquisa. Assim, o Diretor do CCS chega a afirmar:

As ações do hospital, as programações dos projetos do hospital nunca foram discutidas com o CCS. Eles falam isoladamente, é como se fosse uma unidade inteiramente independente de tudo. O CCS colocou-se contrário ao PROHC, especialmente no que diz respeito às UF, porque esse projeto priorizava a assistência e deixava em segundo plano a parte acadêmica, e como nós somos os responsáveis pela área acadêmica da saúde, nós nos colocamos contrários e o nosso conselho departamental também (...). O modelo dessas unidades funcionais pode ser muito bom para uma estrutura não de ensino (...), pelo menos, dentro da conceituação, até onde nós fomos colocados a par da história. (...) houve muitas discussões em relação a isso e realmente esse projeto não vingou, pela própria essência dele não deu para ir adiante (Entrevista realizada pela autora no dia 18/09/2003).

O CCS não foi consultado. Nós é que nos antecipamos e colocamos a opinião quando ele foi apresentado, porque não foi discutido conosco nada. Não sei se foi discutido no hospital, nós não tomamos

conhecimento. (...) apenas fui chamado para receber, ouvir o pacote pronto. Nessa ocasião, ninguém pediu opinião, mas nós nos colocamos contrários a esse projeto (Entrevista realizada pela autora 18/09/2003).

Muito embora se possa pensar que essa tensão entre a direção do hospital e a direção do CCS seja um fato recente, ela remonta ao ano de 1980. Um interessante relato feito pelo Prof. Dr. Amaury Coutinho (1985, p. 180-9), renomado médico de Pernambuco e um dos principais incentivadores da criação no Nordeste do Programa de Residência Médica, mostra:

... que a história do Ensino Médico em Pernambuco, desde os seus primórdios (1920) está intrinsecamente ligada ao desempenho das atividades assistenciais dos hospitais da Santa Casa de Misericórdia do Recife e que essa integração se fez presente em todas as etapas da história do Curso de Medicina. Embora o Superintendente do hospital fosse escolhido e nomeado pelo Reitor, isso ocorria através de uma lista tríplice entre os docentes, eleita pelo Conselho de Planejamento. Havia, assim, uma integração harmônica entre o HCPE e a Faculdade de Medicina, embora crises financeiras assolassem freqüentemente o hospital.

Mesmo com a reforma universitária de 1975, em que a Faculdade de Medicina passou a integrar o Centro de Ciências da Saúde e o Hospital das Clínicas tornou-se órgão suplementar da universidade, as atividades de ensino exercidas no HCPE obedeciam aos dispositivos regimentais dos departamentos do Centro de Ciências da Saúde. Nessa época, o Diretor do CCS despachava três dias por semana no hospital, em gabinete comum com o Diretor do HCPE (COUTINHO, 1985, p. 179-180).

Em 1978, foi criado o Conselho Técnico Administrativo (CTA) do hospital, órgão superior, deliberativo, normativo e consultivo, existente até hoje. O Reitor era o Presidente e o Diretor do CCS, seu Vice-Presidente, ocorrendo reuniões freqüentes (COUTINHO, 1985, p. 180).

A partir de 1980, por indicação direta do Reitor, assume o cargo de Diretor do HCPE, pela primeira vez, um médico não pertencente aos quadros docentes. E mesmo com a iniciativa da direção do CCS e seus departamentos de dar um voto de confiança à nova direção do HCPE, houve um processo progressivo de afastamento. Inclusive a quase não existência de reuniões do órgão superior do hospital. Segundo o Diretor do CCS, à época, o Professor Amaury Coutinho, o autoritarismo da nova direção gerou um clima de desconfiança. Associado a isso, ocorreu de forma abrupta a transferência de todos os ambulatorios do velho Hospital Pedro II para o HC-Campus. O Reitor delega todo o processo de transferência ao Diretor do HCPE, afastando, ainda mais o CCS do processo, embora o novo hospital não dispusesse das condições adequadas para o funcionamento (COUTINHO, 1985, p. 180-1).

Em 1982, o Diretor do HCPE sugere outras medidas, entre as quais a separação do atendimento à clientela. Pela manhã seriam atendidos os indigentes e, à tarde, a clientela previdenciária e de pagantes, sendo também contratados médicos sem concurso. Entre os protestos realizados questionava-se como inadmissível pelo corpo docente que num Hospital Escola, *o aluno de medicina ou jovem médico, tivesse, no seu aprendizado a má atitude ética, aceitando a discriminação de atendimento de pacientes de acordo com o seu nível econômico*⁶ (COUTINHO, 1985, p. 184).

Além disso, o Reitor define uma Portaria Normativa, a no. 10/82, reformulando o CTA, com a exclusão do Diretor do CCS e do Coordenador do Ensino Médico e a representação docente, que passaria a ser indicada pelo próprio Reitor, e não eleitos. Entre os vários movimentos de docentes, estudantes e entidades o impasse só é em parte resolvido com a interferência do MEC, após entrega de documento formulado pelo Diretor do CCS e demais representantes de docentes, residentes e alunos ao Ministério da Educação. Com a vinda de representantes do MEC ao Estado, é assinado um protocolo pelo qual se modifica a composição do CTA, incluindo o CCS e demais representações. No mesmo dia da Portaria, a diretoria do HCPE pede demissão, sendo substituída por um docente do Departamento de Cirurgia (COUTINHO, 1985, p. 184-5).

⁶ Grifo da autora.

Portanto, embora o Diretor do CCS atual considere que não participou do processo do PROHC, ele continua tendo assento no CTA, um espaço legítimo que poderia ser mais bem utilizado pela direção do CCS.

Quanto à proposta organizacional defendida pelo PROHC, como modelo empreendedor, procurava fazer um contraponto com o modelo burocrático, que se considerava ser, naquele momento, o modelo de organização presente no HCPE.

O novo modelo teria como características: foco no cliente; orientado para resultados – metas; estrutura descentralizada e flexível; autonomia de gestão conforme os objetivos; controle social; responsabilidade de equipes; estruturada como unidades integradas; lideranças reconhecidas pela equipe; metas negociadas por unidades; controles imediatos sobre resultados; alto nível de informatização; gestão de excedentes pelas unidades; resultados partilhados pelas equipes (HCPEa, 1997, p. 13).

Para Merhy & Acciole (2003), já citados no Capítulo 2, uma das dificuldades a serem enfrentadas por esse tipo de organização refere-se não só ao modelo burocrático de instituição quanto à lógica “adocrática” preponderante na instituição, dificultando o desenvolvimento de projetos coletivos, que era uma das pretensões do PRO.

Para os formuladores da proposta, o novo modelo conceitual:

... não altera a finalidade social do hospital, nem seus objetivos organizacionais de ensino, pesquisa, extensão e assistência. Não altera sua clientela, não redefine sua natureza social, nem afeta as tarefas técnicas desenvolvidas no interior da instituição, mas afeta substancialmente a organização interna do hospital, produzindo transformações significativas (...) na formação institucional, na distribuição de responsabilidades, no relacionamento entre os atores organizacionais, na comunicação interna, e muitos outros (HCPEa, 1997, p. 15).

Além disso, o “hospital apresentaria uma estrutura simplificada, moderna, flexível e com apenas dois níveis hierárquicos: Diretoria e Unidades Funcionais” (HCPEa, 1997, p. 19). Segundo a proposta, embora cada UF tivesse um alto nível de liberdade,

estaria submetida a forças internas e externas pelos compromissos assumidos individual e coletivamente. Os elementos externos fazem parte dos componentes a serem quantificados e expressos pelo sistema de gestão de resultados (HCPEa, 1997, p. 31).

Propõe-se, ainda, o estabelecimento de compromisso por parte da Diretoria do Hospital de garantir para as UF a indicação de como devem ser investidas as parcelas de recursos excedentes, obtidas com a superação das metas previamente negociadas (HCPEa, 1997, p. 36-7).

Guimarães (2001, p. 170-1) aponta que as bases conceituais do projeto tiveram como referências, de um lado, o modelo utilizado, em meados da década de 70, para a reestruturação do hospital-escola Johns Hopkins (Baltimore, Estados Unidos), cujo cerne da questão era a necessidade de um efetivo controle dos custos hospitalares, e de outro, a incorporação de idéias presentes no Plano Diretor da Reforma do Estado e em outras elaborações governamentais sobre a reforma administrativa, inclusive a concepção de administração gerencial (GUIMARÃES, 2001, p. 173).

Desse modo, Guimarães (2001, p. 180-3) considera que o programa organizacional pretendia promover uma reestruturação interna do hospital que possibilitasse solucionar as seguintes questões:

Equacionamento dos problemas financeiros, através do controle dos custos de produção e da economia interna das UF, usando a flexibilização nas relações trabalhistas (contratação sem concurso); arrecadação de receitas próprias pela destinação de dois andares do hospital para o atendimento de pacientes de convênios privados; melhoria das condições de trabalho e melhoria salarial, por meio de pagamento de produtividade a professores e servidores do HCPE.

A criação das UF, ponto-chave da proposta, apontava para uma ampliação na participação de outros segmentos (enfermeiras, nutricionistas, assistentes sociais) no processo de tomada de decisão das atividades cotidianas do hospital que, conforme Guimarães (2001, p. 203), “implicava em uma nova repartição do poder no interior do hospital, com ganhos indiscutíveis para o conjunto dos servidores”.

Para Gurgel Júnior (1999, p. 91), o “modelo desenvolvido não prevê conflitos na implementação e não considera a diversidade de objetivos internos da instituição”. Nesse sentido, o autor considera inadequada a sua aplicação na realidade do HCPE, face aos múltiplos interesses dentro de corporações profissionais típicas das organizações complexas. Entretanto, dentro do próprio HCPE observam-se outras opiniões.

Para a coordenadora de enfermagem que, na época, estava como chefe da internação:

O PROHC tinha uma ideologia muito bonita, onde se tentou buscar toda a comunidade para elaborar um projeto junto. Então foram criados grupos, onde se buscou saber quais eram as necessidades de todo o hospital e de cada unidade que foi formada. As UF eram uma célula que representava o ambulatório e a internação, porque era desassociado. O processo começou com algumas dificuldades no sentido de que as pessoas se façam presente, não pode ser só enfermagem, não pode ser só os médicos etc. A direção procurou formar equipes de liderança, que dentro dessas unidades iriam definir com a sua comunidade: quais eram as atividades que você desenvolvia dentro da sua unidade; o que é que você pretendia acrescentar a isso; o quanto você podia produzir; a quantidade de pessoal que você tinha para isso, era uma auto-avaliação de cada unidade. E caminhou bem, foi havendo adesão gradativa, foi todo escrito, foi definido todo um planejamento. No final desse planejamento, era necessário o estabelecimento de um contrato gestor, entre as UF, a extensão, a Reitoria, o ministério etc E foi neste momento onde o projeto parou, houve uma expectativa muito grande, algumas, não todas as unidades, chegaram neste nível, mas aí não ocorreu, cadê o momento de consolidação, pois não houve condições financeiras de se viabilizar a proposta. A interrupção da proposta leva a gente a se preocupar muito, pois atinge a questão da credibilidade. Aí então a comunidade passa a não ter a segurança de que a coisa vai chegar ao seu desfecho final (Entrevista realizada pela autora em 19/12/2003).

Eu acredito que o maior fator foi o CCS não apoiar o projeto. Porque se isso tivesse acontecido, as pessoas veriam que o projeto era viável,

que trazia um benefício para a comunidade e aí iriam aderindo. Claro que tinha pessoas que tinham resistência. Isso faz parte da nossa realidade, enquanto instituição, é um impasse difícil de se resolver. Porque o hospital ele não tem gestão sob o professor que está aqui, ele depende do professor, que tem os residentes junto com ele, tem esse nível de dependência, tanto o hospital depende deles como eles dependem do hospital. Então, apesar dessa interdependência, existe uma coisa que, a nível oficial, onde o gestor do hospital não tem a gestão dos professores. Diante disso, qualquer projeto que não tenha essa adesão, obviamente, vai ter grandes problemas. Agora, eu não acredito que professor nenhum da instituição, ao ver que o projeto esta funcionando bem, eles não quisessem se incorporar, pois era muito interessante (Entrevista realizada pela autora em 19/12/2003).

A Enfermagem foi o grupo que realmente vestiu a camisa, queria que a coisa realmente acontecesse. A gente viu uma possibilidade de caminhar dentro de uma gestão participativa. A Enfermagem teve uma participação enorme dentro desse projeto, todas as unidades tinham enfermeira na equipe de liderança. Se tivesse em todas as unidades, um médico, um professor também e não tivesse os outros profissionais, a gente com certeza não teria sucesso. Nós tínhamos assistentes sociais, tínhamos adesão grande dos médicos, assim, dos médicos que não são professores, que são técnicos administrativos, tínhamos de alguns professores uma adesão significativa, embora não tivéssemos de todos (Entrevista realizada pela autora em 19/12/2003).

Eu posso citar duas unidades que chegaram, praticamente, ao finalmente: foi a cirurgia geral e a traumato-ortopedia. Acredito que existia o envolvimento do professor das duas unidades. Mas eu acredito que se tivesse caminhado teria a adesão posterior, porque tem aquela coisa, vem projeto, vem uma idéia, vem outra, se não se concretiza uma e duas, você passa a não acreditar. Ah, eu já vi essa história antes! (Entrevista realizada pela autora em 19/12/2003)

Para os dirigentes do DA de Medicina, o PROHC era um programa para aumentar a auto-estima dos funcionários e melhorar a infra-estrutura, embora não estivessem muito por dentro da discussão (Entrevista realizada pela autora em 31/10/2003).

Muito embora tenham ocorrido debates, internamente, acerca do papel dos hospitais universitários no SUS, tendo como referência a NOB-96, onde se explicita a vocação terciária dos HU e o seu papel de referência estadual dentro do sistema, implicando na revisão da formação e dos currículos do ensino em saúde, para Gurgel Júnior (1999, p. 77) “esse tema foi pouco trabalhado na concepção do programa”.

Além da avaliação sobre os conceitos em que se baseia o programa e a pertinência dos mesmos na realidade do HCPE, o desenvolvimento do PROHC enfrentou, desde o seu início, uma série de resistências, levando à realização de algumas adequações durante o processo até a sua interrupção e posterior mudança da direção do hospital.

5.1.3- Resistências ao programa e atores envolvidos

O processo de desenvolvimento do PROHC passou por dois momentos de formulação. Um primeiro, onde as idéias de transformação do HCPE em organização social foram mais presentes. E um segundo, onde, em virtude das resistências ocorridas, buscou-se caracterizar o programa desvinculado dessa proposição.

Durante a fase de divulgação da proposta, “foram realizados diversos encontros, com professores, servidores técnico-administrativos, não só no HCPE como também nos diversos departamentos do CCS com o objetivo de expor os novos elementos básicos do modelo organizacional” (GUIMARÃES, 2001, P. 176). Todavia, apesar disso, “o programa foi conduzido sem a aprovação dos fóruns internos da universidade, mantendo um caráter informal” (GURGEL JÚNIOR, 1999, p. 85).

A restrição do espaço de discussão inicial e os ruídos institucionais sobre a proposta de reforma foram alguns dos elementos que contribuíram para que, no momento destinado ao debate do programa, já existisse um forte clima de desconfiança em relação ao mesmo por parte do sindicato dos servidores técnico-administrativos da UFPE (SINTUFEPE) e das entidades estudantis. Na visão dessas entidades, o programa proposto representava um ensaio para a privatização do Hospital das Clínicas ou sinalizava como uma preparação para torná-lo uma organização social (GUIMARÃES, 2001, p.176;

GURGEL JÚNIOR, 1999, p. 85). Essa visão se opõe à exposta pela coordenação de enfermagem (*op. cit.*, p. 118).

É importante, todavia, verificar que, independente da proposta de reforma organizacional, a relação entre sindicato dos servidores e entidades estudantis e a direção hospitalar, que simboliza a presença da Reitoria, tem sido permeada por conflitos, em virtude de muitas vezes ocuparem pólos de interesses opostos nos debates sobre os rumos da universidade e do hospital.

Apesar das tentativas da direção hospitalar de desvincular o conteúdo da proposta do PROHC referente à organização social questionado pelas entidades, inclusive negando essa relação, Guimarães (2001, p. 182) assinala que:

... o grau de desconfiança já instituído sobre os objetivos da direção levou à manutenção da estratégia prevalecente de não-cooperação adotada pelos atores, particularmente no movimento sindical. A desconfiança era, inclusive, fortalecida, em virtude de, naquele momento, encontrarem-se em reforma dois andares do HCPE, destinados a usuários portadores de planos de saúde.

Entretanto, segundo Gurgel Júnior (1999, p. 85):

... embora a direção do HCPE tenha se posicionado formalmente contra esse conteúdo da reforma, não deixou claro o que seria o HCPE após a mudança organizacional, uma vez que as alternativas de natureza jurídica não foram discutidas e nem amadurecidas na proposta do novo regimento, o qual, também, não foi priorizado em função da filosofia do modelo que pressupõe a diminuição de normas e regras. Ao longo dos seus três anos de existência, o PROHC não foi homologado pelas instâncias competentes da Universidade.

Observa-se que esse debate fazia parte do cenário nacional, visto que o lançamento do Plano Diretor da Reforma foi em novembro de 1995 e a Diretoria do HCPE assumiu em 1996. As reações apresentavam-se em vários níveis institucionais e externos, uma vez que existia um forte combate à privatização das universidades públicas, sendo a

mudança da natureza jurídica do órgão um dos aspectos mais atacados da proposta das Organizações Sociais (GUIMARÃES, 2001, p. 178; GURGEL JÚNIOR, 1999, p. 86).

Dessa forma, constata-se que os questionamentos do cenário nacional já estavam também absorvidos por parte da representação dos servidores, inclusive com preocupações quanto à competência sobre a condução do projeto e à sua própria legitimidade.

Guimarães (2001, p. 180-1) observa que:

... faltou, por parte da Direção do HCPE e da consultoria, uma análise mais acurada da realidade organizacional do HCPE e da universidade, e os mesmos ou não tinham a dimensão da rejeição à idéia das Organizações Sociais ou, se tinham, menosprezavam o poder de mobilização e de crítica da comunidade universitária.

Outro nível de embates é apontado por Gurgel Júnior (1999, p. 86) quando destaca que “as equipes de liderança eram questionadas, com frequência, pelos professores quanto à sua legalidade, e a direção e a consultoria não administravam os conflitos, na expectativa de que as unidades funcionais encontrassem seu próprio caminho”.

Sobre o mesmo ponto, o representante dos residentes se posiciona da seguinte forma:

... o que a gente viu foi uma perspectiva de funcionar muito boa, só que na prática isso exige grandes mudanças. As unidades funcionais eram como se fossem descentralizar o HCPE, mas nunca funcionaram. A proposta envolvia desde os preceptores da gente até as equipes de auxílio (Entrevista realizada pela autora em 23/10/2003).

A unidade funcional ia desvincular o Núcleo de Apoio Administrativo (NAA), que a gente chama agora o serviço de grupo de apoio administrativo, da chefia do setor de administração. Os funcionários administrativos iam ficar vinculados à unidade funcional. A chefia desse setor administrativo foi contra porque achava que ia perder força (Entrevista realizada pela autora em 23/10/2003).

Em outros setores, alguma pessoas do *staff*, quando viram as UF, eles acharam que iam perder poder e deixaram de participar, foi uma coisa mais geral, não existia um grupo isolado de resistência. No final das contas não conseguiu ser implantado (Entrevista realizada pela autora em 23/10/2003).

O processo de mudança do PROHC, segundo Guimarães (2001, p. 191-2), “assentou-se no voluntarismo. Acreditou-se que o instituinte (Unidades Funcionais), mesmo sem negar as regras e as normas existentes, poderia assimilar e transformar o instituído (os serviços e suas chefias)”.

Entretanto, resalte-se que a direção do HCPE, a consultoria e os coordenadores elaboraram uma proposta de regimento interno para o hospital que nunca chegou a ser discutida pela procuradoria nem entrou na pauta da Reitoria (GUIMARÃES, 2001, p. 192).

Para viabilizar o novo modelo, Guimarães (2001, p. 183) registra que:

... era fundamental a constituição de duas cooperativas: uma de médicos e outra de funcionários do HCPE. Embora se tenha elaborado uma proposta de regimento da “Cooperativa dos Médicos do HCPE”, não se conseguiu efetivá-la. Para o consultor, na época, faltou a base legal para a constituição das cooperativas.

Devido à impossibilidade de se instituir as cooperativas, a alternativa do HCPE foi manter o convênio, já existente, com a Fade (Fundação de Apoio ao Desenvolvimento da UFPE).

O tema das *fundações* (já referido no Capítulo 4, p. 86) reveste-se de questionamentos. Segundo os depoimentos das entidades de servidores e docentes, citados por Guimarães (2001, p. 185):

Embora a crítica se faça à criação de uma entidade privada para gerir o dinheiro público, o questionamento também diz respeito à forma de controle sobre o destino dos recursos públicos, uma vez que não existe uma instância de fiscalização compartilhada dentro da universidade.

De acordo com Gurgel Júnior (1999, p. 84-8), as relações de flexibilização administrativa propostas ocorreram a partir da Fade, a Fundação de Apoio da Universidade, em múltiplos aspectos da administração, desde o manuseio dos recursos do SUS à flexibilização dos contratos de pessoal.

Com relação à questão financeira, o hospital apresentava uma total dependência de recursos do governo federal. Para os órgãos enquadrados no chamado setor não-exclusivo do Estado, a reforma gerencial enfatizava a necessidade de obtenção de outras fontes de receita extra-orçamentária. Nesse sentido, Guimarães (2001, p. 214) aponta que, “na proposta do PROHC, foi adotada essa perspectiva e procurou-se desenvolver estratégias organizacionais que possibilitassem auferir renda com a venda de seus serviços e produtos”.

Um lado dessa questão era a definição do uso dos leitos para a realização de convênios privados, configurando outro ponto de resistência em relação à proposta. Essa idéia, entretanto, não chegou a se consolidar, embora exista uma estrutura de dois andares prevista para este fim. O Ministério Público não permitiu seu funcionamento, considerando inconstitucional oferecer serviços de atendimento privado em um hospital público (fato já comentado nos Capítulos 2 e 4).

A natureza jurídica do HCPE, em muitos aspectos, para Gurgel Júnior (1999, p. 97), “é um impedimento às propostas de gestão financeira do PROHC, dada a sua condição de órgão público submetido às exigências legais rígidas, tanto para a privatização de leitos quanto, inclusive, para o pagamento de produtividade”. Muito embora se possa não concordar com o aspecto da privatização de leitos do HCPE, é importante ressaltar, como já citado em capítulos anteriores, que muitos hospitais no país, mesmo apresentando a mesma condição jurídica do HCPE, já implantaram essas medidas, inclusive em hospitais com vinculação direta à União.

Por outro lado, o conceito de unidade funcional implicava em um maior envolvimento dos professores nas atividades hospitalares, uma vez que a nova forma de trabalho tinha como base a equipe multiprofissional e não mais as categorias profissionais. Além do mais, cada equipe deveria definir suas metas de ensino, pesquisa, extensão e

assistência (neste caso em consonância com a direção hospitalar) por UF. Para Guimarães (2001, p. 188-190), “as mudanças propostas afetavam fundamentalmente a área de ensino, com fortes repercussões na relação entre ensino e assistência. Parte do corpo docente reagiu, não aceitando aquilo que, na visão dos docentes, era uma “intromissão na atividade da docência”.

Para Gurgel Júnior (1999, p. 86), “os diversos grupos de profissionais, com contratos de trabalho distintos, apresentavam interesses divergentes, inclusive dentro da mesma categoria profissional, o que gerou inúmeros conflitos na constituição das unidades funcionais”.

Assim, entre os servidores da saúde, distingue-se o papel desempenhado pelos *professores de medicina e os médicos* que, na percepção de Guimarães (2001, p. 205-6), seriam os mais afetados pela implantação da proposta. “A forma de resistência à proposta desses profissionais, de maneira diferenciada dos demais servidores, caracterizou-se por uma não-participação, o não-envolvimento nas discussões sobre os destinos da organização, representando a negação do exercício da crítica e do debate”. Para Guimarães, essa é uma das explicações para o fracasso do Programa.

Essa posição, assumida pelos profissionais médicos frente a processos de mudanças institucionais, tem sido detectada por outros estudos. O próprio Guimarães (2001, p. 205) cita os estudos realizados por Cecílio, “quando esse autor assinala que os médicos simplesmente ignoram essas tentativas e continuam a seguir a rotina com uma prática autônoma, sem subordinação real a nenhuma linha hierárquica, descomprometida com a equipe e com as diretrizes da organização”.

Quanto à resistência dos profissionais médicos em relação ao PROHC, o Diretor do CCS faz as seguintes observações:

Nós temos, dentro do hospital, duas estruturas: a acadêmica e a de serviço. A acadêmica é a disciplina e a da assistência é o serviço, sendo intimamente ligada uma coisa com a outra. Então, o coordenador da disciplina, o professor titular da disciplina aqui, ele é o chefe do serviço. É a mesma pessoa, havendo uma integração

maior. O que aconteceu com a unidade funcional que gerou essa resistência? A unidade funcional quebrou esse vínculo, talvez tenha sido a forma de ter sido feita, de ter sido implementada. A disciplina ficou num canto e a unidade funcional no outro. No momento que você quebra esse vínculo, não é o problema do poder, e é de uma certa forma. Isso aqui é uma instância de poder, mas não é só isso, é que a disciplina aqui, ela ficou meio perdida entre as unidades funcionais e aí estava havendo dificuldade em relação à prática de ensino. Talvez se a unidade funcional, fosse de outra forma, poderia até ter tido um papel importante. Mas aquilo que eu falei, ela priorizou a assistência em detrimento do ensino. Isso foi contestado, mas chegar a ponto de dizer assim: bom... a unidade funcional é que decide quantos alunos vão entrar aqui para ter aula... e aí houve uma resistência enorme, porque isso aqui não tem, o fluxo é contínuo, não tem limitação, tem limitação pela própria natureza do serviço, as limitações éticas, você não vai botar trezentos estudantes junto com um doente só, mas as limitações éticas da própria prática profissional, mas aqui havia limitações funcionais, administrativas e aí foi que houve essa resistência (Entrevista realizada pela autora em 18/09/2003).

A relação entre os professores e o HCPE não é bem definida. Segundo Gurgel Júnior, entrevistado por Guimarães (2001, p. 188), “a não-participação dos professores nas atividades hospitalares constitui um problema comum à maioria dos hospitais universitários”.

Para Guimarães e Gurgel Júnior, essa questão é bem mais séria do que apenas o não-envolvimento dos professores com a operacionalização do hospital. Os autores advertem no sentido de uma resistência ao próprio funcionamento do hospital. Essa resistência, que Gurgel Júnior (1999, p. 116) definiu como passiva, Guimarães (2001, p. 189) considera que não se resume apenas a um comportamento não-cooperativo, mas aponta para ação contrária, embora não verbalizada, mas materializada no boicote deliberado e sistemático.

Gurgel Júnior (1999, p. 121) assinala que:

Do ponto de vista dos objetivos educacionais, a entrada de cooperativas e outras modalidades de prestadoras de serviços, sem correspondente atividade reguladora acadêmica, com requisitos mínimos de controle dessa participação pelos setores responsáveis pelos programas de graduação e pós-graduação realizado pelos departamentos de ensino, tem um grande potencial de comprometimento do padrão de qualidade exigido pela escola.

Um outro aspecto da questão, ressaltado por Guimarães (2001, p. 201-2) é que:

No caso de hospitais, o ambiente democrático e descentralizado é, em larga medida, uma exclusividade médica. As outras profissões não gozam do mesmo prestígio e influência quanto os médicos. Em organizações hospitalares, os professores de Medicina e médicos são os principais atores do processo de tomada de decisão no que se refere ao tratamento dos pacientes. É deles a última palavra

Muito embora sejam apontadas essas resistências, é importante destacar que a proposta teve momentos de apoio. No que se refere ao posicionamento de *atores mais diretamente vinculados à atividade hospitalar*, embora tenham ocorrido manifestações de oposição às propostas de mudança institucional, através dos tradicionais métodos de protestos, mobilizados pela *representação sindical*, Guimarães (2001, p. 186-8) considera que “estes movimentos não se mostraram eficazes na ação de impedir a implementação do PROHC, pois uma parte significativa dos *servidores* apoiou a iniciativa reformista”.

Os argumentos apresentados por Guimarães (2001, p. 187-8) são que:

Em primeiro lugar, havia por parte dos servidores técnico-administrativos do HCPE uma simpatia pelo projeto; segundo, o PROHC acenava para possíveis ganhos financeiros, em um contexto de congelamento salarial no setor público; terceiro, havia efetivamente o interesse em fazer com que o HCPE funcionasse melhor, que isso se traduzisse em melhores condições de trabalho.

Todavia, embora Guimarães (2001, p. 187) aponte a concordância de grande parte dos servidores (não-médicos) em relação à proposta, verifica-se também que a direção “fazia o seu papel” na desmobilização das reivindicações. Na entrevista realizada pelo próprio autor com o dirigente sindical, observam-se as estratégias utilizadas pela direção do hospital, buscando desmobilizar as convocações sindicais, quando o dirigente afirma que “... sempre que buscávamos construir alguma mobilização entre os servidores, a direção do hospital marcava uma atividade no mesmo horário”.

Guimarães (2001, p. 207) acrescenta que:

Reformas são momentos de desinstitucionalização, de mudança nas “regras do jogo”, gerando incertezas e perplexidades nos atores. Nesse sentido, coloca a necessidade dos processos serem institucionalizados de maneira que as incertezas e dúvidas sejam diminuídas ou mesmo dissipadas, podendo obter uma maior cooperação dos atores envolvidos. Todavia, no caso do HCPE, os reformadores não dispunham dos meios necessários para obter a cooperação dos atores estratégicos.

Quanto aos *atores que compõem o ambiente institucional* da universidade, o *Diretor do Centro de Ciências da Saúde (CCS)*, que representa a parcela de professores médicos do HCPE, foi um dos que se posicionou, em jornal do Conselho Regional de Medicina, criticando a transformação do HCPE em OS. O diretor manifestou discordância, embora reconhecendo a necessidade de modernização do hospital, mas não isoladamente através de OS, para não desfigurar o cumprimento das funções de ensino. Portanto, um importante núcleo de resistência localizava-se entre os professores do CCS, especificamente dos departamentos das Ciências Médicas (GUIMARÃES, 2001, P. 179).

Em entrevista com o Diretor do CCS, ele faz as seguintes observações:

Um grave problema da unidade funcional é o aspecto comercial da história, porque a unidade funcional tinha que produzir, era quase como uma unidade de negócio, mas todas elas eram deficitárias, porque toda vez faltava alguma coisa” (Entrevista realizada pela autora em 18/09/2003).

Já no caso da inserção do HCPE no SUS, como prestador de serviço, para Gurgel Júnior (1999, p. 78-79), ocorre na prática de forma semelhante à rede privada complementar, sem uma participação efetiva e formal no seu processo de gestão.

Somado a esse quadro de disputas internas ao hospital e à universidade, um outro cenário local e nacional contribuía para reforçar os questionamentos sobre a proposta.

No plano local, quanto aos *atores externos que desempenham seu papel*, o Conselho Regional de Medicina de Pernambuco (CREMEPE), como entidade do setor saúde, também funcionou como um opositor à proposta. Guimarães e Gurgel Júnior citam editoriais do jornal dessa entidade, durante o período, onde são feitas críticas ao Projeto de Organizações Sociais (2001, 1999).

Entre os *atores externos nacionais*, que se posicionavam contra a proposta de OS para as áreas de saúde e educação, Guimarães (2001, p. 178-180) cita:

As duras críticas feitas pelas Instituições Federais de Ensino Superior em artigos acadêmicos, em material produzido pelo movimento sindical (panfletos, cartilhas), além de artigos publicados em jornais; o Conselho Nacional de Saúde (CNS), em 1997, divulgou documento reprovando, de maneira incisiva, a idéia; a Associação Brasileira de Diretores de Hospitais Universitários e de Ensino também rejeitou a proposta.

A *população (usuária)*, por outro lado, enquanto “sujeito-objeto” das ações de saúde, tem estado ausente desses debates.

Por fim, em dezembro de 1999, o reitor da UFPE instituiu a Diretoria de Controladoria no HCPE. A decisão de criar uma Diretoria de Controladoria foi tomada após auditorias realizadas no almoxarifado do HCPE, além da verificação de inadimplência com fornecedores e a descontinuidade das ações de recursos humanos (GUIMARÃES, 2001, p. 192).

Para o Presidente da ADUFEPE, que participou na época dessa discussão:

O Reitor pega o ex-Pró-Reitor Administrativo dele e manda como controlador, que era uma pessoa estranha à administração do hospital, ele começou a mexer na administração do hospital, tomar conta da própria alimentação do hospital (...). Ele começou a ter problemas com os médicos e os médicos foram lá junto ao Reitor e pediram para tirá-lo de lá. Então, o Reitor tirou. Ele fez um relatório e entregou ao Reitor, onde faz um diagnóstico da situação. Nessa altura, toda a equipe dele caiu e aí vai para dentro do sindicato, da ADUFEPE. (...) eles trouxeram um calhamaço cheio de notas fiscais, dizendo que havia irregularidades. (...) o advogado deu uma solução que a gente achou muito boa: faz uma cartinha e entrega no Ministério Público Federal, porque a ele cabe resolver o problema. O Ministério Público foi, ouviu a universidade, ouviu o hospital, ouviu todo mundo, depois mandaram para o juiz (Entrevista realizada pela autora em 03/10/2003).

Primeira coisa era esse setor de Diagimagem. O hospital repassa o dinheiro do SUS para a FADE, que é uma fundação privada, contratar funcionários e outras coisas, inclusive, pagar um leasing, que foi feito para comprar esses equipamentos. O Tribunal de Contas já tinha dito, anteriormente, que não podia passar o dinheiro do SUS para dentro da FADE. Eles montaram no hospital uma coisa de primeiro mundo, que sabemos que é uma coisa fundamental para o ensino. Então, do ponto de vista social, isso era extremamente importante. Entretanto, no que o dólar vai crescendo, o dinheiro que o próprio equipamento gerava não pagava o leasing, aí a Universidade começou a pegar dinheiro do SUS, que era para outras coisas, foi para pagar o leasing. Então, aquilo ali criou um verdadeiro buraco sem fundo. Aí o juiz foi e disse: vocês não podem fazer isso, você fez um compromisso de boca, mas escreveu no papel que era bom, então, se o negócio não deu certo, a FADE que vá resolver esse problema. O Juiz abriu um inquérito na Polícia Federal, esse inquérito existe, para responsabilizar o para trás. Isso é um retrato da crise (Entrevista realizada pela autora em 03/10/2003).

Aí, num sábado de carnaval, chega lá um caminhão, com uma ordem de um juiz de São Paulo e carimbado por um juiz daqui, vieram para dentro do hospital, (...) e pegaram parte do equipamento, botaram dentro do caminhão e levaram. Por essa situação a ADUFEPE, teve que pagar um preço político, que o sindicato teve que engolir, pois o que comentam é que a ADUFEPE foi lá e fez com que o curso diminuísse de qualidade e que os pobres doentes fossem morrer (Entrevista realizada pela autora em 03/10/2003).

O Presidente do Sindicato dos Médicos, embora não tenha um conhecimento da proposta do PROHC como um todo, analisa o programa a partir da instalação da Controladoria, fazendo os seguintes comentários:

Sobre o PROHC, realmente eu tenho muito pouco a falar, já que é uma coisa de reorganização. Já a Controladoria, para mim foi um desastre, porque ela tinha um técnico, que não tinha conhecimento das questões de saúde e das necessidades que o hospital atendia, ela via só a questão econômica mesmo (...). Na verdade, atrapalhou muito a gestão. Tanto que existiam problemas até éticos mesmo, do ponto de vista de alguns setores do hospital chegarem a procurar o Sindicato e a gente teve que procurar o abrigo do Conselho Regional de Medicina, naquela época, e há um processo em curso, hoje, sobre aquela questão (Entrevista realizada pela autora em 26/09/2003).

Uma crise enorme se estabeleceu. Os médicos residentes fizeram uma denúncia, que mortes estavam ocorrendo por falta de carro de parada, por falta de material básico de ressuscitação e aí quando a gente procurava a direção, ela dizia: a Controladoria é quem está fazendo o controle do que entra e do que sai no hospital, porque ela era uma coisa que estava entre a Reitoria e a direção do hospital. Então, na verdade, os pacientes estavam morrendo, e quem responde é o médico, não é a Controladoria. É uma dificuldade que houve naquele momento de gestão (Entrevista realizada pela autora em 26/09/2003).

No início do ano 2001, nova Diretoria foi empossada no HCPE. Esse ato administrativo, conforme analisa Guimarães (2001, 192-3), na realidade, representou uma intervenção no HCPE, mudando de maneira significativa a trajetória proposta. Se até dezembro de 1999 foi o período em que o programa procurava se viabilizar, o saldo do ano 2000 foram os impasses políticos entre a Direção do HCPE, a Controladoria e a Reitoria.

Pelo exposto, é possível, além de verificar diferenças quanto à forma de atuar frente às mudanças, por parte da representação sindical e dos profissionais médicos, identificar distinções nos conteúdos das discordâncias. Assim, observa-se que o movimento da representação sindical estava mais concentrado no aspecto da privatização do hospital e das suas conseqüências na atenção aos usuários e nas perdas individuais e coletivas que poderiam ocasionar para os servidores. Já os profissionais médicos discordavam das mudanças no processo de trabalho e possíveis perdas de poder ocasionadas pelas mesmas. Daí talvez se explique, em parte, a visualização de ganhos pelos servidores, em geral, independente da visão da representação sindical. E do lado dos profissionais médicos, pouca preocupação com o aspecto da privatização, uma vez que, conforme apontado por Guimarães, “a quase totalidade dos profissionais médicos do HCPE tem um segundo emprego, em geral na iniciativa privada” (2001, p. 218).

Todavia, o que vale destacar, de forma geral, enquanto medidas adotadas pela gestão, é que ela partiu de um diagnóstico de crise organizacional, onde além dos questionamentos dos processos gerenciais instituídos e do processo de trabalho existente, especificamente da categoria médica, salientava-se a gravidade da crise financeira que o hospital atravessava. Na verdade, a direção adotou várias medidas visando solucionar o problema financeiro do hospital. Embora não discordando que a questão financeira tem que ser tratada, a gestão realizou uma série de movimentos simultâneos, sem realizar uma análise estratégica da realidade. Então, se por um lado, introduziu a *proposta de UF*, que tinha uma aceitação em uma parcela de servidores, por outro sinalizou com a *privatização de parte dos leitos* do hospital, que não teria a aderência de alguns desses servidores que em princípio seriam seus aliados. A *aquisição de equipamentos de alto custo*, esperando com isso um retorno financeiro para o hospital pela venda de serviços a terceiros, foi uma aposta mal feita, agravando a situação da instituição do ponto de vista financeiro, quando o

objetivo era ser uma solução. Desse modo, em alguns momentos da análise, essas três medidas se entrecruzam, sem ficar muito claro, as discordâncias dos atores em relação a que questões, pois dependendo do ponto do observador, algumas coisas são problemas e outras são soluções. Do ponto de vista da Direção do CCS, não fica claro o quanto de fato ela conhecia do projeto das UF para poder tomar ou não uma posição. Por outro lado, a direção hospitalar não define claramente a questão do ensino no projeto.

Assim, além das outras medidas já citadas, e independente de se afirmar se o projeto proposto era o mais indicado para a situação vivida pelo hospital, naquele momento, os fatos corroboram a discussão levantada nos Capítulos 1 e 2, quando se assumiu que não existia uma crise *de fato* nos hospitais universitários. O que se constata é uma tensão entre a direção hospitalar e a direção do CCS, que não é recente, e é impeditiva do desenvolvimento de projetos, inclusive de se poder afirmar que os médicos docentes apoiariam ou não o projeto. Além do mais, é importante ressaltar que a resistência ocorrida no HCPE, mesmo incorporando um componente conservador por parte de alguns docentes, pode ser vista, dependendo do observador, como um processo institucional legítimo de resistência, por parte dos servidores e alguns dirigentes, às correntes privatizantes que se encontravam em curso no país naquele momento.

5.2- PERÍODO INÍCIO DE 2001 – SETEMBRO DE 2003: FOCO NA ACREDITAÇÃO HOSPITALAR

“A busca da qualidade dos serviços de saúde tornou-se uma necessidade de sobrevivência, além de um imperativo técnico e social” (HCPEh, 2002, p. 3).

O que se pretende neste item é resgatar a trajetória organizacional mais recente, dando ênfase às medidas adotadas pela gestão do HCPE no período, que concentrou sua atuação na realização de avaliações e definição de medidas gerais para reequilibrar o hospital, que vinha das dificuldades já referidas anteriormente.

5.2.1- Levantamento de problemas, proposições e definição de estratégias

O ano de 2000 no HCPE pode ser considerado o “ano perdido”. A crise que se instalou no hospital, que inicialmente tinha um caráter mais político, pelas discordâncias e desconfiças em relação ao projeto institucional, tomou conotações administrativas e legais. Em virtude de questionamentos feitos pelo Ministério Público e também pela pressão das entidades de servidores e professores, o Reitor realizou um processo de intervenção no HCPE, caracterizado pela criação da Controladoria, que funcionava em paralelo à direção do hospital. Esse fato acabou por gerar vários impasses, levando à insustentabilidade do Programa de Renovação Organizacional.

Portanto, o que marcou aquele ano foi o clima de tensão existente entre os vários atores envolvidos no processo. Chama atenção o fato da inexistência de um outro projeto para por no lugar, visto que a direção hospitalar é nomeada pela Reitoria, cujo projeto se encontrava em questionamento, e as entidades de representação nunca tiveram o papel de formular uma proposta para o hospital, permanecendo, no mais das vezes, na trincheira crítica de resistência às propostas formuladas em consonância com a Reitoria.

Desse modo, após um final conturbado da gestão anterior, no início de 2001 assume uma nova direção do HCPE, com um novo Diretor Superintendente que pertence ao mesmo grupo do Reitor, à época.⁷

O ano de 2001, para a nova gestão, foi dedicado à realização de alguns movimentos, tais como: elaboração de diagnóstico avaliativo sobre o hospital; realização de contatos nacionais buscando inserir o HCPE no processo de acreditação hospitalar; estabelecimento de colaborações com instituições nacionais (pessoal técnico do Hospital das Clínicas de Porto Alegre) e com um órgão internacional (Consórcio de Barcelona), no plano da consultoria, visando proceder a uma avaliação externa do hospital no sentido da sua reestruturação; realização de seminários com participação interna e externa; contatos com a direção do SUS estadual, no sentido de rever as bases do convênio, entre outros movimentos.

⁷ O Diretor Superintendente do Hospital das Clínicas, até o meados de novembro de 2003, foi o Dr. Éfrem de Aguiar Maranhão, ex-Reitor da UFPE e ex-Secretário Estadual de Educação de Pernambuco.

Entretanto, devido, provavelmente, à situação crítica, inclusive do ponto de vista das relações internas ao hospital, o comportamento da nova direção foi mais cauteloso quanto à formulação de propostas, buscando apoios mais referendados dentro do campo da saúde e educação no âmbito nacional.

O diagnóstico realizado pela gestão nesse período sobre a situação do hospital não difere muito da avaliação do período anterior, com a diferença do agravamento dos problemas. As diferenças parecem ser, em parte, nos caminhos traçados, no maior detalhamento de alguns problemas e soluções. Embora se observe mais adiante que, com relação a alguns aspectos, a conduta pode ser diferenciada mas as bases de pensamento são semelhantes, quando não as mesmas.

Uma das primeiras iniciativas tomadas pela direção foi um convite, feito pelo Diretor, ao Hospital das Clínicas de Porto Alegre (HCPA), visando estabelecer uma parceria de apoio à reestruturação do hospital.

Em relatório (2001) sobre a visita ao HCPE, em nome do HCPA, que se coloca como instituição colaboradora, são levantadas algumas questões, consideradas pelos formuladores como propostas pontuais, visto o pouco tempo de observação local.

O estudo dos problemas foi desenvolvido através grupos de trabalho, sendo priorizadas as seguintes áreas: sistemas informatizados; contas; Serviço de Assistência Médica e Estatística (SAME); admissão; Núcleo de Apoio Administrativo (NAA); almoxarifado; compras; Diagimagem. O relatório apontava, ainda, a necessidade da ida de alguns membros do HCPE ao hospital de Porto Alegre, para observação e acompanhamento das rotinas (HCPA, 2001, p. 1).

Os grupos de trabalho assinalaram questões e algumas sugestões nas várias áreas, como conclusões preliminares, que serão sintetizadas a seguir.

O *setor de informática* encontra-se, ainda, em estágio inicial tanto no nível de equipamentos, equipes e sistemas, embora já estivesse em formação um grupo, com o apoio do Centro de Informática da UFPE, preparando um conjunto de informações gerenciais básicas (HCPA, 2001, p. 2). Para as *atividades meio*, consideradas áreas de integração no

hospital, propõe-se criar mecanismos de controle e alarme, visando reduzir despesas. Para as *atividades fins*, de apoio aos profissionais de saúde, propõe-se a utilização dos sistemas do HCPA, incorporando, também, os indicadores de gestão. Em relação, ainda, ao trabalho integrado, sugere-se a discussão sobre a telemedicina, videoconferência e segunda opinião médica. Como uma das sugestões finais, a proposta é que se inicie a transferência de sistemas pelo módulo de materiais (compras e estoques), por ser mais independente. Ressalta-se, ainda, que os sistemas burocráticos do HCPE terão que se adaptar aos do HCPA (HCPA, p. 2).

Com relação ao *setor de contas, NAA, SAME e admissão*, sugere-se a integração do sistema já existente hoje no SAME com o de contas, NAA e admissão (cadastro de pacientes, abertura de prontuários, registro de internação e marcação de consultas), além de outras medidas. Seria, também, necessário estabelecer uma chefia única para o controle do processo de fluxo de pacientes, integrando as quatro áreas de atividades (HCPA, p. 3).

Verificou-se, também, a necessidade de estabelecimento de *critérios para ocupação dos consultórios*, onde ficaram definidas várias medidas a serem encaminhadas. Definiu-se, também a necessidade de criar um *sistema de referência para internações dos pacientes em cada especialidade*, sem determinar leitos específicos, sendo a distribuição gerenciada administrativamente, conforme a demanda. Quanto ao *SUS*, propõe-se que sejam feitas articulações com o gestor estadual para *aprimoramento dos tetos físicos e orçamentários*. Aponta-se, ainda, a necessidade de analisar, adaptar e cadastrar junto ao SUS alguns tipos de leitos. Além desses, ficaram pendentes alguns temas a serem analisados posteriormente em relação a prontuários de pacientes, cobrança de alguns procedimentos etc (HCPA, p. 3-4).

Com relação às áreas de *almoxarifado e compras*, viu-se a necessidade de reorganização desses setores com relação ao abastecimento e à *definição dos pontos de reposição e estoques* (HCPA, p. 4).

Quanto ao *setor de Diagimagem*, foram feitas várias sugestões como: ampliar o atendimento de alguns exames; implantação de protocolos; abertura a convênios e particulares para a realização da ressonância magnética; verificar horário de funcionamento da oferta de exames; reavaliação de contratos; entre outros (HCPA, 2001, p. 5).

Como sugestões gerais para melhorias no gerenciamento do hospital propõe-se: “definição do organograma funcional da instituição; reavaliação dos processos nas áreas administrativas; mobilização da área de compras e almoxarifado no sentido de estabelecer políticas quanto ao abastecimento, estocagem e distribuição de materiais” (HCPA, p. 5-6).

Essa parceria, portanto, cumpria um papel de apoiar a reestruturação do HCPE, sistematizando alguns processos administrativos e informativos, voltados basicamente para melhorar a eficiência institucional, no sentido de: uma utilização adequada da capacidade dos equipamentos; evitar desabastecimento e distribuição inadequada dos materiais; evitar ociosidade de leitos, consultório, pessoal e equipamentos; evitar a realização de atividades paralelas e desconectadas; assegurar um fluxo para os pacientes; captar novos recursos financeiros; evitar perdas financeiras pelas atividades realizadas; estabelecer um uso planejado do setor de Diagimagem.

No relatório, já aparece a sugestão da abertura do serviço a convênios e particulares, para a realização de exames de ressonância magnética e tomografia computadorizada (HCPA, 2001, p.6).

Todavia, a formulação de uma política mais estratégica para o hospital foi idealizada com a incorporação de uma consultoria de agência internacional, em julho de 2001. O documento (CHC CONSULTORIA I GESTIÓ S.A, 2001) elaborado por essa consultoria concentra-se em fazer uma avaliação do HCPE e sugerir algumas medidas estruturadoras, conforme os seguintes itens: situação interna, situação do entorno, futuro do hospital e atuações a curto, médio e longo prazos.

A avaliação da *situação interna* trata de quatro componentes, que são: modelo assistencial, organização, recursos orçamentário–financeiros, instalações e equipamentos (CHC CONSULTORIA I GESTIÓ S.A, 2001, p. 2).

Quanto ao *modelo assistencial* existente no HCPE, são apontadas algumas situações críticas, assim discriminadas: pressão pela demanda espontânea; desarticulação com a referência; modelo fragmentado e sem articulação entre as atuações internas (CHC CONSULTORIA I GESTIÓ S.A, 2001, p. 3).

Na análise da *organização* do HCPE, observa-se:

que é uma organização complexa, devido a múltiplas dependências orgânicas; utiliza instrumentos de gestão díspares e muitas vezes excessivamente burocráticos; há a falta de sistemas de informação integrados e integrais, levando à dispersão; cultura geral desiludida, sem incentivos e nem motivação (CHC CONSULTORIA I GESTIÓ S.A, 2001, p. 3).

No que tange aos *recursos orçamentário-financeiros*, assinala-se que:

o faturamento próprio e os recursos orçamentários não permitem obter superávit; o custo da prestação de serviços é superior à receita que produz, de maneira que o incremento da demanda provoca incremento do déficit; a crise do setor e a situação do mercado provocam um panorama de restrição; cronificação do déficit e tensões no setor da tesouraria (CHC CONSULTORIA I GESTIÓ S.A, 2001, p. 4).

No que se refere a *instalações e equipamentos* são apontados: uma falta absoluta de manutenção e reposição; crescimento indiscriminado dos serviços de acordo com a situação e interesse de cada um; desarticulação entre os serviços, com a existência de longos percursos e a indefinição de circuitos; colapso de áreas críticas (CHC CONSULTORIA I GESTIÓ S.A, 2001, p. 4).

Na avaliação da *relação com o entorno* identificam-se as seguintes questões:

dependência “resignada” ao SUS, que não reconhece toda a atividade que se realiza; deteriorização dos equipamentos e das instalações, gerando uma posição ruim no mercado de serviços; falta de estratégia de venda de serviços custo-efetivos e de alianças com terceiros; ausência de captação de receitas diversificadas (doações, patrocínios) (CHC CONSULTORIA I GESTIÓ S.A, 2001, p. 5).

Com relação ao *futuro do hospital*, a consultoria (2001, p. 5) aponta três possibilidades: manter a situação atual (seguir igual), profissionalização da gestão e a terceirização. Elegendo a *profissionalização da gestão* como um caminho a ser seguido, é apresentada uma série de sugestões, sintetizadas a seguir.

Propõe-se refuncionalizar o hospital em seus aspectos prestacionais, educativos e científicos, otimizando os recursos orçamentários e obtendo a excelência médico-sanitária. Permeando essas questões, coloca-se a necessidade de desenvolver na organização uma cultura baseada na responsabilidade, no cumprimento de objetivos e na transparência da informação (CHC CONSULTORIA I GESTIÓ S.A, 2001, p. 6).

É proposta, ainda, a redefinição do modelo de prestação de serviços e de gestão, considerando: a satisfação dos usuários; a melhoria da qualidade dos serviços; melhor aproveitamento da capacidade e conhecimento do pessoal da instituição baseado na sua motivação; gestionar as receitas e os custos para garantir a viabilidade da instituição (CHC CONSULTORIA I GESTIÓ S.A, 2001, p. 6).

Em relação aos *instrumentos* para a gestão, assinala-se:

o desenvolvimento de instrumentos de planejamento a curto, médio e longo prazo; desenvolvimento de um sistema de informação integral, que facilite a descentralização de responsabilidades e a avaliação de resultados; desenvolvimento de instrumentos econômico-financeiros que permitam o controle e seguimento orçamentário (CHC CONSULTORIA I GESTIÓ S.A, 2001, p. 7).

Quanto às *atuações institucionais*, como processos a serem desencadeados, é sugerido, em um primeiro momento, que seja declarado o “estado de emergência” do hospital. Como também, que sejam reforçados todos os níveis de direção do hospital, através da comunicação da vontade de profissionalizar a gestão, impulsionando o início da utilização dos instrumentos de planejamento e definindo as funções entre universidade, fundação (FADE) e gestão do hospital (CHC CONSULTORIA I GESTIÓ S.A, 2001, p. 7).

Como *atuações de curto prazo*, foram feitas as seguintes propostas:

valorizações rápidas do estado econômico-financeiro através de auditoria e inventários de corte; desenvolvimento do sistema de informação através do qual se permitisse o trabalho por orçamento e um plano de tesouraria, definindo a provisão de recursos econômicos para os próximos 120 dias; valorização do entorno em busca de uma melhor posição através do desenvolvimento de receitas não-dependentes do SUS; renegociação de contrato com o SUS e com outros níveis de administração para assegurar a cobertura de determinadas atividades não financiadas (atenção primária, alta complexidade...); melhora do modelo assistencial e de prestação de serviços, através de um maior envolvimento dos profissionais -- mediante reuniões periódicas com os chefes e os responsáveis pelos serviços; preparação do plano diretor do modelo de prestação de serviços do hospital; desenvolvimento de modelos simples de informação assistencial que permitam a gestão diretiva diária e que possam ser uma fonte de diálogo com os chefes dos serviços; extensão do horário de atenção ao público e redistribuição das cargas de trabalho; melhoria da satisfação do usuário via o desenvolvimento e implantação de um plano de sinalização e orientação no hospital, reforço ao sistema de orientação ao paciente e contenção de queixas (serviço de atenção ao usuário -- telefone 0-800) (CHC CONSULTORIA I GESTIÓ S.A, 2001, p. 8-10).

Alguns aspectos gerais são destacados como alertas, tais como: administrar o déficit não é suficiente para resolver o futuro do hospital; o endividamento deve ser consolidado com um plano de longo prazo; o hospital deve gerar superávit primário; compromisso assinado de responsabilidade fiscal entre a universidade e o hospital (CHC CONSULTORIA I GESTIÓ S.A, 2001, p. 11).

Como *atuações de médio prazo*, propõe-se:

Desenho e avaliação de impacto de um planejamento próprio de alta complexidade que desenvolva o papel do HCPE como centro de referência regional; dispor de um programa econômico-financeiro e de um sistema de informação assistencial; elaboração de

instrumentos de organização e apoio à gestão - orçamento, conta de exploração e plano de tesouraria, plano de reequipamento e inversões, programa arquitetônico priorizado, plano de reengenharia de gestão baseado na gestão clínica, programa de comunicação com a comunidade, plano de incentivos econômicos para o pessoal; definir alianças estratégicas com terceiros através de programas de assistência, pesquisa e ensino (CHC CONSULTORIA I GESTIÓ S.A, 2001, p. 11-13).

Como *atuações de longo prazo*, é apontada a necessidade de elaboração de um plano estratégico da instituição que defina os seguintes pontos: modelo assistencial e de prestação de serviços; modelo de gestão e de administração econômica; plano integral de recursos humanos e de relações trabalhistas; plano diretor arquitetônico; plano diretor de alianças e convênios; plano para o sistema de informação (CHC CONSULTORIA I GESTIÓ S.A, 2001, p. 13).

Como parte da estratégia pensada, concluídos cem dias de trabalho, a nova administração convocou uma plenária (2001), para a qual foram convidados a comunidade universitária e os gestores do SUS (Estado e municípios em gestão plena).

Nessa plenária, foi dado conhecimento aos participantes dos documentos avaliativos do HCPE citados. Como resultado da plenária foi produzido um relatório (HCPEf, 2001, p. 1-3) onde consta um quadro-diagnóstico da situação atual do hospital e a definição de propostas, cuja implantação se daria a curto, médio e longo prazo.

No diagnóstico feito pela direção, “o hospital é considerado um paciente crítico, com falência de múltiplos órgãos e que deve ser tratado de forma sistêmica, dentro de um quadro emergencial” (HCPEf, 2001, p. 1).

A plenária apontou a necessidade de reafirmar a *missão do hospital* e a necessidade de uma *estratégia emergencial* para curto prazo, simultaneamente às *medidas* para médio e longo prazo.

O documento-diagnóstico está discriminado em atividades fim e meio, identificando-se a situação encontrada, ações e metas propostas, conforme sintetizado a seguir.

Análise das atividades-fim (HCPEf, 2001, p.3):

No que tange à *missão institucional* do HCPE, avalia-se que existe um desvirtuamento da mesma, devendo-se adotar como meta a garantia da qualidade na atenção ao paciente, no ensino e na produção de conhecimentos relevantes, apontando para a humanização do atendimento. Nesse sentido, as ações estariam voltadas para reafirmar a missão do HC como hospital de referência terciária e quaternária.

Do ponto de vista do *modelo de gestão* vigente, critica-se o fato de o mesmo estar centrado nos meios, devendo-se desenvolver uma gestão participativa baseada em resultados, através da implementação de uma nova estratégia de gestão voltada para o trabalho em equipe e focalizada nos resultados.

Quanto ao *modelo de atenção* atual, questiona-se a não implementação de alguns procedimentos de alta complexidade, que são partes dos procedimentos previstos no SUS, no sentido de criar condições para tornar o HCPE um hospital de alta complexidade. Nesse sentido, pretende-se implementar junto ao SUS os programas ainda pendentes e em processo de credenciamento.

Com relação à *utilização do espaço físico*, critica-se o uso do espaço dos ambulatorios para objetivos não compatíveis com a missão de um hospital de referência, propondo-se a redefinição da área ambulatorial visando contemplar as clínicas especializadas. Para isso, seriam realizados um mapeamento e levantamento das áreas utilizadas como salas de aula, áreas administrativas e procedimentos primários.

Em relação ao *atendimento cirúrgico*, foi identificado um alto índice de suspensão de cirurgias por motivos relacionados ao hospital. Nesse sentido, a direção propõe-se a reduzir este quadro, buscando a eficiência e eficácia do bloco cirúrgico, através da melhoria das condições dos serviços das atividades meio, como lavanderia, manutenção, esterilização, entre outras.

No que se refere à *área de Diagimagem*, questiona-se a viabilidade financeira da estrutura atual, marcada pela demora na emissão de laudos e problemas relacionados à organização administrativa. Para superar estas dificuldades, foram propostas mudanças no gerenciamento da unidade e negociação do *leasing*.

Análise das atividades-meio (HCPEf, 2001, p. 2):

No *plano financeiro*, a crise do hospital expressa-se através débitos vencidos (déficit mensal em torno de R\$ 300.000,00) e folha de pagamento suprida com recursos do SUS. A direção 2001-2003, tendo como meta alcançar um equilíbrio econômico-financeiro, propõe-se a buscar a negociação dos débitos, reduzir a folha de pagamento e procurar fontes alternativas de receita, com incentivo ao regime de cooperativa.

Com relação ao *suprimento de materiais*, é constatado um desabastecimento em vários itens: medicamento, material médico-hospitalar, material para o laboratório e de manutenção. Essa situação é explicada pela falta de controle no abastecimento. Para tratar da situação em curto prazo, propõe-se a direção a adquirir medicamentos por dispensa emergencial e realização de procedimentos licitatórios para os demais itens. Com o objetivo de realizar um planejamento adequado do abastecimento em médio prazo, propõe-se a criação da unidade de planejamento e controle.

Em relação aos *serviços de apoio* observa-se: *unidade de lavanderia* com desempenho ineficiente; *água de má qualidade* abastecendo as autoclaves; *infra-estrutura* deficitária no 6º andar, subsolo e na unidade de processamento de alimentos (UPA); *geradores* necessitando de manutenção. Para cada um desses itens foram sugeridas diversas medidas.

No que se refere à *questão do pessoal* que atua no hospital, critica-se a falta de controle na lotação dos mesmos e a falta de padrões claros e definidos de rotinas. Como meta a ser alcançada, propõe-se um acompanhamento sistemático das pessoas e disponibilização de informações gerenciais aliadas à satisfação do funcionário. Nesse sentido, pretende-se realizar seminários, cursos de capacitação, desenvolvimento profissional e intelectual e levantamento de dados para otimizar o sistema.

Como é possível observar a partir da síntese realizada acima, o hospital já dispõe de um vasto material diagnóstico sobre a situação hospitalar e algumas proposições, construídas com diferentes parceiros. Entretanto, o conhecimento dessa situação nem sempre tem significado uma superação mínima dos problemas diagnosticados, visto que, pelo menos nos últimos sete anos, mesmo que de formas diferentes, essa situação vem sendo identificada e algumas vezes até denunciada pelos órgãos de representação, pela população através de jornais, e, eventualmente, pela direção hospitalar. Por outro lado, o diagnóstico, de uma forma geral, está centralizado nos sistemas de apoio, de infra-estrutura, organizacional e tecnologias duras. As falas referentes a processo de trabalho, formas de atenção, atendimento ao usuário, gestão descentralizada, relações integradas com o SUS, controle social, entre outras, quando aparecem, são colocadas no patamar de todas as outras questões e sem deixar muito claro como esse processo vai ocorrer.

O Diretor Superintendente do hospital levanta uma série de problemas e fala das soluções encaminhadas. Inicialmente, considera que um dos maiores problemas do hospital chama-se *gestão*:

Primeiro porque, na universidade, os gestores são improvisados, não são pessoas que foram formadas para ser gestores, (...) você precisaria profissionalizar. A gente preferiu usar parceiros, que foi o Hospital de Clínicas de Porto Alegre e o pessoal de Barcelona, eles se comprometeram a fazer alguns programas de capacitação para gestão. Eu tive o apoio, tanto do Ministério da Educação como do Ministério da Saúde. Existia um negócio chamado Centro de Colaboradores, no Ministério da Saúde, eles me apoiaram, pagando a vinda do pessoal de Porto Alegre. Eles fizeram não só o diagnóstico, mas deram capacitação, e nós levamos as pessoas daqui para lá, para que vissem como é que funcionava (Entrevista realizada pela autora em 10/10/2003).

Um outro problema é que o hospital não era informatizado, como é que um hospital desse porte opera sem ter um *software* de gestão. (...) eu comecei a verificar na iniciativa privada como é que eles estavam trabalhando com os *softs*, e aí descobri em alguns outros hospitais sistemas de gestão, com custo bem menor. Pedi ao pessoal de Porto

Alegre que me apoiasse na escolha do sistema, porque eles tinham experiência. Então conseguimos fazer uma licitação, para software de gestão, terminamos no começo desse ano, e consegui com o apoio da CAPES, inclusive, recursos para comprar material, compramos computador, servidores e estamos colocando em rede (Entrevista com a autora em 10/10/2003).

O modelo de almoxarifado que a gente vai implantar aqui é tão bom que a universidade pediu para que a gente conseguisse a autorização para que pudesse ser socializado. Então, essa coisa da informatização como apoio de instrumento gerencial, a gente está conseguindo concretizar agora (Entrevista com a autora em 10/10/2003).

Tinha um problema de pessoal qualificado. Nessa licitação, a gente colocou treinamento e capacitação, ou seja, a gente vai ter que fazer as pessoas. Começamos, então, com essas informações e com alguns *softs* que foram sendo implantados, a diagnosticar alguns problemas na própria relação com o Sistema Único de Saúde. Começamos a identificar os principais itens de custo, como reduzir, que são medidas duras. A gente teve que mudar alguns aspectos da própria cultura dos serviços (Entrevista com a autora em 10/10/2003).

A parte de pagamento de produtividade ou avaliação de desempenho nós chegamos a discutir. Quando a gente chegou aqui, já existia uma lógica de produtividade, no setor de imagem, (...) que, antes de se firmar, já pagava produtividade, contratou gente terceirizada, ou seja, botou tudo que era custo, mas não se preocupou com a receita. Essa questão também foi para o CTA, porque esse é um problema de todos. Nós decidimos que tínhamos que usar uma lógica onde só se pagaria procedimento que não comprometesse o orçamento do hospital. Naquele que fosse alta complexidade e que fosse extrateto, então poderia se estimular, porque aí aumentaria a produtividade e aí aumentaria a receita. Aqui nós só autorizamos dentro de uma visão de amplificar, acompanhando, analisando, para alta complexidade (Entrevista realizada pela autora em 10/10/2003).

Quem quisesse, teria que apresentar ao CTA. Hoje, quem ganha produtividade é só o transplante e a Diagimagem e, eventualmente, a oftalmologia. Existem dois modelos, um de caixa único e um da

produtividade do serviço, a partir dos profissionais ou do serviço. Aqui, a gente usa a lógica de que vai para os profissionais, e que eles dividam com o serviço e com outras pessoas, se eles assim acharem interessante (Entrevista realizada pela autora em 10/10/2003).

O Presidente da ADUFEPE faz algumas críticas sobre a conduta do Diretor Superintendente, em relação à entidade dos docentes, no enfrentamento de alguns problemas vividos pelo HCPE durante a última gestão:

O Éfrem (Diretor Superintendente) tem um problema ideológico. Quando ele assumiu o hospital, e o juiz tinha mandado cortar o pagamento dos equipamentos, ele virou para mim e disse: Sérgio, eu agradeço a ADUFEPE, porque o hospital estava com um buraco de não sei quantos milhões por mês, no que a gente parou de pagar, aí o déficit está quase nenhum. Uma vez reunido com Mozart (Reitor à época), eu virei e disse: Olha, Mozart, Éfrem falou isso para mim, aí Mozart riu, disse: Não é assim não, isso tem consequência, você vai ver. Então a empresa foi lá e tomaram o equipamento e deu esse problema todo (Entrevista realizada pela autora em 03/10/2003).

Uma outra questão era que o hospital tinha uma quantidade de gente contratada pela FADE, o juiz disse o seguinte: olhe, isso é uma forma de burlar a Constituição do país, o emprego público só pode ser ocupado por concurso, essas pessoas têm que ser demitidas, porque eles estão ocupando postos, inclusive, de chefia dentro do hospital, eles não podem ser contratados por uma empresa particular terceirizada. O Reitor foi lá e disse ao juiz: se você mandar fazer, eu fecho o hospital amanhã. Aí o juiz deu um prazo. (Entrevista realizada pela autora em 03/10/2003)

Éfrem juntava todos os funcionários e dizia: a ADUFEPE fez uma confusão aí, a gente vai ter que demitir vocês. Eu dizia para os funcionários: olha, não foi isso não, eu acho que deve abrir concurso aqui e vocês têm mais do que condição de fazer o concurso e ocupar as vagas, até porque vocês estão exercendo a profissão, tem até mais facilidade de ganhar. Agora, eu sou contra que se demita qualquer pessoa aqui, tem pai de família, com prestação, com tudo. Mas, há sempre esse problema, que é usado politicamente contra a entidade (Entrevista realizada pela autora em 03/10/2003).

Além de algumas das medidas citadas acima, em função dos problemas identificados, a direção procurou inserir também o HCPE no processo nacional de Acreditação Hospitalar, que será tratado no item seguinte.

5.2.2- A vivência da acreditação no HCPE

O hospital iniciou um trabalho com o objetivo de implantar o Programa de Acreditação Hospitalar, a partir de junho de 2001. O desencadear do processo foi estimulado pela realização de uma palestra feita pelo Prof. Hésio Cordeiro, a convite do Diretor Superintendente do Hospital (HCPEe, 2001, p.1).

Para o Diretor Superintendente do HCPE, o hospital acreditado faz parte da cultura que está instalada na lógica de um hospital moderno:

O Hésio Cordeiro era a pessoa responsável por essa lógica de acreditação. Ele veio aqui e deu uma palestra, sensibilizou as pessoas, que se motivaram muito. Então, negocie com a CAPES, para eles apoiarem Porto Alegre, para que a partir de Porto Alegre e Pernambuco a gente criasse um modelo de acreditação para o hospital universitário. Uma proposta acadêmica para se criar um modelo de gestão e uma lógica de padrão de qualidade. Nós demos cursos de capacitação, fizemos a sensibilização e um novo diagnóstico do hospital, a partir dos padrões de acreditação. Em um hospital universitário, tem que ter pelos menos o padrão 1 de acreditação, que é o mínimo necessário, só para poder ser acreditado externamente. O meu planejamento estratégico é como sair daqui para que? Não é o hospital ideal, é o hospital que eu quero ter. Nós queremos chegar, de verdade, no padrão tipo 3, mas o ponto de partida é o padrão 1, de onde todo mundo parte (Entrevista realizada pela autora em 10/10/2003).

Em documento de apresentação da proposta de acreditação para o HCPE (HCPEd, s/d, p. 20), são colocados os seguintes argumentos: “uma oportunidade para diagnóstico e busca de soluções de problemas e melhoria da qualidade assistencial; exigência do MEC – FIDEPS; exigência do MS: cadastro 2001”.

No citado documento (HCPEd, s/d, p. 22-3), são definidas 3 fases iniciais, sem especificar prazos, para o desenvolvimento da proposta:

A 1ª fase seria dedicada à estruturação das equipes de avaliação, realização da auto-avaliação, elaboração de relatórios e definição de propostas de ação. A 2ª fase seria de contratação tanto da avaliação externa quanto da instituição acreditadora para a realização do diagnóstico organizacional, realização de visitas, elaboração de relatório e propostas, decisão de aceitar o diagnóstico. A 3ª fase seria de avaliação para certificação, visitas e relatório de propostas. A comunicação sobre o trabalho será feita através de palestras, jornais, murais, envio de cartas, envio do material para leitura, reuniões, discussão de relatórios, entre outras.

Os resultados esperados desse trabalho são:

Cultura de qualidade assistencial dentro da instituição (ciclos de avaliação e melhoria), na busca de seu aprimoramento contínuo; motivação e envolvimento de profissionais de todos os setores, de diferentes categorias; implementação de melhorias locais e institucionais; identificação de indicadores de qualidade setoriais (HCPEg, s/d, p. 24).

O Programa, segundo consta, faz parte das diretrizes institucionais para disseminar uma nova cultura de planejamento e organização da assistência e para aprimorar a qualidade assistencial. O HCPE vem realizando esse trabalho através de uma parceria com o Hospital das Clínicas de Porto Alegre, que funciona como uma instituição colaboradora (não é acreditadora), atuando na orientação e supervisão e não implicando em custos, além de passagens e diárias. No caso de uma solicitação de apoio a uma instituição acreditadora, isso implicaria em custos extras para o hospital. Essa parceria vem ocorrendo desde outubro de 2001, com o apoio do MEC/CAPES (HCPEe, 2001, p. 6).

O desenvolvimento do Programa, para os seus executores, tem a seguinte concepção:

Faz parte da visão hospitalar buscar a melhoria, com o reconhecimento de uma instituição acreditada e usando o programa como fator motivador, de integração e de avaliação dos recursos institucionais. Contribuirá também para iniciar a implantação de um programa de qualidade no hospital, com base nas características e nos objetivos da instituição, enfatizando e valorizando os aspectos relativos a assistência, ensino e pesquisa com foco no paciente (HCPEe, 2001, p. 1).

Segundo informações da coordenadora do processo de acreditação do HCPE, em contato com a autora, após a realização da auto-avaliação vêm-se implantando algumas modificações no hospital, particularmente na reestruturação física, na regulamentação de aspectos de segurança junto à Vigilância Sanitária e no encaminhamento de protocolos e normas de atendimento. Para solicitar certificação de acreditado, entretanto, avalia-se a necessidade de pelo menos mais dois anos de trabalho contínuo para reverter a situação atual. Aponta-se, ainda, a dificuldade de solicitar apoio às instituições consideradas acreditadoras pelo custo que isso exige. Considera-se que a idéia de avaliação de estrutura, processo e resultados é uma questão didática uma vez que, à medida em que se interfere em um nível, estaria sendo influenciado o outro.

Como objetivos do projeto estão pontuados:

Desenvolvimento de uma metodologia própria construída com base nos objetivos da instituição, enfatizando sua cultura e valorizando aspectos relativos à assistência, ao ensino e pesquisa; propor um processo de elaboração de um projeto de gestão da qualidade a partir do diagnóstico efetuado; incentivar os recursos de comunicação interna, cursos de formação de agentes de mudança, multiplicadores e facilitadores (HCPEe, s/d, p. 6).

Para a coordenadora institucional da proposta no HCPE, a possibilidade de equipes hospitalares experimentarem uma metodologia e um padrão de avaliação é importante, no sentido de adquirirem um conhecimento e habilidades, funcionando como uma instrumentalização para o desenvolvimento desse tipo de trabalho no hospital.

Segundo relatório do processo (HCPEe, s/d, p. 1), em um primeiro momento, “foram constituídas equipes multidisciplinares com chefias e servidores de diversos setores. Entre março e maio de 2002, as equipes visitaram cada setor onde, além de esclarecimentos sobre o processo, procederam à avaliação com base nos padrões do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar”.

O Diretor Superintendente do hospital faz os seguintes comentários a respeito dos desdobramentos do processo de acreditação no HCPE:

Essa cultura da acreditação mobilizou o hospital, sensibilizou, mas só que as pessoas querem ver coisas concretas. A questão da gestão e da capacitação tem esse problema, porque você começa a mostrar as pessoas maravilhas possíveis e as pessoas começam a querer ver isto acontecer e aí a gente teve que fazer toda uma estratégia, de tentar mostrar as coisas acontecerem, é isso que a gente agora está começando a colher os frutos dessas questões, através desses financiamentos de fora, porque o hospital não tinha dinheiro para financiar. Então, o que aconteceu é que, a partir desse diagnóstico, a gente começou a trabalhar os diversos serviços, para trazer ao nível 1. Criando os protocolos, rotinas e criando agora um planejamento dentro de um plano de desenvolvimento institucional. A idéia é se ter um plano de como o hospital vai se desenvolver, a partir de um planejamento estratégico, usando como referência a acreditação (Entrevista realizada pela autora em 10/10/2003).

A gente pediu a cada serviço para assumirem a responsabilidade de fazer o seu projeto. Ao lado disso, tem comissões que trabalham com os serviços, no sentido de consolidar essa questão. O pessoal de Porto Alegre vai apoiar a gente para que, a partir dessa lógica criada, a gente reestruture, inclusive, o organograma do hospital. Como é que o hospital se constrói e funciona da melhor forma, a partir dessa nova visão que foi dada, global e sistemática. A partir desse

planejamento, a gente vai redefinir regimento, organograma, funções. Essa é a lógica que a gente está trabalhando e sempre no sentido mostrar resultado, porque se a gente não mostrar resultado, as pessoas não se motivam (Entrevista realizada pela autora em 10/10/2003).

No desenvolvimento do processo de acreditação no hospital, dois aspectos que eram mais difíceis, a sensibilização e a motivação das pessoas. As pessoas estavam desmotivadas e algumas ainda continuam. A reforma da previdência foi uma “cacetada” em cima do servidor público. A carência permanente do hospital. A lógica do desabastecimento etc., as pessoas sentem isso e aí, como é que eu posso estar pensando numa coisa grande se eu não estou resolvendo o meu pequeno, e a gente mostrou às pessoas que têm que trabalhar com dois cenários. O cenário da emergência, que é a crise, e o cenário do hospital que eu quero ter funcionando dentro de um padrão de qualidade mínimo, nem é máximo (Entrevista realizada pela autora em 10/10/2003).

Os resultados alcançados, nessa primeira fase, conforme o relatório (HCPEe, s/d, p. 7), foram:

46 pessoas capacitadas como avaliadores internos; criação de seis grupos para auto-avaliação; 40 setores avaliados; palestra de sensibilização com 200 pessoas, com pesquisa de opinião; os grupos realizaram 2 visitas em cada setor, para sensibilização e avaliação; grupo coordenador realizou mais de 50 reuniões entre novembro de 2001 até o momento do relatório; discussão e elaboração de normas e metodologia de avaliação; reuniões dos líderes com suas equipes para discussão e preparação do instrumento para avaliação dos setores; conclusão do relatório de avaliação

Opinião dos atores sobre o processo de acreditação no HCPE

A Coordenadora de Enfermagem participou ativamente do processo de acreditação hospitalar, como uma das coordenações. E defende o processo, fazendo, inclusive, comparações com outros modelos:

... há uma grande diferença nesse nosso trabalho. A ISO, por exemplo, a gente poderia chegar e dizer: nós queremos a ISO para esterilização, dar alguns ajustes finais, a gente teria uma repercussão muito boa, na mídia, e acho que isso tenha o seu valor. Entretanto, a acreditação, ela obriga a todos crescerem juntos, você não vai priorizar esse ou aquele serviço. Você tem que ter uma coisa de base, para que todos possam chegar aos mesmos níveis e nem adianta essa ligação estar no nível 2, se o resto ainda estão buscando o nível 1. O importante disso é que a gente não vai deixar os outros para atrás (Entrevista realizada pela autora em 19/12/2003).

No processo de acreditação, nós fizemos um diagnóstico da instituição como um todo e identificamos que, de modo geral, estamos no nível 1, que é o nível que trabalha as questões de infraestrutura. No nono andar (traumato-ortopedia), fizemos uma reestruturação de toda esta ala e hoje ela é ala-padrão do hospital, participamos diretamente do projeto de reestruturação e buscamos atender a todas as exigências da Vigilância Sanitária, do Ministério da Saúde e do que nós acreditávamos ser melhor com relação à qualidade para o paciente, independente de ter sido dito por qualquer órgão. Então, isso é resultado já do trabalho da acreditação, porque foi em cima de estudos, veio um grupo do HCPA, que trabalhou junto conosco, durante alguns períodos. Em cima do diagnóstico geral que fizemos do hospital, nós elegemos esse setor para começar o trabalho (Entrevista realizada pela autora em 19/12/2003)

Os dirigentes do DA de Medicina parecem que acompanharam pouco o processo e não têm muitas informações:

A acreditação hospitalar não é um plano só do HCPE, é um plano nacional. (...) é como se fosse um censo do hospital, feito pelo Ministério da Saúde, até porque a direção não sabe o que acontece nos serviços como um todo, viram que tinha vários serviços não credenciados. Não vi nenhuma efetividade desse trabalho nos protocolos, pelo menos na área médica, pois eles já seguem o das sociedades. Se houve um protocolo de atividades na enfermagem isso eu não sei (Entrevista realizada pela autora em 31/10/2003).

No momento da entrevista, a coordenação de enfermagem e a direção do hospital encontravam-se em processo de mudança. Todavia, quando perguntada a respeito da continuidade desse trabalho de acreditação, a Coordenadora da Enfermagem posicionou-se da seguinte forma:

Neste momento, a gente está em início de uma nova gestão⁸. E ainda não tem muita coisa realmente fechada, definida. A nova direção, ela está ainda conhecendo, trabalhando com os grupos, ela está conhecendo a instituição, para que possa realmente apresentar um planejamento. Foi feito um diagnóstico, eu participei do diagnóstico de transição de uma gestão para outra, e em cima desse diagnóstico se vai estabelecer todo o planejamento dessa gestão (Entrevista realizada pela autora em 19/12/2003).

Quanto ao processo de acreditação no hospital, o Representante dos Residentes parece, também, não estar muito informado sobre a proposta:

A turma de pediatria foi a turma que mais se vinculou a esse grupo, e a turma da cirurgia geral. Isso, aos poucos, começou a cair, você tem algumas ilhas que ainda funcionam assim. Porque o que acontece muito, à parte do atendimento do médico, é a ausência da preceptoria. A resistência à mudança é grande pelo medo do desconhecido. Você tem uma geração de preceptores aqui que é uma geração muito antiga ainda. Os *staffs* são todos já em fim de carreira. Talvez por não ter estrutura para fazer o que eles queriam fazer, eles começam a ficar resistentes. Qualquer mudança, por menor que seja, fica difícil de fazer. Essa história da reforma da previdência também atrapalhou muito, não só o Hospital das Clínicas, mas outros serviços (Entrevista realizada pela autora em 23/10/2003).

O coordenador do SINTUFEPE não tem muita clareza sobre a proposta, inclusive, o que a denominação significava: “Eu entendi acreditação como outra coisa”.

⁸ Na data da entrevista com a Coordenadora, já havia assumido a nova direção do HCPE, como resultado da eleição para a reitoria.

... reconheço que eu conheço muito pouco, mas na verdade existe um problema na universidade como um todo, aliás no serviço público como um todo, nós discutimos muito pouco. Eu entendo isso como as ISOs da vida, todo mundo tem que ter, de qualidade total. E aí eu não vejo a implementação de tal projeto, é um quadro que se apresenta, com tais metas, tais objetivos... (Entrevista realizada pela autora em 31/10/2003).

Os projetos não nascem, eles vêm prontos. Não há uma discussão, e se há, é muito pouco divulgado, fica muito restrito a um pequeno grupo. Por nós estarmos desestimulados, nós não vamos participar, por nós não participarmos, fica um pequeno grupo e porque esse pequeno grupo já trazia uma proposta pronta, aí nos desestimula, está entendendo? Na verdade a gente não vivencia o Hospital das Clínicas, na realidade a gente não vivencia a universidade (Entrevista realizada pela autora em 31/10/2003).

Com relação à acreditação hospitalar, o Diretor do CCS posiciona-se da seguinte forma:

A acreditação é uma coisa moderna, em toda a parte do mundo se faz a acreditação nos hospitais. Eu não tenho conhecimento em detalhes de como é o instrumento utilizado para a acreditação mas, em princípio geral, o aspecto filosófico é uma avaliação da instituição e isso faz com que a instituição possa melhorar. Ela tem um instrumento de avaliação que permite, através de determinados parâmetros, melhorar a sua performance. Então, eu acho que a acreditação é um modelo de avaliação para os hospitais que é muito interessante. Acho que na hora de fazer um processo de acreditação no hospital, espero que não se utilizem apenas os indicadores assistenciais, mas também os indicadores de pesquisa, de ensino. Eu sei que a direção do hospital chamou o Hospital das Clínicas de Porto Alegre, trouxe também de Barcelona, do exterior, mas não sei se essas delegações serviram como base para alguma modificação (Entrevista realizada pela autora em 18/09/2003).

O CCS não teve nenhuma participação no processo de acreditação. A única coisa que o CCS tem no hospital, que eu acho muito pouco, é assento no CTA, que está completamente defasado. Tem que aprofundar essas relações, que devem ser relações institucionais, não relações baseadas na amizade de um diretor com outro (Entrevista realizada pela autora em 18/09/2003).

Do ponto de vista dos projetos desenvolvidos pelos HCPE nos últimos oito anos, o Secretário de Saúde faz uma análise mais geral sobre o HCPE, centrada na infraestrutura do hospital e sua utilização. Sobre projetos institucionais, não existe um acompanhamento maior.

...nós acompanhamos o HCPE, sempre numa posição de um certo paralelismo. Não há uma ação direta, até porque nós já temos sob nossa responsabilidade, só dos grandes hospitais, são 21 grandes hospitais. No dia em que a Secretaria deixar de ser gerente do mercado hospitalar, seja de fato gestor de um sistema, no dia em que nós tivermos fôlego, inclusive mais disponibilidade, eu digo nós, eu ou os que vão me substituir depois, terão mais liberdade de poder estar realmente fazendo a gestão do sistema de saúde. (...) você não tem uma interface maior com as instituições universitárias que deveríamos ter, e aí não é culpa de ninguém, é a sobrecarga que nós temos como gestor e gerente ao mesmo tempo (Entrevista realizada pela autora em 29/09/2003).

5.2.3- Distância entre a intenção de mudanças no hospital e a visibilidade externa das proposições

Muito embora se verifique todo esse movimento relatado em documentos institucionais e em algumas entrevistas para buscar a superação das dificuldades do hospital, as repercussões do ponto de vista interno e externo nem sempre expressam o que dizem os documentos ou as falas das direções à frente da gestão. Assim, observa-se, nos anos de 2002 e 2003, uma presença constante do hospital na imprensa local, nem sempre com notícias muito confortantes.

É importante relatar que, ainda no ano de 2001, a direção hospitalar, seguindo sua estratégia de “*declarar a emergência do hospital*”, convidou a imprensa escrita e televisiva para uma visita ao hospital, onde expôs a gravidade da situação, no sentido de demarcar, também, o momento de início da nova gestão.

Os anos subseqüentes, apesar do encaminhamento de algumas proposições para o HCPE, do ponto de vista da imprensa, são marcados por denúncias e reivindicações. Algumas estão destacadas a seguir.

ANOS 2002/2003 – Matérias de Jornais e Meios Eletrônicos

“GRUPO AMEAÇA ACIONAR JUSTIÇA CONTRA O HC – Profissionais exigem resposta a reivindicações de melhoria nas instalações e compra de equipamentos”– Movimento organizado do Sindicato dos Médicos, CUT, Associação dos Docentes, Diretório Central dos Estudantes e Diretórios Acadêmicos dos cursos da área de saúde” (Diário de Pernambuco, C6, Recife, 17 de abril de 2002).

“PROTESTO DENUNCIA CAOS NO HC – Entidades médicas e residentes realizaram ato público, ontem, a fim de chamar a atenção para o estado precário do Hospital das Clínicas da UFPE” (Jornal do Commercio, Cidades, Recife, 17 de abril de 2002)

“HC REDUZ ATENDIMENTOS A PARTIR DE SEGUNDA-FEIRA – Decisão foi tomada ontem, durante reunião do conselho técnico-administrativo do Hospital das Clínicas. Com isso, o número de atendimentos no ambulatório e de internamentos cairá pela metade. ‘Sabemos que o impacto será bastante negativo para a população, mas não podemos fazer nada porque não há verbas suficientes para atender o número de pessoas que vem ao hospital. Vamos nos adequar aos valores que recebemos do SUS’, ressaltou o superintendente do HC Éfrem Maranhão (Jornal do Commercio, Cidades, 18 de abril de 2002)

“MUDANÇAS NO HC REVOLTAM POPULAÇÃO – Com redução de atendimento, usuários foram obrigados a procurar socorro em outras unidades – A população começou a sentir os efeitos da redução do atendimento ambulatorial do Hospital das Clínicas. O local, que até a semana passada atendia uma média diária de 1.100 pessoas, não recebe desde ontem mais do que 800 pacientes. A decisão é para reduzir as despesas da unidade, que acumula uma dívida de R\$ 2,5 milhão junto a fornecedores de medicamentos e insumos hospitalares. A dona de casa Maria da Paz, foi uma das que tentou em vão ser atendida. Saiu às 3hs de Barreiros mas não conseguiu ser atendida por um neurologista do HC. ‘Tenho problemas nos nervos e

não posso passar por uma situação dessas que pioro. Não sabia que agora eu tinha que ter um papel para ser consultada’, contou chorando. O papel que Maria se refere é o encaminhamento médico. A determinação da direção do HC é que só os pacientes com esse encaminhamento sejam atendidos” (Diário de Pernambuco, C5, Recife, 23 de abril de 2002)

“PACIENTES DO INTERIOR FICAM SEM ATENDIMENTO – Boa parte dos que foram ao HC disse desconhecer a determinação de só haver agendamento de consultas quando previamente marcadas ou por encaminhamento de outra unidade de saúde. O diretor-médico do HC, Fernando Cordeiro informou que ‘A nota oficial com as novas determinações foi publicada em cima da hora e não tivemos tempo para comunicar as medidas a todos os funcionários do hospital, nem a todas as prefeituras do Estado’, justificou” (Jornal do Commercio, Recife, 23 de abril de 2002).

“AÇÃO DA ADUSEPS VAI PROCESSAR HOSPITAIS – Associação quer que três unidades públicas de saúde sejam responsabilizadas por morte de pedreiro. O pedreiro deu entrada na manhã da segunda-feira no Hospital das Clínicas, na Cidade Universitária. Mas, por falta de leitos na unidade, ele acabou sendo encaminhado para o Hospital Geral de Jaboatão (HG). Ao chegar no HG, os parentes de José Lourenço foram informados que também não havia vaga disponível e receberam orientação para levá-lo para o Hospital Otávio de Freitas (HOF), em Tejiipió. ‘Quando chegamos lá, os médicos disseram que deveríamos voltar para o HC porque ele era paciente de lá, inclusive, tinha sido operado no mês de janeiro”” (Diário de Pernambuco, C4, Recife, 24 de abril de 2002)

“CURTO-CIRCUITO PROVOCA CORRERIA E PÂNICO NO HC – Funcionários, pacientes e familiares saíram às pressas do hospital”(Diário de Pernambuco, C3, Recife, 4 de maio de 2003).

“ATRASO DE CIRURGIAS GERA PROTESTO DE OBESOS NO HC – Pacientes aguardam há três anos pela operação de redução do estômago. A falta de equipamentos está comprometendo o sucesso do serviço, pioneiro no Norte e Nordeste” (Jornal do Commercio, Cidades, 23 de maio de 2002).

“HC ABRE CONCURSO PÚBLICO PARA CONTRATAR 48 PROFISSIONAIS – O diretor do hospital informa que as vagas disponíveis no concurso não atendem às necessidades do HC. Segundo ele, o déficit da unidade é hoje de 330 profissionais. Isso baseado apenas no número de contratos temporários feitos por meio da FADE” (Jornal do Commercio, Cidades, Recife, 25 de maio de 2002)

“CARDIOLOGISTAS CONTINUAM DE BRAÇOS CRUZADOS” (Pernambuco.com, 27/08/2002)

“HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS AGONIZAM – O problema atinge todo o País. Em Pernambuco, além das dificuldades expostas no ano passado pelo HC da UFPE, agora são os estaduais HUOC e Cisam que pedem ajuda. ‘O Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, segundo o diretor Éfrem Maranhão, saiu da UTI mas ainda continua na enfermaria. Depois que o hospital expôs sua crise no ano passado, o Governo Federal liberou recursos para reformas físicas e compra de equipamentos. Concurso público também foi autorizado. No entanto, a unidade ainda tem problemas antigos. Para o diretor do HC, a resolução da crise dos hospitais universitários passa por autonomia administrativa e financeira dos mesmos, descongelamento do incentivo (Fideps) pago aos hospitais pelo Ministério da Saúde, que desde 2000 ficou com valor fixo, atualização da tabela do SUS e

“MÉDICOS DO HC VÃO CRUZAR OS BRAÇOS HOJE – Atendimento na área de cardiologia do Hospital das Clínicas poderá ser suspenso a partir de hoje, por falta de condições de trabalho” (Pernambuco.com, 26/08/2002)

“MÉDICOS SUSPENDEM SERVIÇO NO HC – os profissionais paralisam as atividades por causa da precariedade no atendimento. Segundo eles, os equipamentos são obsoletos e colocam a vida dos doentes em risco” (Jornal do Commercio, Cidades, 27 de agosto de 2002)

“CRISE NO HC – ESTUDANTES SE ACORRENTAM A APARELHOS - Um grupo de 20 estudantes de Medicina da UFPE tentou ontem, sem sucesso, impedir a retirada de três aparelhos de diagnóstico do Hospital das Clínicas, que serve de escola para os alunos do curso. Os equipamentos, que não estão totalmente pagos, foram levados por representantes de fabricante Medical Systems Finance, amparados em decisão judicial. A indignação do grupo se deve ao fato de um dos equipamentos, o de ressonância magnética, ser o único existente num hospital público de Pernambuco. Dos três aparelhos – ressonância magnética, tomografia e hemodinâmica (...) apenas o de hemodinâmica funcionava. Os outros estavam quebrados há mais de um ano. No ano passado, a empresa retirou do HC, dois mamógrafos, um arco cirúrgico (utilizado em operação ortopédica) e dois

uma nova forma de financiamento” (Jornal do Commercio, Recife, 20 de julho de 2003).

aparelhos de RX” (Jornal do Commercio, Cidades, Recife, 2 de agosto de 2003).

“NOVO DIA DE PROTESTOS NO HC – Depois do protesto de hoje, o Ministério Público Federal comprometeu-se com os estudantes a estudar a possibilidade legal de trazer de volta os aparelhos do HC. No ato realizado nesta tarde, os alunos fecharam a porta da sala onde se encontrava o equipamento de ressonância magnética. Na época da compra dos aparelhos, os representantes das instituições que representam os professores (Adufepe) e funcionários (Sintufepe) da UFPE questionaram a compra, alegando que a FADE, uma empresa privada, estaria usando dinheiro público para a negociação. O impasse transformou-se numa briga judicial e a justiça terminou por autorizar a UFPE a suspender o pagamento dos aparelhos até o julgamento do mérito da questão” (JC OnLine, 04/08/2003)

“HOSPITAL DAS CLÍNICAS COMEMORA 24 ANOS – O Hospital das Clínicas da UFPE comemora 24 anos neste domingo (14), com uma média diária de 700 consultas e cerca de 30 novas internações diárias. A festa terá um mês de duração e a programação inclui a realização de campanhas educativas, inaugurações e homenagens aos servidores que trabalham no local desde sua inauguração” (Pernambuco.com, 12/09/2003)

“CONSELHO TENTA SALVAR HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS –Propostas, aprovadas por unanimidade, estão sendo encaminhadas aos Governos Estadual e Federal. Entre elas, mais verbas e concurso público” (Jornal do Commercio, Recife, 16 de setembro de 2003)

Como se pode apreender dos relatos jornalísticos, a agenda de dificuldades sobre o HCPE é ocupada basicamente pela precariedade de funcionamento da unidade hospitalar, seja em termos de equipamentos (obsoletos, inexistentes, sem condições de funcionamento ou quebrados), medicamentos ou outros insumos básicos. As explicações para os problemas concentram-se nas questões financeiras e de falta de pessoal.

Muito embora as entidades e movimentos de representação de servidores, alunos e docentes apresentem propostas reivindicatórias, os temas estão concentrados nas questões apontadas anteriormente. O próprio Conselho Estadual de Saúde também se posiciona nessa direção. Chama a atenção a disputa política interna ao hospital quanto ao destino e definição de prioridades na utilização dos recursos públicos, quando da aquisição de determinados equipamentos para o hospital sem um debate mais amplo. Por outro lado,

chama também a atenção a passividade na defesa dos interesses do hospital e do atendimento quando da retirada dos mesmos equipamentos por determinação judiciária, onde apenas uma parcela restrita do corpo hospitalar no caso, os estudantes -- mobiliza-se contra a medida.

Outro destaque é a postura assumida pela direção hospitalar, quando toma decisões que implicam em profundos constrangimentos para a população que utiliza os serviços hospitalares (como, no caso, a redução do número de consultas e exigências de encaminhamento médico por parte das prefeituras). Sem entrar no mérito da medida de redução de consultas, questiona-se a ausência de um processo prévio e amplo de divulgação das medidas, uma vez que nem os funcionários da unidade foram adequadamente informados. Nesse caso, não se aplica também a justificativa da urgência, pois a situação já estava diagnosticada há bastante tempo.

Ressalte-se, também, a importância, que fica evidente nas matérias, do papel assistencial desempenhado pelo hospital, não só pelos atendimentos realizados, como pelo pioneirismo de algumas ações citadas. Além disso, o HCPE é a única possibilidade de atenção a algumas patologias que exigem equipamentos diferenciados. Até por isso, é inquietante quando se constatam as disparidades entre o *aspecto tecnológico duro e leve-duro* da assistência e “uma certa desresponsabilização” (*tecnologias leves*) com que os pacientes são tratados, tanto no sentido das mudanças sobre as ofertas de serviços quanto no acolhimento do paciente, quando o mesmo vira “joguete” entre as várias unidades de saúde, inclusive no HCPE.

Embora cada ator/grupo de interesse tenha um papel distinto a desempenhar no debate e soluções para o hospital, o conteúdo da agenda de discussão é praticamente o mesmo, o que se diferencia é a “bola da vez”, em que cada grupo vai encaminhando a outro nível a solução do problema, inclusive a direção do hospital. Mesmo não desconsiderando a importância do conteúdo atual da agenda, vale lembrar, conforme posição de diferentes autores citados no Capítulo 2, que estas são as questões visíveis da “crise”. Nesse sentido, a “crise” interna aos processos do HCPE, para que de fato se consiga caminhar para mudanças mais estruturais no hospital quando se verificam tensões em quase todos os

setores, exige uma revirada substantiva no conteúdo da agenda do hospital e um aprofundamento da discussão com os diferentes grupos em disputa.

Com esse objetivo, o trabalho de acreditação desenvolvido na unidade, não valorando, no momento, se é ou não o conteúdo mais indicado no resgate de mudanças mais significativas na alteração da agenda de discussão do hospital, carece de uma maior expressão e visibilidade interna e externa da proposta. Talvez se possa considerar, pelo pouco tempo de implementação das idéias e pela situação crítica do hospital nos últimos oito anos, que muitas dificuldades devem ter-se feito presentes.

5.3- SOBRE AS APOSTAS POLÍTICO-INSTITUCIONAIS DOS PROJETOS DE MUDANÇA DO HCPE

Esse quinto capítulo do trabalho, embora tenha-se baseado em alguns estudos realizados e em uma parte de entrevistas, está muito concentrado em documentos institucionais que de uma certa maneira representam o discurso da instituição.

Nos textos institucionais, as políticas aparecem harmônicas com as práticas discursivas institucionais expressas nas políticas de saúde e na prática médica. Nesse sentido, é importante fazer alguns destaques, seguindo o que sugere Luz no seu trabalho sobre instituições médicas (1986).

Luz (1986, p. 64) faz uma distinção entre política institucional e prática institucional. Procura-se evitar dessa forma “confundir o discurso institucional (programas, normas, leis, etc) com prática institucional, sob pena de reduzir a prática ao discurso”.

Nesse sentido, vale uma reflexão sobre a denominação “projeto institucional”, pois a um primeiro olhar e na busca de informações sobre a organização em estudo, teve-se a tendência a interpretar os projetos formulados pelas duas direções seqüenciais do HCPE como se de fato significassem a prática institucional. Todavia, ao se debruçar sobre a realidade, percebem-se as diversas resistências e enfrentamentos em torno dos projetos, de forma mais explícita em relação ao PROHC. Não querendo dizer com isso que se tinha a

expectativa de consensos, mas que pelo menos o projeto conseguisse representar algum grupo (ou grupos) de interesse dentro da instituição ou nos movimentos sociais.

A percepção das resistências e enfrentamentos nos projetos no plano institucional reforça o destaque feito por Luz (1986, p. 10) quando afirma que “se a história das instituições é a história do discurso dominante, do discurso da classe que detém o poder na sociedade, ela é também a história da resistência ao discurso dominante, a história da luta por outro discurso, pelo discurso dos outros”.

Por outro lado, Luz (1986, p. 64) assinala ainda que:

Quando se identifica a Instituição ao discurso institucional – expresso em normas, programas, boletins, publicações, etc. – é identificar a Instituição ao seu pólo dominante, pois há nessa identificação um ocultamento das oposições – manifestas de formas diversas – ao discurso institucional. Ocultamento que não deixa de ser político.

Daí a necessidade deste estudo, que, além dos documentos institucionais, procurou acessar outros trabalhos sobre o tema, coletar dados e realizar entrevistas para ver o posicionamento de atores distintos do discurso institucional (entrevistas constantes do Capítulo 6, a seguir), possibilitando ter uma visão mais clara da dinâmica institucional.

Luz (1986, p. 75) ainda faz uma distinção entre programas e projetos institucionais:

...existem categorias discursivas que remetem a temáticas discursivas, que se aproximam às vezes de um verdadeiro programa de política institucional. Outras vezes, mais elaboradas (quando modernizantes), ou mais cristalizadas (quanto rotinizantes) aproximam-se de um projeto institucional. O programa estaria exprimindo interesses mais imediatos (ou pelo menos mais visíveis) de grupos institucionais. Enquanto que o projeto serviria diretamente a um projeto de hegemonia .

Dentro do que se pode apreender dos dois períodos do HCPE em análise, considera-se que, embora sempre se utilize o nome de programa institucional, como uma forma de se tornar uma questão menos fechada para a instituição, o PROHC tinha características mais explícitas de projeto institucional, mesmo se tratando de um projeto que apontava nitidamente para uma gestão empresarial do hospital. Já o Programa de Acreditação Hospitalar, embora tenha feito parte da gestão como um programa, o que de fato vigorou como política institucional eram as decisões encaminhadas pela direção hospitalar, algumas extraídas das consultorias que existiram, outras retiradas através de “decisões” das reuniões do CTA e decisões do próprio Diretor Superintendente, que se encontram distribuídas em vários documentos, mas não explicitadas conjuntamente como um projeto de gestão.

Ainda segundo Luz (1986, p. 75), a própria distância entre discurso institucional (entendido como “fala” institucional) e prática institucional – no sentido estrito de atividade, ação institucional – é significativa para análise. Desse modo, se constata que, na realidade do HCPE, particularmente no segundo período, o discurso institucional nem sempre coincidiu com a prática institucional, particularmente com relação à democratização do processo institucional, que será analisada no Capítulo seguinte.

Por outro lado, Cecílio (1997, p. 295) entende por *projeto em saúde*:

... as formas como são pensados o financiamento do hospital e seu regime jurídico; como é feita a definição de sua clientela; como é construída a sua relação com o SUS; como é articulada a relação entre as categorias profissionais e a inserção de cada uma delas no processo de trabalho e na construção de equipes; quais incorporações tecnológicas são pretendidas e quais as razões que orientam tal ou qual opção; qual a missão que o hospital pode pensar em construir entre os aspectos mais importantes que definem a forma como os vários atores “vêm” o hospital público.

Quando se utiliza esse conceito para análise dos projetos do HCPE, vê-se que o PROHC teve, enquanto projeto, uma maior articulação e visão do todo institucional, muito embora tenha desconsiderado alguns aspectos, particularmente a questão do SUS, a questão da clientela e da visão de como os vários atores encaram o hospital público, adotando uma visão mais privatista, sem nenhuma integração maior com o SUS, a não ser o repasse de recursos. Já no segundo período analisado, embora se tenha um grande conjunto de documentos produzidos, inclusive vários diagnósticos e algumas intenções apresentadas, em termos de *projeto institucional* as questões aparecem muito fragmentadas, e só agora ao final da gestão é que se tem um relatório, mas que funciona mais como uma prestação de contas. As intencionalidades da gestão, enquanto projeto da direção e não apenas de consultorias, não foram completamente explicitadas, embora se tenha chegado a algumas conclusões a partir das entrevistas realizadas, em que se aponta, especialmente, o caráter pouco democrático das decisões.

Isso traz à tona o debate sobre a legitimidade, frente ao grupo de interesses da instituição, dos atores que portam um determinado projeto. Mesmo que, em princípio, a direção do hospital, pela regras políticas e administrativas do país, tenha entre suas funções formular o projeto e coordená-lo, isso não significa aceitação por parte daqueles que direta ou indiretamente serão os garantidores do êxito do mesmo. Como também, dependendo do conteúdo político-filosófico da gerência da unidade hospitalar, ela pode traçar diferentes caminhos na formulação desse projeto, tanto no sentido de definir com que grupo de interesse vai partilhar essas definições, como também a quem se destinam os resultados do projeto a ser executado.

Para Testa (1997, p. 60):

... la legitimidad se construye mediante um processo social, lo que implica la actividad de actores que se conforman en el mismo (no hay actores legitimadores preformados), en tanto que la legalidad se adquiere a través de un acto puntual en el que actores formales existentes sancionam el estatus de legal. (...) La legitimidad es, precisamente, lo que construye un instituyente, en tanto que la legalidad es lo que estabiliza lo instituido.

Nesse sentido, pode-se considerar, que embora ambos os projetos tenham procurado mobilizar e divulgar suas propostas, elas não construíram legitimidade para os projetos, se caracterizando muito mais por sua legalidade institucional. Isso fica mais evidente no processo do PROHC, já que no período seguinte não foi apresentado um projeto estruturado para ser debatido e negociado na instituição.

Testa acrescenta (1997, p. 61-2):

... a idéia de “proyecto” como continente – o portador – básico de la dinámica institucional. Por definición un proyecto está puesto en el futuro, da manera que una de sus características definitorias es el motivo-para, es decir, las razones que llevan a formular o proyecto en cuanto problemas a resolver (...). Pero cada proyecto tiene también una articulación con el pasado, sin relación con el problema que intenta resolver; este enraizamiento es el motivo-porque (...), está en general relacionado con el origen histórico de la institución, o sea que existe un solo motivo-porque para muchos proyectos, o para todos.

Testa (1997, p. 61) trabalha com a categoria de “analizadores”, “cuya expresión serán los proyectos institucionales, en sus dos categorías de productivos o reproductivos, tanto de objetos como de sujetos, estos últimos fundamentales en la producción de sentido, relacionada con el espacio público”.

Os projetos se transformam em analisadores-chaves dos processos institucionais. Assim, usando a categoria de Testa, constata-se que ambos os projetos não tinham, como intencionalidade, a produção de sujeitos para fazerem parte do processo -- as pessoas eram vistas muito mais como reprodutores de tarefas.

Desse modo, verifica-se a contradição dos discursos institucionais. Por outro lado, quanto maior a clareza que se tenha da organização de que se está tratando e da sua inserção social, tanto mais viável será a negociação em torno do projeto de mudança.

Embora fazendo parte do mesmo conjunto de interesses, as duas proposições de gestão do HCPE apresentam algumas semelhanças e algumas diferenças. Do ponto de vista do PROHC, pode-se afirmar que era um projeto inovador, não no sentido de que o que propunha fosse mais adequado à realidade institucional, ou por serem idéias novas, mas

pela busca da redefinição de níveis gerenciais, da redução da hierarquia institucional, da defesa do trabalho em equipe, da modernização dos sistemas-meios da instituição, e, sem dúvida, um aspecto muito importante era instituir um outro conceito na organização da produção e no processo de trabalho que era a unidade funcional. Portanto, havia uma clara intenção de adotar uma concepção de gestão empresarial no HCPE, sendo a unidade funcional um meio para atingir esse objetivo.

Mesmo que a unidade funcional não fosse um conceito novo, mas já experimentado em outras realidades, para a realidade do HCPE ele foi entendido, particularmente pelos profissionais médicos, como uma ameaça à sua forma de trabalho e à sua autonomia. E de uma certa maneira, como ocorreu uma convivência de conceitos distintos, com resistências diferenciadas aos mesmos, isso facilitou que não viesse à tona o que de fato estava em disputa. O que se questionava era se o HCPE deveria ou não ser uma organização social, mesmo que os seus formuladores tivessem publicamente assumido o recuo dessa proposta, embora mantivessem a defesa de uma gestão empresarial para o HCPE.

Por outro lado, a questão do modelo tecno-assistencial no cuidado à saúde não foi trabalhada na proposta. Enquanto projeto institucional, no entanto, percebe-se uma coerência nos seus propósitos e uma visibilidade de suas pretensões, que caracterizavam um caminho para a gestão empresarial.

É evidente, também, a disputa entre a direção do hospital e a direção do CCS, à qual os docentes encontram-se subordinados. Essa disputa na realidade é muito mais ampla, envolvendo a disputa pela ocupação de espaços de poder dentro da universidade, em que o HCPE é apenas uma parcela desse poder. Essa discussão foi destacada no início do trabalho, por se entender que essa multiplicidade de institucionalidades é uma característica muito forte em um Hospital Universitário, o que torna muito mais complexa a sua administração, diferentemente dos hospitais públicos em geral.

Já a proposta da acreditação hospitalar, como um conteúdo já difundido no país, não se caracterizou de fato como um projeto institucional. Embora continue em andamento, poderia ter alcançado resultados mais visíveis.

Por outro lado, desconhecer os movimentos de resistências em um hospital universitário, que envolve muitas institucionalidades e movimentos sociais, através de atores com interesses distintos - que serão destacados no próximo capítulo -, corresponde a desconsiderar a inserção dos órgãos de representação no movimento geral da sociedade ou nas lutas setoriais (disputa pela saúde; pelas universidades). Desse modo, a afirmação feita por Guimarães (2001) e Gurgel Júnior (1999), de insucesso do programa institucional PROHC (*op. cit.*, p. 105), dependendo do observador, pode-se considerar que foi um sucesso para os atores que não concordavam com o projeto.

Por fim, se o hospital universitário se distingue dos demais hospitais públicos por, além de prestar assistência, realizar as funções de formação, pesquisa e extensão, ele tem que se diferenciar nessa direção da multiinstitucionalidade. Desse modo, se ele que ser modelo de uma parte significativa da formação e da produção do conhecimento na saúde, tem que ser também modelar na gestão do cuidado, na gestão dos recursos que utiliza, na gestão do conhecimento, na gestão das informações que produz, na gestão da organização no sentido de como ela se relaciona com sua clientela, e não apenas se caracterizar pela incorporação das “*tecnologias duras e leve-duras*” e a realização de procedimentos de alta complexidade.

CAPÍTULO 6
A percepção dos atores locais
sobre o HCPE

Para fundamentar a tese com dados primários, foram realizadas 13 entrevistas, objetivando esclarecer alguns aspectos constantes nos documentos e identificar o posicionamento dos atores locais frente à realidade do HCPE.

O roteiro das entrevistas¹ tinha cinco blocos de questões: o primeiro referia-se à crise do HCPE; o segundo, ao papel do hospital universitário; o terceiro, à relação do hospital com o SUS; o quarto dizia respeito à forma de gestão do hospital (2001-2003); e o quinto se referia às expectativas dos atores em relação ao futuro do HCPE.

O estudo da percepção de diversos atores que compõem o cenário hospitalar local sobre a “crise” do HCPE e as tensões constitutivas presentes nas diversas tentativas de buscar uma situação de “estabilidade” para o hospital universitário permite utilizar esses elementos como “analisadores” de tendências, desafios, embates e propostas que estão em curso no cenário brasileiro em relação aos hospitais universitários.

E para além do estudo documental, a análise das entrevistas possibilita ter uma visão mais dinâmica e mais expressiva das inquietações, dos conflitos, das proposições e relações entre os atores.

6.1- A “CRISE” DO HCPE

No sentido de explorar o aspecto da denominada “crise” do HCPE, procurou-se buscar o posicionamento dos atores quanto à existência da crise, suas causas e explicações, duração, sua expressão no dia-a-dia da realidade hospitalar e o conhecimento sobre os projetos institucionais desenvolvidos no hospital nos últimos oito anos. Essa parte, especificamente, já foi utilizada nos Capítulos 4 e 5 deste estudo.

¹ Todas as entrevistas deste Capítulo foram realizadas pela autora do trabalho, nos meses de setembro a outubro de 2003, e uma em dezembro de 2003. Nas Referências Bibliográficas consta a data de realização das referidas entrevistas.

Todos os atores entrevistados concordam que o HCPE está em crise, como também apontam como *não sendo esse um fato isolado*, fazendo parte do cenário nacional das universidades e até internacional, muito embora as posições se diferenciem quanto aos argumentos:

A crise não é uma crise local, você vê no Brasil todo, no mundo todo, uma crise nos hospitais universitários (...), é uma *crise universal*² (Secretário Estadual de Saúde)

A crise dos hospitais universitários é um fato (Diretório Acadêmico de Medicina)

O Hospital das Clínicas, como um hospital universitário, faz parte de um contexto nacional, e os hospitais, de um modo geral, estão em crise (Coordenadora de Enfermagem do HCPE/ - gestão 2001–2003).

O Hospital das Clínicas, como a maioria dos hospitais públicos do Brasil, esta em crise já de longa data (Representante da Comissão de Residentes do HCPE)

...a visão que eu tenho não é apenas do Hospital das Clínicas, pois não consigo desvincular o hospital como parte integrante da universidade, mas eu vejo a crise das universidades (Coordenador Geral do SINTUFPE) .

Hoje, o HC encontra-se em uma fase de uma crise extremamente aguda. Entretanto, não é um caso específico do Hospital Universitário da Universidade de Pernambuco, ou seja, essa crise atinge a totalidade dos hospitais universitários brasileiros, e ela tem várias causas (Ex- Presidente da ADUFEPE).

... o Hospital das Clínicas, no seu perfil como hospital universitário, está em crise, e não é só uma crise, são algumas crises. A crise dos hospitais universitários é uma crise do Brasil, é uma crise de visão ministerial, de visão de governo federal (Presidente do SIMEPE).

² Os grifos em *itálico* nas transcrições das entrevistas são destaques da autora da tese.

Acho que o HC está em crise, embora crise seja algo muito relativo e muito amplo na sua conceituação, mas ele passa por uma crise (Diretor do CCS).

Nacionalmente todos os hospitais universitários estão em crise, porque o modelo que está implantado para os hospitais universitários é um modelo que precisa ser aperfeiçoado (Diretor Superintendente do HCPE).

Portanto, conforme as entrevistas, quanto à *crise do HCPE*, todos os atores entendem que ela de fato existe, embora muitos iniciem apontando que a crise é geral e não apenas do HC, portanto não é um fato isolado no país. Apenas o Diretor Superintendente do hospital faz uma observação sobre esse aspecto, afirmando que o hospital saiu da “UTI para a enfermaria”.

Dessa forma, o termo *crise dos hospitais universitários* está incorporado por todos os atores entrevistados, como um fato real. Embora na análise do HCPE se encontrem, entre os atores, algumas explicações divergentes sobre a crise ou, às vezes, explicações mais restritas dentro do mesmo campo de interpretação. Estariam, portanto, divergindo da hipótese deste estudo, que afirma não existir crise dos hospitais universitários.

Todavia, ao analisar o conceito de crise presente na visão dos atores, observa-se que não corresponde ao conceito explorado no início deste trabalho, sendo adotado uma interpretação de “senso comum”, sendo utilizado como uma expressão para qualquer situação vivenciada pelo hospital que não corresponda a um *padrão de funcionamento* hospitalar universitário que os atores tenham como referência. Chegam, inclusive, a sugerir que existe uma “crise da imagem institucional” do hospital.

6.1.1- Explicações para a “crise”

Embora exista concordância sobre a existência da crise e os atores apresentem algumas convergências de explicações, particularmente na questão do financiamento e, às vezes, na questão da gestão, existem também pontos específicos, divergentes ou complementares.

Uma das explicações do Secretário Estadual de Saúde para a crise baseia-se no distanciamento do *modelo de hospital universitário* existente frente às políticas de saúde no país:

... ele foi concebido dentro de um modelo e há quinze anos o Brasil tem um outro modelo pela Constituição de 1988, que foi o Sistema Único de Saúde, (...) e cada vez mais o SUS passa a ser o integrador e o financiador. O financiamento só não resolve, o que se questiona hoje é o modelo dos HU.

... aquele modelo sonhado de *concentrar a eficiência de todas as clínicas no mesmo local*, a prática vem mostrando que isso não é verdade. Até porque o empenho individual, em qualquer que seja o sistema, o esforço de algumas equipes faz com que o hospital cresça em algumas áreas e não cresça nas outras. Isso aconteceu na Inglaterra, na França. *O hospital das clínicas vai ser bom em algumas coisas.*

Para os dirigentes do DA de Medicina, as principais explicações para a crise, em um primeiro momento, não se referem ao modelo de hospital, destacando-se outras questões:

... a crise é estrutural e abrange da gestão ao esquema de financiamento e a política que o hospital vem exercendo na sua história. (...) é no histórico que está essa crise.

Um dos aspectos destacado pelos dirigentes do DA de Medicina chama a atenção pois reporta às questões tratadas por Testa (ver Introdução, acima) sobre o peso da determinação histórica dentro da organização, quando aponta que é no histórico institucional que está essa crise, sendo agravada pelas determinações atuais, no aspecto da gestão e do financiamento.

Ao abordar a questão do financiamento do HCPE, como parte da crise, os dirigentes do DA de Medicina apontam não apenas a questão nacional da crise, mas também o agravamento da mesma, decorrente de *decisões internas da gestão* que teriam repercutido no aspecto financeiro:

Não é só no Hospital das Clínicas, essa questão do financiamento dos HU é do Brasil todo, a gente (...) tem experiência com os outros estados e neles está bastante crítica essa questão financeira.

No HCPE, a crise financeira foi mais sacrificada nestes últimos 8 anos e deu o seu pico maior depois da história da diágnose (período 2000- 2001).

O agravamento da crise financeira do HCPE, em virtude de decisões tomadas pela direção do hospital (gestão 1996-2001) referentes à aquisição de equipamentos para o hospital, de forma mal planejada, é também apontada pelos outros atores, com mais veemência por aqueles que estão mais diretamente vinculados à realidade hospitalar:

Foi feito o financiamento de máquinas muito caras, com leasing, quando o dólar era igualitário com o real e houve uma disparidade quando houve a mudança de câmbio (Dirigentes do DA de Medicina).

Se os aparelhos estivessem em pleno funcionamento, você conseguiria pagá-los. Entretanto, essas máquinas ficam ociosas, principalmente *exames que dependem de autorização do Estado*, para que sejam realizados (Representante dos Residentes).

A coordenadora de enfermagem do hospital considera que a crise se intensificou nos anos 90, passando a ter uma repercussão maior, uma vez que ocorre um entrelaçamento de causas. Particularmente, ressalta a questão de material e de pessoal:

As dificuldades com os recursos materiais e recursos humanos vêm, há muito tempo, com uma deficiência exorbitante. (...) *o déficit de pessoal* chega, assim, a apavorar muitas vezes, deixar você numa situação difícil diante do seu cliente. (...) nós somos as pessoas que estão frente a frente com o cliente.

Defende a coordenadora de enfermagem a necessidade de realização de um planejamento que possibilite dispor de um quantitativo de pessoal, uma vez que:

... a *quantidade vai favorecer a qualidade de uma assistência*. Só agora na final da minha gestão (...), conseguimos ter um quantitativo de enfermeiros adequado às necessidades do hospital hoje.

O representante da Comissão de Residentes do HCPE identifica várias explicações para a crise. Todavia, tem um fator primordial sempre destacado na sua fala que é o seguinte:

Eu falei que o HCPE está em crise, mas o que preocupa mais é o seu *isolamento*.

Ele também aponta outros aspectos, apresentados a seguir:

Quando o Hospital das Clínicas foi fundado, 24 anos atrás, um projeto muito bonito, mas já existia uma certa crise... mas não era uma crise financeira, como ocorre hoje, era uma *crise até metodológica, de serviço*. Não existia uma *colaboração entre os serviços*, como se esperaria que houvesse (Representante da Comissão de Residentes do HCPE).

A análise feita pelo representante dos Residentes chama a atenção pela referência a uma crise anterior que ele denominou de *crise metodológica*, como uma falta de colaboração entre os serviços e a questão do *isolamento institucional*, que são elementos que podemos considerar como tensões constitutivas do cuidado em saúde, mais afeitas ao modelo de atenção adotado pelo HCPE, ao processo de trabalho em saúde, bem como à falta de diálogo no sistema de saúde local.

Quanto aos motivos para a existência da crise no HCPE, o Coordenador Geral do SINTUFEPE atribui às *políticas públicas ocorridas no país*, dando ênfase aos anos noventa. Por outro lado, em virtude de sua posição institucional ser mais ampla do que apenas o espaço do hospital, ele faz uma análise mais global das políticas, embora concentrado no aspecto da universidade e da educação no país de forma geral.

... eu vou dar o corte a partir do momento que se trabalhou as organizações sociais, quando se tentou desvincular financeiramente e administrativamente os hospitais universitários da universidade. Ele estaria vinculado, apenas, *academicamente*. A visão de quem defendia a proposta foi de maior mobilidade, maior facilidade de captação de recursos. Os funcionários, em vez de serem apenas funcionários da universidade, passariam a ser funcionários do hospital. E a finalidade era o atendimento da demanda, em detrimento da qualidade do ensino.

Particularmente, o Coordenador Geral do SINTUFEPE chama a atenção ao período Bresser Pereira (anos 1994-1995), quando ocorreu a criação das organizações sociais, apontando para um modelo de Estado, em que era necessário enxugar o Estado para ficar apenas com as atividades típicas. Além disso compunha a proposta um *modelo gerencial descentralizado* que se tentou implementar nas universidades:

... e o primeiro passo de implementação do modelo gerencial seria dentro dos hospitais universitários. Mesmo que esse modelo gerencial não tenha sido implantado, os hospitais universitários começaram a buscar esse caminho. Agora, *a crise é mais antiga do que isso*, a crise da educação brasileira, das universidades públicas, ela já tem um bom tempo. (...) associado a isso ocorreu um estrangulamento de recursos para a universidade e por conseguinte para os hospitais universitários.

Sobre a crise do HCPE o Presidente do SIMEPE questiona o *duplo vínculo ministerial* (MEC e MS) e o cumprimento de suas funções:

O Ministério da Educação devia prover toda a parte de recursos humanos, os recursos estruturais, já que são hospitais fundamentalmente de ensino, vinculados às universidades federais e ao Ministério da Saúde, porque ele também presta assistência à saúde. O que se defende hoje é que haja a integração entre os vários níveis de prestação de serviço dentro dos ministérios. Há uma falta de política adequada, de uma *política nacional para os hospitais universitários*. A crise do Hospital das Clínicas vem se agravando ao longo dos anos, porque *não houve nenhum marco de intervenção mais forte e mudança de políticas*, no sentido de recuperar os hospitais universitários.

Apontamos a crise de *financiamento*, pelos poucos recursos que tem vindo para manutenção dos serviços, de *recursos humanos*, que se agravou ao longo dos últimos oito anos, pela inexistência de concursos públicos para prover as diversas funções necessárias ao bom funcionamento do hospital. Essas crises acabam se associando, quando se utilizam os já poucos recursos do Sistema Único de Saúde para prover uma parte da parcela dos recursos humanos, que eram essenciais ao funcionamento do hospital. E há também uma crise *política*, pois o Hospital das Clínicas tem uma crise de relacionamento com a gestão do SUS, já que o hospital não tem a sua gerência ligada diretamente à Secretaria Estadual de Saúde, e isso tem trazido dificuldades, principalmente na questão de credenciamento de serviços e na recuperação de seu teto financeiro. A questão do incentivo ao ensino e pesquisa, que é uma verba chamada FIDEPS, onde o Hospital das Clínicas sempre teve um volume de recursos maiores, que eram calculados de acordo com a sua folha, e *na distribuição o gestor estadual privilegiou, hospitais da sua rede*, em detrimento de alguns hospitais universitários e houve um congelamento dessas verbas.

Para o Ex-Presidente da ADUFEPE, a crise do hospital é analisada numa perspectiva mais geral da universidade:

Primeiro é a questão do *financiamento*. Já existiu época no passado em que tinha *verbas do MEC* destinadas ao hospital universitário, *hoje não tem nenhuma*. A contrapartida do MEC é no sentido da contratação de pessoal. Mas o próprio hospital tem quadro próprio, tanto de médicos, como de técnico administrativo, que não são da parte de ensino, é parte específica do hospital. Tem médico no hospital que não é professor.

... tem que reconhecer que o *problema de gestão existe*. Nós tivemos em reuniões com os estudantes dos diversos cursos da área de saúde (...), como também, com os residentes, em épocas de greve, e o que eles diziam é que havia um problema sério de gestão. Os estudantes dizem: se isso aqui fosse mais bem gerido, haveria condições de minimizar a crise.

... tem pessoas que dizem que o *próprio SUS sustentaria o hospital*. Mas tem o *problema das greves*. O pessoal diz: no que o hospital deixa de funcionar, aquilo ali gera um débito fortíssimo. Agora, como você vai dizer ao pessoal que não pare o hospital no meio de uma greve, porque eles querem parar e dizer assim: se estiverem incomodados é por aqui mesmo o caminho.

Além do problema do financiamento e gestão citados pelo coordenador da ADUFEPE, chama a atenção a perda financeira do hospital durante os *períodos de greve*. Esse tratamento dado pelo SUS local ao hospital também merece discussão, pois conforme afirma o Diretor Superintendente do hospital o Sistema Único de Saúde não interpreta, no nível estadual, que o hospital em que ele não indica o diretor pertence ao seu sistema. Então, por exemplo, “*a gente não tem orçamento, todos os hospitais do estado têm, façam greve ou não*, porque eles têm um orçamento previsto e liberado mensalmente, e a gente não porque entrava numa lógica de que não era possível”.

Com respeito às explicações para a crise do HCPE, o Presidente do CREMEPE, inicialmente, ressaltou a importância do hospital universitário, dentro de um sistema de saúde, não só na docência, assistência, mas para a pesquisa, que é muito relegada no Estado. Analisa que a ampliação de horizontes de recursos humanos, que depois vão servir à comunidade, significa uma contribuição para o desenvolvimento cultural de uma sociedade. Por outro lado, mesmo reconhecendo a importância e seriedade dos hospitais universitários no Estado, considera que temos uma crise séria:

Um dos pontos fortes da crise é o *financiamento*, no Brasil todo, mas nós estamos falando do HC, ele é subfinanciado, com valores que beiram a indignidade. Houve uma época, quando se criou o SUDS, (...) que o *hospital universitário era visto como uma unidade de referência, que não visava lucro*, e que atendia tudo que chegasse de ação e não só as ações de alta complexidade. O diferencial hoje é que se criou um teto para as ações de até média complexidade e a alta complexidade é livre, mas em termos. Não adianta a capacidade instalada, é livre dentro de ultrapassar um pouquinho o teto e ser administrado pelo Secretário Estadual.

Para o Presidente do CREMEPE, a questão da falta de financiamento adequado para os hospitais está atrelada à visão econômica prevalecente no país que sacrifica as ações sociais, como a saúde e educação:

Essas questões, na realidade, passa por todos os governos, os de direita e os de esquerda, um pouco de *falta de compromisso*, porque essa verba só vai chegar, no dia em que se negociar as dívidas, deixando claramente que um percentual daquelas dívidas não vai ser pago, para poder se investir no social.

O outro aspecto é o *gerencial*. Normalmente se indica os diretores de hospitais universitários sem que haja um processo, no caso do HCPE, democrático, de eleição. É uma pessoa escolhida pelo Reitor. Por outro lado, esse diretor pode não ter formação de administração hospitalar e *não há um modelo assistencial preconizado pelo SUS*, quer dizer, eu sou o *financiador do bem maior do ser humano, que é a saúde, é a sua vida, mas eu não me interesso como é que está sendo administrado*. Deveria ter um contrato de gestão, para que algumas metas sejam cumpridas, sem cercear o direito de crescer. Tem que apresentar o mínimo necessário, sem aplicar a lógica: produza que eu lhe dou um faturamento, porque o hospital universitário tem outras coisas para serem realizadas, que não é só a assistência. É o ensino, a pesquisa, a extensão, então, *não dá para financiar pela lógica só de contrato de gestão no sentido de cumprimento de metas de assistência, tem que incluir metas de pesquisa e de ensino também*.

Não há *política de recursos humanos*, a remuneração chega a ser ridícula e causa muito medo, quando você permite que as pessoas trabalhem sem se reciclarem, desmotivadas, sem ganharem, porque aí elas passam a ter a motivação de outra ordem, que é uma coisa muito presente nos hospitais universitários, que é criar uma elitização às custas de vaidade. No sistema de docência, você não tem de cumprir metas e você não sofre uma avaliação de seu desempenho, é feita nas instâncias internas da universidade, que são controladas pelos mesmos.

No sistema da Universidade Federal, tem o *problema geográfico*. Como Brasília é muito afastada, os movimentos de pressão social ficam muito distantes. Eu acho que já é concebido por essa razão.

O HCPE ao longo do tempo formou e desformou. O hospital construiu uma situação muito feudal, não havia nem a necessidade de mostrar uma quantidade de assistência. Essa fábrica de formar médicos que se julgam tão importantes, que nunca foi integrado ao SUS. A gente não sabe se foi primeiro *o sistema feudal, que não quis se integrar, ou se foi o gestor dizendo: "já que eu não mando mais e não se integram, eu também não vou batalhar"*. Mas aí ficou uma aliança perversa, do "eu não me submeto, eu não custeio", isso é uma realidade.

Nos últimos dois anos, tem ocorrido um movimento crescente do DAMHUC (Diretório Acadêmico de Medicina Humberto Câmara), mais intenso até do que do Sindicato de Professores e Funcionários. A gente tem visto o movimento catalisar muitas coisas, como por exemplo, quando o Hospital das Clínicas queria abrir o último andar para leitos privados, ele puxou as entidades médicas todas, e se conseguiu sustar o processo.

...hoje, devido exatamente a esses feudos, à população não procura como primeira ordem um hospital universitário. Eu acho que o hospital universitário não deve ser só terciário e quaternário, pela função docente que ele tem. Eu acho que o hospital universitário tem que ter a visão do todo, sem prejuízo de que o aluno deva frequentar a rede pública. Eu acho que facilita o processo pedagógico, nem que seja uma coisa bem mínima. Eu não conheço bem como funciona o sistema ambulatorial do HCPE. É lógico que a ação básica é dentro da rede da prefeitura, mas eu quero dizer o seguinte: um mínimo de atendimento em clínica médica, que depois pode até ser referenciando para rede, ele tem que prestar. E nós esquecemos também que paciente não tem dinheiro para ficar se locomovendo.

A questão cultural, em síntese é a seguinte: nós vivemos o momento do aristocrata mendigo. O professor universitário é o aristocrata, por excelência, que faliu e está mendigo e ele não aceita ser mendigo. O que a gente propõe é o oposto, nem aristocrata, nem mendigo, cidadão comum, que exerce uma função tão importante como o homem que limpa essa rua, só isso.

Em relação à crise do HCPE, o Diretor do CCS, posiciona-se da seguinte forma:

As causas da crise eu acho que decorrem de dois fatores principais, o *gerencial e o financeiro*. É uma crise que vem ao longo de algum tempo, nos últimos anos ela foi se agravando. A crise se iniciou a partir do momento em que o *Governo Federal deixou de conceder ou de destinar aos hospitais universitários, aqui em particular o HCPE, uma dotação orçamentária*. E os hospitais universitários passaram a ter como *única fonte de renda a prestação de serviço ao SUS*. Isso ocorreu entre a década de 1980 a 1990. Aqui, especificamente no HCPE, teve o problema da Diaginagem que agravou mais ainda a crise financeira do hospital, foi realizado um investimento muito alto para a compra de equipamentos.

O gerencial refere-se aos vários problemas ocorridos, desde gestões anteriores, onde, muitas vezes se *criavam modelos, que desvinculavam, cada vez mais, o hospital da área acadêmica* do CCS e, mais especialmente, eu acho que o fator fundamental é o *gerenciamento amadorístico* do hospital. Nós não podemos mais colocar pessoas que não sejam competentes, do ponto de vista de administração hospitalar, para gerenciar o hospital.

Quanto à crise no HCPE, o Diretor Superintendente do hospital chama atenção, inicialmente, para a lógica nacional frente aos hospitais universitários:

Nós temos um hospital que tem uma *dupla vinculação ministerial*, com o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde e, em determinadas horas tem dois pais, e em determinadas horas não tem nenhum pai, se torna órfão. Essa dupla vinculação, ela é interessante do ponto de vista de conceito funcional, mas ela é problemática do ponto de vista de quem é o responsável pelo hospital. Em alguns momentos o MEC é o responsável e em outros momentos é o Ministério da Saúde.

Todas as estatísticas internacionais mostram que o hospital universitário é 15 a 30% mais caro. Foi criado o *FIDEPES*, que foi *desvirtuado ao longo do tempo*. Hoje, o FIDEPES é um fundo que

apoia a expansão de emergências, ou seja, de assistência e não de ensino, pesquisa e extensão. Então esse desvirtuamento da política nacional faz com que os hospitais entrem em crise, porque o seu financiamento caiu ao longo do tempo. No lugar de aumentar, diminuiu, porque o *FIDEPES* passou a ser gerido pelo gestor estadual de saúde e ele faz a distribuição dos valores e é quem define. Esse hospital sempre foi o primeiro FIDEPES, hoje não é mais, hoje ele está terceiro ou quarto FIDEPES do Estado. O maior FIDEPES do Estado está no hospital com emergência. Em lugar de se usar a *lógica do incentivo ao ensino, à pesquisa, foi usada a lógica da assistência*. Esse é um lado da *lógica da crise nacional*. A outra lógica da crise nacional é o *modelo de financiamento*. No hospital universitário, ele tem que ter um *orçamento anual*, com parcelas mensais, que lhe garantam a sua funcionalidade. O modelo que está nos hospitais universitários é um modelo de prestação de serviços, ele recebe o que ele produz e nos nossos hospitais como *são freqüentes as greves*, toda vez que há uma paralisação, você deixa de produzir e você tem custos permanentes que devem ser mantidos, então o hospital passa a ter uma relação receita/despesa invertida e aí aumenta o seu déficit. No modelo que está hoje de financiamento, em que o SUS não corrigiu significativamente a sua tabela, e que os insumos geralmente estão ligados à lógica do dólar, isso faz com que os custos operacionais de um hospital, quer seja público, quer seja privado, aumentassem numa proporção maior do que as correções da própria tabela.

A lógica do sistema estadual é que o hospital não deve receber benefícios estaduais, todos os benefícios são federais e toda vez que ele tem que fazer uma política, mesmo estadual, com recurso nacional, ele faz para o que eles consideram como próprios e próprios para eles são aqueles onde eles determinam a gestão.

A outra questão é no *nível interno*. O *hospital está dentro de uma estrutura universitária*, que tem autonomia e esta estrutura universitária, na maioria das instituições, é mais ou menos isto, o *orçamento de manutenção da universidade é praticamente igual ao orçamento de manutenção do hospital*, o hospital é uma outra universidade. Em termos de pessoal, em média, o *hospital é um terço*

do pessoal da universidade. Então, o hospital é uma estrutura forte e tem uma presença marcante na universidade, como ela está dentro da lógica da autonomia universitária e é uma lógica acadêmica, os seus gestores são indicados pela universidade, depende da política, pode ser eleição, pode ser indicação, mas é alguém da academia que dirige o hospital e isso cria o primeiro problema, porque o Sistema Único de Saúde não interpreta, no nível estadual, que o hospital em que ele não indica o diretor, pertence ao seu sistema.. O primeiro problema é que o hospital, mesmo sendo da universidade, *ele não é um ser jurídico*, o ser jurídico é a universidade. Então, toda a representação externa do hospital é feita pelo Reitor, embora ele delegue a função à direção, mas do ponto de vista de responsabilização, ele é o responsável. O segundo aspecto é de que nesta lógica, por não ter essa entidade definida juridicamente, os *processos licitatórios* seguem a burocracia da universidade. Eu acho que centralizado cria problemas, porque eu entro numa fila que está lá, papel, lápis e aqui eu estou precisando salvar vidas. Então o *hospital tem que ter autonomia administrativa financeira e tem que ter uma identidade acadêmica* com a universidade, esse é o perfil.

Tem, ainda, a preocupação das *relações dentro da própria universidade*, porque, historicamente, as universidades começaram com cursos de medicina e farmácia, ou só a medicina. Aí o hospital estava ligado à Faculdade de Medicina, então isso culturalmente criou um traço de que o hospital tinha que estar ligado à Faculdade de Medicina, mas isso, progressivamente foi mudando porque saúde não é só medicina, deixou de ter a lógica centralomédica, a lógica é da equipe de saúde, e isso fez com que, em algumas universidades, a área médica fosse associada a um centro de saúde. E aí ficou a disputa, se ficaria ou não vinculada ao centro de saúde. Mas como o hospital tem mais coisas, além da questão do ensino e da pesquisa, tem também a lógica da assistência, então, a tendência em todas as universidades do Brasil foi que ele se vinculasse à reitoria.

Um dos problemas bem graves do hospital, era *a questão da imagem*, porque a Diagimagem tinha sido comprada através da Fundação e o sindicato da universidade, tanto professor, como funcionário, entraram no Ministério Público arguindo que era irregular a compra e

o Ministério Público convenceu a Justiça Federal, que deu a liminar dizendo que a gente não podia mais pagar os equipamentos com os recursos do SUS, nem nenhum recurso da universidade, então nós deixamos de pagar.

Portanto, nas explicações para as crises se identificam três argumentos, que aparecem com mais regularidade nas falas dos atores, quais sejam: a questão do financiamento, a questão de pessoal e as dificuldades gerenciais, denotando uma certa preocupação com a agenda visível.

Além dessas explicações para crise, existem várias outras, que não apresentam uma regularidade tão grande de percepção entre os atores. Desse modo, são levantados vários outros argumentos para a crise do HCPE. O fato de se considerar que o modelo de hospital universitário é ultrapassado por concentrar a eficiência de todas as clínicas no mesmo local, por exemplo. A crise ser uma consequência do histórico da instituição, sendo agravada pelos aspectos da gestão e do financiamento, inclusive por tomadas de decisões por parte da direção hospitalar que comprometeram o aspecto financeiro, é outro exemplo. A realização de exames que dependem da autorização do Estado, implicando em ociosidade de equipamentos, repercutindo na parte financeira. A falta de colaboração entre os serviços e o seu isolamento institucional. As políticas públicas desenvolvidas no país durante esse período, repercutindo nas áreas de saúde e educação. O duplo vínculo ministerial, reduzindo o comprometimento dos ministérios com relação aos hospitais. A falta de uma política nacional para os hospitais universitários, expressa pela inexistência de algum marco de intervenção mais forte e de mudança de políticas, no sentido de recuperar os hospitais universitários. O gerenciamento amadorístico do HCPE.

Um das crises que também aparece com destaque é a crise *política*, pois diversos atores afirmam que o HCPE tem uma crise de relacionamento com a gestão do SUS, devido à sua gerência não estar ligada diretamente à Secretaria Estadual de Saúde. Esse aspecto para os atores tem-se refletido em diversas dificuldades, como o caso do credenciamento de serviços e da recuperação de teto financeiro. O hospital não tem orçamento previsto e liberado mensalmente, enquanto todos os hospitais do Estado têm, façam greve ou não. A lógica do sistema estadual é que o hospital não deve receber

benefícios estaduais, e mesmo que os recursos sejam federais, só são atendidas as unidades consideradas próprias do estado. A crise política é também apontada no plano interno ao hospital, particularmente quando se faz referência mais adiante à gestão centralizada e a inexistência de conselho gestor no hospital.

Um outro ponto de destaque é a crítica sobre a não existência de um modelo assistencial preconizado pelo SUS, sendo questionado o desinteresse dos gestores no sentido de financiar a saúde e não se interessar em saber como está sendo administrada. Como também é questionado o financiamento com base em uma lógica de contrato de gestão no sentido de cumprimento de metas apenas de assistência, devendo incluir metas de pesquisa e de ensino também.

A inexistência de uma dotação orçamentária para o HCPE, que o Governo Federal deixou de conceder, levou os hospitais a terem como única fonte de renda a prestação de serviços ao SUS. Como também a distorção do recurso FIDEPS, utilizado hoje para a expansão de emergências, retirou o apoio do ensino, da pesquisa e da extensão e está voltado basicamente para a assistência. É defendido que o hospital tem que ter autonomia administrativa e financeira e tem que ter uma identidade acadêmica.

Nas falas dos estudantes e do residente, eles consideram que o hospital vive isolado da sociedade e da política. Questionam a transparência dos processos internos ao hospital na definição de prioridades e a falta de cumprimento das negociações realizadas com a direção. Como também se referem à ausência do quadro docente no apoio à formação, particularmente dos residentes, uma vez que uma pequena parcela dos docentes se comprometem com o processo de orientação. Existem também explicações para a crise que se referem à cultura do hospital, com seus feudos e isolamento.

Em geral não se consegue identificar há quanto tempo existe essa crise, se é sempre a mesma crise e se as causas são as mesmas ao longo do tempo. Em geral, consideram que o hospital não está totalmente estruturado para atender a demanda do SUS, uma vez que percebem que “falta de tudo”.

Do que se pode apreender sobre esses relatos de crises, é que eles confirmam a hipótese desse trabalho, que de fato *não* são crises, mas tensões constitutivas do cuidado em saúde, que atravessam a instituição em vários planos: desde as relações externas (MS, MEC, SES) às relações com a própria universidade, às relações com as direções hospitalares, à integração entre os vários serviços e às relações no plano da micropolítica do trabalho em saúde, confirmando a multiinstitucionalidade do HCPE .

6.1.2- Repercussões da crise no dia-a-dia do Hospital

Quanto à questão de como a crise se reflete nas condições de funcionamento do HCPE, do ponto de vista da assistência, do ensino e da pesquisa, faz-se aqui uma sistematização dos depoimentos dos entrevistados.

Sobre a questão do financiamento, os estudantes destacam a *dubiedade institucional* (MEC e MS), no plano nacional, e suas repercussões no dia-a-dia do hospital:

Por ser um hospital voltado ao ensino e ainda *não estar totalmente estruturado para o SUS*, ele faz todo o atendimento desde o nível primário ao terciário. O hospital, na teoria, dentro do SUS é um hospital terciário. (...) então, ocorre um déficit do financiamento primário e secundário pois o SUS não remunera adequadamente (Dirigentes do DA de Medicina).

A contratação de pessoal realizada por fundação, que consideramos não indicado para o hospital; falta de cadastramento pelo SUS de certos leitos e certos atendimentos que realizam (...), em que não é repassado o recurso do SUS; falta de entusiasmo do pessoal, por não se sentirem parte do hospital, por já tentar muito e não conseguir ver retorno, mas falta às pessoas verem que estão aqui para construir e criticar; certas áreas do hospital, que são referência, se destinam grandes recursos, em outras faltam dipirona, soro fisiológico, lençol para cama. Fica uma disparidade muito grande em relação a isso; pouca inserção dos outros cursos dentro do hospital. Até os próprios estudantes de medicina, que se encontram no hospital, se sentem pouco inseridos na realidade do hospital (Dirigentes do DA de Medicina).

Fazendo uma análise geral sobre o HCPE, tanto pela vivência como estudantes quanto pelo conhecimento do movimento estudantil, os Dirigentes do DA de Medicina assinalam que:

...quem mais se prejudica com essa estrutura é a população carente, que necessita de um hospital terciário. Esse hospital tem uma mão-de-obra excelente, capaz de realizar diagnóstico que a maioria dos hospitais não conseguem, resolver com cirurgias avançadíssimas, e que a população necessita. *Mas a população sofre muito com esta estrutura*, passa-se três meses para marcar consulta, passam-se meses para fazer exames mais sofisticados, e o *ensino fica prejudicado*, porque a gente vê aquele paciente, nunca mais vai ver, pois vai passar muito tempo para ele voltar com o resultado do exame. Nos laboratórios ficam faltando reagentes e nas enfermarias a gente vê que falta desde a humanização, do carinho e da atenção das pessoas, falta dipirona, falta lençol, falta ventilador, acaba sendo uma coisa *desumanizada, que repassa para a formação dos estudantes*.

Os estudantes afirmam terem feito estudos sobre a visão que têm do paciente quando iniciam o curso e quando estão terminando, e as conclusões reforçam as distorções da formação do profissional da medicina apontadas por eles no HCPE:

No começo do curso, a relação com os pacientes, para os alunos, é uma questão idealizada, daquela coisa de *ter amor ao próximo*, de poder se relacionar com o próximo. Já com os formandos, a questão é que a paciente precisa do médico, *a pessoa que eu vou trabalhar nela*, essa coisa bem desumanizada. Essa *cultura se aprende no hospital*, em virtude das dificuldades existentes, é incorporada como se aquilo ali fosse o normal. Se a coisa fosse mais rotativa, se tivesse um material adequado, se existissem as coisas que faltam no hospital, isso seria bem mais suavizado.

Para a coordenação de enfermagem:

A crise se reflete na *assistência direta* ao paciente. Na questão do *ensino*, onde você não tem um número de professores suficientes. A questão do professor substituto é algo que dificulta um pouco porque, a partir do momento em que ele toma pé do seu papel, está na hora

dele sair. A *pesquisa*, também fica prejudicada, porque não tem recursos materiais, não tem pessoal e a estrutura está um pouco deficiente.

Muito embora tenha ocorrido uma redução do atendimento básico no hospital, a Coordenadora de Enfermagem afirma que o hospital ainda ultrapassa muita a cota que é reposta pelo SUS, e o hospital não pode cortar totalmente esse atendimento de maneira abrupta. Como também, para atender os demais níveis (terciário e quaternário) precisa ter a estrutura geral funcionando bem.

...a gente não pode chegar dizendo: a partir de amanhã, nós fazíamos esse atendimento, mas não vamos fazer mais. A gente não vai poder fazer isso. (...) tem que ter toda uma estrutura física, a quantidade de pessoal adequado, para que a gente possa prestar essa assistência terciária e quaternária, que realmente é a missão, no meu entender, dos hospitais universitários e particularmente do nosso.

Procurando exemplificar aspectos da crise no dia-a-dia do hospital, o Representante dos Residentes faz as seguintes observações:

... falta medicação de custo baixíssimo, e tem antibiótico de última geração de preço caríssimo, às vezes sendo usado pelo mesmo paciente. Quem roda mais na UTI, percebe que falta o medicamento mais essencial, mas tem o mais caro; a UTI tem oito leitos, insuficientes para um hospital desse tamanho e, de vez em quando, você tem um eletrocardiograma quebrado, tem apenas um tensiômetro para todos os pacientes, isso aumenta o índice de infecção hospitalar e conseqüentemente o gasto; exames de laboratório que não retornam, não porque não tenha verba, mas porque a licitação não estava pronta; você não tem o hospital como referência para determinados tratamentos. Algumas dosagens não são feitas aqui, aí tem que encaminhar para o laboratório do estado, que demora um mês para fornecer o resultado; muitas vezes os residentes fazem uma cota junto com os preceptores, para pagar o exame de pacientes internados, sobretudo pacientes laboratoriais, que precisam com urgência daquele exame. Nós temos poucas máquinas de ultra-som, poucas máquinas de raio X, quando precisa desses exames ou qualquer outro exame complementar, o paciente só pode voltar com um mês ou dois meses, ou até mais.

Quando se refere ao isolamento do hospital, o Representante dos Residentes destaca particularmente a relação do HCPE com o SUS de Pernambuco.

... Visto ser o HCPE é um hospital federal, pelo SUS não existe brecha para esse tipo de hospital, a tendência é que ele fique centralizado, mas ele está relacionado com quem? Não existe um orçamento para o hospital, o dinheiro que vem é para a universidade. Fica essa questão de briga de poder, porque a universidade recebe o orçamento dela e vai ter que repassar aqui para o seu centro e para o hospital universitário. Talvez o desconforto seja esse, o dia-a-dia do residente é isso: *não tem uma meta fixa, não pode existir planejamento de longo prazo, porque você não sabe o que você vai receber naquele mês, naquele semestre.*

Embora exista um teto, como o hospital universitário é um hospital terciário, serve de referência para muita coisa e (...) atende muito paciente de atendimento primário, que podia ser atendido na unidade de origem. Na parte de ambulatório, a gente ultrapassa sempre a cota. Pelo que a comissão de residência soube, todos os de internamentos extras das clínicas ficam guardados, para darem entrada no mês seguinte.

Além do aspecto financeiro e do isolamento do hospital, o Representante dos Residentes assinala que a pouca verba que existe é mal utilizada. Nesse sentido, aponta a baixa quantidade de atendimentos realizados para o tempo destinado e o quadro de pessoal disponível em alguns serviços.

... falando em produtividade, a gente tinha condições de trabalhar mais. Muitas outras coisas ocorrem por esse hospital ser um hospital-escola, pedimos muitos procedimentos, exames desnecessários. Perde muitos recursos com o estudante, pois para fazer um procedimento gasta luva em excesso, gasta material em excesso. Em compensação, certos materiais que para a gente são essenciais, por exemplo, máscara, de vez em quando falta em determinados setores.

Tem muito profissional bom aqui no Hospital das Clínicas que está de contrato novo. Em determinadas disciplinas do curso profissionalizante, existe uma quantidade de médicos muito grande e

a gente não vê aqueles professores. Nós temos uma quantidade muito grande de recursos humanos, os próprios docentes, que somente três, quatro aparecem, os demais não aparecem no hospital. Tem um professor da gente, não me lembro qual foi a cadeira agora, é o chefe da cadeira, só dá uma aula por ano.

... em geral os professores não são bem utilizados. Nós podemos dar assistência ao nível terciário, que para o hospital é mais rentável, só que o hospital ficou entravado, muito paciente é encaminhado de maneira errada, não existe comunicação, um reforço à referência. O hospital é um hospital isolado do planejamento da Secretaria de Saúde. Existe a central de leitos agora, os leitos da maternidade são regulados pela central de leitos, os leitos de clínica médica não são. Se houvesse regulamentação desses leitos e do encaminhamento, haveria uma ocupação mais correta. Existem muitas críticas, pois você vê a clínica com muitos leitos, mas vazios, desocupados. Enquanto outras clínicas que têm um rodízio maior de seus leitos, têm uma maior produtividade, não têm a quantidade de leitos.

Para o coordenador geral do SINTUFEPE, o dia-a-dia do hospital apresenta alguns problemas de outra ordem:

... tem coisas aqui no hospital que eu ainda lembro da transferência dele. Um dos pontos que vejo é que *a saúde transformou-se em apenas um número*, o prontuário de fulano de tal. Não é saudosismo, mas eu lembro que a psiquiatria no Hospital Pedro II era um espaço largo e não era separado. Quando eu vejo a psiquiatria aqui, com seis leitos, num cantinho, eu digo: com certeza essa pessoa não vai melhorar. Não é dado científico não, só que *a estrutura física do hospital não favorece ao bem-estar, à integração*, parece uma máquina de produção em linha.

Durante muito tempo esse hospital, e a universidade como um todo, foi criado *como feudos*. Isso está mudando. Outra coisa que também começa a mudar é nas ciências médicas. Hoje o nome é *ciências da saúde*, embora o *centro desse hospital ainda seja o médico*, aliás, de todos os hospitais. Assim, ocorre uma *centralidade nas ciências médicas*, não nas ciências da saúde. A saúde, hoje, quer dizer outros profissionais envolvidos, como o engenheiro civil, o engenheiro químico, o físico, o biólogo.

...tem a questão profissional, que hoje em dia, estamos cada vez mais desmotivados, não existe um processo de crescimento, de melhoramento profissional, de cursos de qualificação, de reciclagem. Às vezes, até pela própria condição econômica, as pessoas têm dois, três empregos.

Para o Presidente do SIMEPE, a crise do hospital se expressa no seu dia-a-dia através das seguintes questões:

.... A própria assistência, a gente sabe que vários serviços do HCPE estão sucateados. Não houve uma ampliação da sua capacidade instalada, e até pouco tempo atrás, tinha andares dentro do hospital desativados. Tem uma carência enorme de leitos terciários no Estado e o Hospital das Clínicas tem um papel na questão do atendimento terciário e quaternário. Entretanto, tem serviços ociosos dentro do hospital.

A mídia tem relatado as grandes filas do sistema, demora para internamento, é lógico, que não é culpa só do hospital. Mas há uma crise também de *imagem institucional*, a imagem foi arranhada ao longo do tempo, por conta dessa série de crises. O presidente do Sindicato continua:

... é uma crise de *integração e de identidade com o SUS*. O Hospital das Clínicas não admite o controle social. O HCPE devia dar exemplo, devia ser pólo capacitador de conselheiro gestor, devia ter um conselho gestor muito atuante, porque era isso que garantiria essa integração com a comunidade.

Para o presidente do CREMEPE, a crise se expressa com muita clareza nos detalhes do dia-a-dia do hospital:

Hoje, eu não aceitaria ser diretor médico de hospital nenhum, porque, dificilmente, cumprem as normas mínimas de ética. O hospital HCPE, por exemplo, é um hospital que não tem um carro de parada em todos os andares, eu acredito que muitas mortes poderiam ser evitadas. Há um ano e meio atrás, as entidades médicas foram provocadas pelo diretório acadêmico e pelos residentes. Nós tentamos, de toda maneira, com o então diretor, com a Secretaria de

Saúde e, no final, para se conseguir a compra de um carrinho a mais, só havia um carrinho, foi preciso o sindicato solicitar o levantamento das mortes no último ano e ameaçar entrar contra o Secretário de Saúde do Estado e contra o diretor do hospital, na justiça comum. Fizemos reuniões, inclusive, com o Ministério Público Federal e no final, tudo o que se conseguiu foi de um passar para dois carrinhos e conseguir tirar o setor onde as mulheres faziam colposcopia, que era debaixo da escada, num trecho que não tinha uma janela, onde eram feitos pequenos atendimentos cirúrgicos, sem que tivesse uma mínima sala de cirurgia ambulatorial, e subir para o último andar, que estava reservado para ser privado. Então, esse tipo de problema, eu posso dizer com sinceridade, tem que ser enfrentado de frente. Eu fui diretor de hospital universitário, a primeira coisa que eu fiz foi chamar a comissão de direitos humanos.

O ex-presidente da ADUFEPE, por sua vez, faz as seguintes observações sobre a crise e o dia-a-dia:

A vigilância sanitária obriga todo hospital daquele porte a ter um ressuscitador cardíaco em cada andar, aí naquele prédio todinho, (...) só tem um. (...) deve acontecer de morrer gente ali dentro por conta de: vá buscar lá embaixo, está ocupado

O que chegou ao meu conhecimento era que o Tribunal de Contas da União não tinha aprovado o funcionamento do hospital, por causa de problemas no almoxarifado. Porque já que o almoxarifado era que guardava os medicamentos, tem uma série de exigências. Estava lá o medicamento, o paciente usando, ninguém sabia qual foi o lote, que tempo foi comprado, a nota fiscal, não tinha nada disso. Existe uma tabela nacional de preços que o ministério aconselha e que não era usada, tinha até casos de se comprar muitos medicamentos em farmácias, não sendo em fornecedores, ou seja, havia um descontrole geral lá dentro.

Para o Diretor do CCS, o grande problema no dia-a-dia do hospital é que:

O hospital não tem uma *identidade*, seu papel no SUS, sua inclusão dentro da universidade, o seu papel como hospital de ensino, como cenário de aprendizado para o estudante da área de saúde e o papel dele, também, fora da universidade, na sociedade. Esses problemas gerenciais dissociaram o hospital da área acadêmica e, por outro lado, ele não tem uma definição do papel dele dentro do sistema de saúde e aí ele atende desde a atenção básica até a terciária, quaternária, fica sem uma identificação.

Desde quando o hospital era no Pedro II e depois aqui ele fazia atendimento básico. Quanto teve corte na dotação orçamentária da universidade, o hospital ficou exclusivamente dependente do SUS. O SUS considera o hospital como terciário e quaternário e não repassa o que ele faz, o que ele atende na atenção básica.

É por isso que estamos criando um Centro Integrado de Saúde (CIS), que fará parte de um grande complexo hospitalar da universidade, e lá ficaria o atendimento primário e secundário e deixando o hospital para exercer realmente o seu papel no atendimento terciário e fazer a referência e contra referência dentro do sistema. Com a criação do CIS, os estudantes deverão estar dentro do CIS, estágio em serviço, que é o internato e a residência, ficariam no Hospital das Clínicas. Nós teríamos outro cenário de aprendizado, de atenção básica no PSF, primário, secundário, atendimento médico de média complexidade, no CIS e alta complexidade no hospital. É a lógica da reforma curricular do curso médico.

Essa crise financeira e gerencial leva ao desestímulo das pessoas, a uma falta de condições da prática profissional dentro do hospital, a uma dificuldade na assistência e conseqüentemente dificulta o aprendizado. No momento, todos os estudantes de Medicina da área profissional estão inseridos dentro do hospital.

O Diretor Superintendente do hospital faz as seguintes observações sobre o impacto da crise:

É por isso que estamos criando um Centro Integrado de Saúde (CIS), que fará parte de um grande complexo hospitalar da universidade, e lá ficaria o atendimento primário e secundário e deixando o hospital para exercer realmente o seu papel no atendimento terciário e fazer a referência e contra referência dentro do sistema, na verdade é o contrário, só que o hospital não tem verba para o ensino, ele usa a verba da assistência para apoiar o ensino e usava também para apoiar a pesquisa. O dinheiro que o SUS gerava através da produtividade era o dinheiro que apoiava alguns projetos de pesquisa e a lógica do FIDEPS ajudava nessa concepção. Como os hospitais começaram a ficar deficitários, não podiam mais apoiar o ensino. O Centro de Ciências da Saúde diz que não tem orçamento. As próprias instalações do hospital, que são para o ensino, são mantidas por nós. Tivemos que fazer um mutirão institucional, para resolver o problema do espaço destinado as aulas.

A pesquisa, em todo canto do mundo, ela é feita através de órgãos de fomento, não pode ser usado o orçamento de manutenção para isso. No hospital as pessoas usavam a assistência para fazer a pesquisa, mas se isso fosse feito dentro de um protocolo e de uma norma de assistência baseada em evidência científica, tudo bem, era casuística, era uma coisa. Agora, querer estudar novos materiais e novas propostas com o dinheiro da assistência não dá. Tinha setores que estavam estudando materiais caríssimos, em cirurgias, quando o que o SUS paga por esse tipo de procedimento é insignificante, é uma coisa inviável.

Na parte de manutenção, houve um crescimento assustador de todas as contas e os preços dos insumos são todos dolarizados e você não tem correção no seu orçamento, então é uma equação de inviabilidade.

A assistência também fica comprometida, à medida que utiliza os recursos do SUS destinados à assistência para outras atividades. Então o hospital começa a acumular déficit financeiro e aí vem o

desabastecimento, por duas ordens, uma porque falta de dinheiro e outra por conta da burocracia centralizada, que dificulta os processos. A lógica do serviço público é de se comprar o mais barato para a área da saúde é um problema, por exemplo, as pinças que a gente compra, elas duram muitos menos, porque a qualidade é problemática e alguns professores se recusam a usar.

A expressão da crise na realidade do dia-a-dia no hospital é mais visível para alguns dos atores, particularmente os estudantes e residentes e a enfermagem. Eles apontam a baixa qualidade da assistência, a suspensão de atendimentos, a falta do acompanhamento dos preceptores nas atividades realizadas pelos residentes, a ausência de equipamentos e materiais em geral.

Assim, do ponto de vista das repercussões da crise no hospital, os atores mais diretamente ligados ao dia-a-dia tem uma opinião mais aguda da situação, destacando que a crise se reflete na assistência direta ao paciente. O sofrimento da população com a precariedade da estrutura de atendimento e das condições do cuidado com a saúde reflete também em prejuízos para o ensino. A desumanização do atendimento, além de prejudicar os pacientes, também é repassada para a formação dos estudantes. A falta de uma meta fixa de trabalho e de planejamento de curto, médio e longo prazo, que possibilite assegurar o material para realização do trabalho e melhores condições estruturais é outra reclamação. A pouca verba existente, que, além disso, é mal utilizada na distribuição das prioridades dentro do hospital. A baixa quantidade de atendimentos realizados para o tempo destinado e o quadro de pessoal disponível em alguns serviços. A falta de pessoal em alguns setores prejudicando a realização do trabalho e a desmotivação e descrença dos trabalhadores em processos de mudança.

Também são apontadas outras questões. A ausência do quadro docente no hospital, repercutindo no pouco apoio dada à residência, na própria qualidade e na redução dos atendimentos que poderiam ser realizados. O isolamento do hospital em relação ao planejamento da Secretaria de Saúde do Estado e ao SUS. A estrutura física do hospital que não favorece ao bem-estar, à integração, assemelhando-se a uma máquina de produção em linha. A permanência da *centralidade nas ciências médicas*, não nas ciências da saúde, onde o médico continua sendo o centro do hospital, como pouco espaço para as equipes de

saúde. A crise de integração e de identidade com o SUS. A não aceitação do Hospital das Clínicas da concepção de controle social em virtude da defesa da autonomia universitária. O comprometimento da assistência em virtude da utilização dos recursos do SUS para outras atividades.

O que se observa , no geral, é a existência de pontos de consenso e de divergência nas discussões sobre alguns aspectos de funcionamento do hospital, quando algumas medidas são propostas ou adotadas pela direção hospitalar, ou quando o hospital entra em “crise”.

Por outro lado, uma questão curiosa é que, embora existam todas essas análises, os atores, em geral, demonstram um certo apreço com o hospital e também um reconhecimento da qualidade dos docentes existentes, chegando algumas vezes a afirmarem ser o melhor quadro de profissionais do Nordeste. Por ser um hospital que tem potencialidades para melhorar e crescer, por dispor de tecnologias não existentes em outras unidades públicas do estado, e por expressarem um sentimento de resgatar o papel de vanguarda desempenhado pelo HCPE ao longo dos anos.

Quanto aos “projetos institucionais”, os entrevistados não apresentam a mesma leitura que o estudo considerou inicialmente. Em geral, existe um desconhecimento de que caminho foi traçado pela gestão e quais são os projetos em andamento ou os que já ocorreram. Por outro lado, chama a atenção o desenvolvimento de projetos paralelos dentro da instituição, quando a direção propõe o processo de acreditação, e os estudantes estão trabalhando um projeto de humanização hospitalar junto com o CREMEPE, na enfermaria de pediatria e de adultos do HCPE. Esse aspecto foi mais explorado no capítulo 5.

6.2- O HCPE COMO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Sobre o papel do Hospital das Clínicas como hospital universitário, os entrevistados têm opiniões semelhantes e divergentes. O Secretário de Saúde, por exemplo, admite que o hospital é um grande centro formador, mas que a estrutura pública existente em Pernambuco tem que ser considerada:

Os grandes centros têm que estar trabalhando juntos, como já existe na prática para toda a residência, e por que não no ensino de graduação? O bom senso manda que a gente abra essa rede pública para formação, aonde a gente tenha já exemplos de pesquisa. A grande maioria dos professores utiliza os trabalhos na rede pública no seu segundo emprego. A gente tem belos serviços de Cirurgia Geral, nas duas universidades nossas, então existe uma rede disponibilizada. Da mesma forma que você vai ensinar Pediatria, Puericultura onde? Nos ambulatórios da Prefeitura do Recife ...

Quanto às dificuldades de esta integração poder ser realizada, o Secretário afirma que teorizar é muito fácil:

Na prática você tem que vencer resistências. Eu estou colocando como uma filosofia que nós temos que almejar, por reconhecer que somos um estado pobre e que temos condições de oferecer esses equipamentos para formação do pessoal.

...é bom para a gente dizer que o Hospital das Clínicas é referência quaternária, mas isso é teoria. Ele é quaternário naquilo que ele se especializou e que ele é bom e alguns serviços são de primeira, mas em outros serviços ele não cresceu, por uma série de problemas históricos, que vêm há anos, quer dizer, essa foi uma teoria, que na prática não deu certo.

O Secretário considera que os HU têm que analisar a sua vocação e rever a idéia de um modelo que concentrou todas as clínicas num só hospital:

Em outras realidades, como na Inglaterra e França, que não criaram aquele modelo de hospitais de clínicas, cada hospital, muitas vezes com dois séculos de funcionamento, foi se modernizando e se especializando naquilo em que ele tinha tradição.

Quanto à parte de formação, o Secretário assinala que, com exceção dos residentes bolsistas do Hospital das Clínicas, o estado tem desempenhado um grande papel na formação dos residentes utilizando a rede pública:

Hoje temos mais de duzentos residentes e as grandes residências estão todas equipadas pelo estado de Pernambuco, pois pagamos quase trezentas bolsas da residência. Temos programas de residência médica em todos os grandes hospitais e estamos entrando com programas de residência de Psicologia esse ano, tem uma residência de Enfermagem....

O Secretário defende também que a atenção básica seja cada vez mais ensinada na rede municipal, que é onde ela acontece. Nesse sentido, aponta que Pernambuco já tem uma grande rede municipal:

...você tem em Recife, Olinda, já com sistema de saúde bem organizado, Camaragibe, que é junto também, quer dizer, tem todos os municípios muito próximos, onde a atenção básica pode, precisa e deve ser ensinada....

... o HCPE ficou envelhecido antes da sua inauguração, porque o Sistema Único de Saúde perpetua a atenção básica como porta de entrada do sistema. Além do modelo de municipalização do Brasil, que é um processo único no mundo, e tem levado ao fortalecimento neste aspecto da atenção básica sendo feita pelos municípios. Em Pernambuco, pelas características, a atenção de média e alta complexidade encontra-se na mão do estado.

Todavia, para que isso seja possível o Secretário retorna à discussão das corporações:

... nós conseguimos vencer com mais facilidade uma queda de braço com corporações dentro dos hospitais públicos, dirigidos pelo estado, do que com as corporações universitárias. Embora isso não seja uma característica brasileira, o poder da corporação universitária, às vezes, de algum segmento da universidade, de resistir às mudanças, que aconteceram no mundo e no país....

Ainda no tocante à formação, o Secretário reconhece o grande esforço que tem feito o Ministério da Saúde, desde a gestão anterior, no sentido do estímulo para que os hospitais universitários adaptassem seus currículos, como também a nível local:

Há um esforço muito grande das duas faculdades de medicina, talvez até esteja mais na frente a Universidade Estadual de Pernambuco, avançando mais nessa mudança curricular, mas eu sei que existem os grupos que trabalham nisso dentro da universidade, são pessoas de excelência, mas que lutam com dificuldades enormes, é uma minoria lutando contra uma força tradicionalista da maioria que não quer modificar.

Como um das saídas para a situação da formação dos profissionais, o Secretário defende veementemente que não podemos dispensar uma volta ao passado, e que a grande formação tem que ser utilizando a rede pública existente. Essa posição é justificada, entre outros fatores, pela existência de uma rede pública em Pernambuco, que, segundo palavras do Secretário, vem melhorando muito:

Temos serviços que são extraordinariamente bem equipados e que já se prestam, na prática, à formação. Veja, inclusive, como os residentes buscam os serviços do estado (...), em algumas clínicas, eles são as primeiras opções. Evidentemente que o HCPE é bom em algumas coisas também, como é também o Oswaldo Cruz em outras áreas.

Embora aponte a utilização da rede pública como uma possibilidade, o Secretário não desconsidera a existência de algumas dificuldades para um processo mais integrado de atuação das instituições. Assim aponta esse problema:

Nos hospitais públicos, você tem confrontos permanentes entre gestor e gerente e atividades profissionais, que requerem, por exemplo, melhores salários, corporações de médicos, auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem, fonoaudiólogos, de enfermeiros, batalhando sempre pelos seus interesses.

Já o confronto com a corporação do professor universitário não é uma questão particular do Brasil, é no mundo todo. (...) é um poder muito forte que eles têm, e muitas vezes você não consegue chegar a um ponto de entendimento.

Todavia, para o Secretário, embora muitos esforços tenham sido feitos em torno do SUS, hoje ainda permanece uma grande dificuldade que é a formação do profissional. Atribui isso a algumas questões:

... o serviço público no Brasil, como um todo, remunera de forma inadequada, você tem dificuldade de ter este profissional para exercer as funções na porta de entrada do sistema, que é, por exemplo, o Programa de Saúde da Família. O profissional não sai com a visão generalista que ele precisava em Saúde da Família. Mas não sai não por culpa da congregação como um todo, das faculdades, por não mexer no seu modelo, mesmo que exista a resistência às mudanças, o que é natural, mas é acima de tudo porque existem especialidades que continuam a ser muito mais bem remuneradas. Há um desinteresse dos médicos para Clínica Médica, para Pediatria e até na Obstetrícia, (...) e há um aumento muito grande dos jovens em busca da imagem, do diagnóstico, daquelas especialidades onde você encontra uma remuneração maior. (...) é muito simples dizer que a culpa é da Universidade que não forma o profissional. Embora a Universidade precise acompanhar aquilo que o SUS define, pois o SUS é o grande empregador. Mas a sociedade, como um todo, precisa também oferecer salários adequados.

Os dirigentes do DA de Medicina destacam a relação hospital e centro de ensino e algumas expectativas em relação a mudanças:

A gestão do Hospital das Clínicas parece que não faz parte do ensino, não tem um centro de ensino subordinado ao HCPE, temos a coordenação do curso médico, que na verdade não é tão integrado com o hospital. Então a gente vê essa falta do interesse da direção em relação ao ensino. O que a gente defende é que se tenha o cuidado de se saber qual é a necessidade dos estudantes e a direção esteja responsável por isso. Metade dos médicos de Pernambuco são formados neste hospital, e muitas vezes não se tem a preocupação de que eles tenham acesso a todas as áreas, porque, por exemplo, no Diágnimagem os estudantes não tinham acesso a essa área.

A gente só entrou no Diágnimagem no dia que tivemos de ser acorrentados à máquina. Só quem usou foram os residentes e olhe

lá. Todos os equipamentos foram readquiridos, nessa gestão, com exceção da ressonância magnética. A ressonância está trancada e tem uma parte sem funcionar. Os outros aparelhos desmontaram mas não levaram tudo.

Quanto aos níveis de atenção que devem ser prestados no HCPE, o DA de medicina considera que:

O hospital universitário pode exercer um papel fundamental como hospital terciário, pois esse é o papel do HU dentro do SUS. Desde que para as outras assistências tenha assegurado o ensino em outros campos. Hoje estamos batalhando pelo CIS (Centro Integrado de Saúde), que foi planejado para ser um posto de saúde escola, integrada com o distrito sanitário IV, no município de Recife. A formação básica é 70% do curso. Se isso for feito, o papel do HU será terciário.

Do ponto de vista do nível terciário e quaternário, se a idéia é atender tudo ou montar sistemas de redes dentro de estado, a visão do DA de Medicina é a seguinte:

Essa é uma questão inevitável, essa coisa de ilha de referência. Geralmente no plano da referência, leva-se em conta a junção entre os recursos humanos bem qualificados naquele serviço e a disponibilidade de recursos técnicos e materiais. Os hospitais de Pernambuco se configuram dessa maneira, é uma coisa bem clara. Agora, quanto à estruturação da rede, acho que a Secretaria de Saúde deveria está agindo, visando evitar se perder muito, quando leva um paciente para vários lugares, e isto acaba rodando muito com o paciente.

Entretanto, se existir só um serviço especializado sem o suporte de outros hospitais, pode sufocar o hospital, seja de qualquer especialidade. Dentro do HU deveria ter os grandes centros com ótimo atendimento naquelas áreas destacadas, como também deve ter todos os outros atendimentos, ou então que o aluno deve ser encaminhado para outros lugares para aprender lá. Teria essas duas vias.

O fato de o HCPE ser usado como referência acredito que se deve ao fato de ser usado como ensino. A partir do momento que o professor tem que explicar sua prática e é questionado pelos alunos, isso é importante para o hospital, para a população e vai fazendo com que o serviço melhore.

A coordenadora de enfermagem considera que o papel do HCPE seria consolidar a missão da instituição, enquanto hospital terciário e quaternário.

...mas se o trabalho de base feito pelos outros serviços da cidade de origem de uma criança não acontece de uma maneira efetiva e a criança chega aqui desidratada, e a gente tem que internar, eu estou reduzindo meu número de leitos. Quando chega uma criança com uma patologia de alta complexidade, eu não tenho mais leito.

Uma medida adotada pela direção hospitalar que, segundo a coordenadora de enfermagem, levou a uma repercussão geral no hospital foi o redirecionamento do atendimento no SPA:

... tivemos uma redução considerável, com relação à entrada de pacientes pelo SPA (Serviço de Pronto Atendimento). A comunidade ficou ciente da nossa proposta, que todo paciente que precisasse de um atendimento especializado ele viesse encaminhado de um outro serviço. Mas caso chegue paciente por demanda espontânea, ele é visto no SPA que define a condução deste paciente. Isso teve uma repercussão no ambulatório e na internação, mas o foco não foi redução de leitos. Esse trabalho resultou em uma redução de atendimentos em torno de uns 40%.

..a partir desse trabalho o paciente que chega encaminhado não vai ficar esperando no SPA para que seja avaliado, ele vem direto para o SAME, para poder fazer a marcação de sua consulta.

Sobre o papel do hospital universitário, o Representante dos Residentes acrescenta:

O hospital universitário, na condição que ele tem, deveria ser um serviço terciário e até quaternário. O que acontece é que não existe um sistema de contra-referência e referência fixo ou eficiente. Uma das formas que estamos utilizando é o atendimento à saúde a distância através de Núcleo de TeleSaúde (NUTES). Mas a maioria

dos serviços que está se vinculando ao HCPE é serviço público, que usa só e-mail, onde tem um atraso no repasse da informação, mas de toda forma está funcionando. Mas o HCPE, por ser uma unidade de multiespecialidade, poderia funcionar só como se fosse uma unidade de referência, pois tem seu ambulatório funcionando de alto risco. Paciente tem e muito no estado de Pernambuco necessitando de atendimento terciário, o que falta é organizar. O hospital tem um potencial muito grande, de nível tecnológico de complexidade altíssimo, nós temos potencial para ter uma das maiores UTI do nordeste, e aqui só são oito leitos.

Algumas tentativas têm sido feitas de retirar o atendimento primário do hospital, já comentando por outros atores. Sobre esse ponto, o Representante dos Residentes assinala:

Estão criando um centro de acompanhamento, até agora não funcionou ainda. É um projeto muito bom, vai fazer a grande triagem daqui do Hospital das Clínicas. Mas precisa tirar o hospital do isolamento, porque alguns staffs e disciplinas perdem muito com a questão do individualismo -- o residente, toda residência é sempre individualista, não existe integração. Isso começa a partir da própria graduação. O Hospital das Clínicas, muitas vezes, ele perde o poder de assistência, o poder de ensino, para ter o poder simplesmente político, é aquele paciente que vem encaminhado de fulano, e aí precisa ser operado antes desse, que tem mais necessidade. Certas cirurgias o Hospital das Clínicas não realiza, porque não tem leitos de UTI suficientes. A questão não é ter ou não uma emergência, é uma questão da gente saber usar o emergencial. Tem muito paciente que em outros hospitais tem dificuldade de ser operado lá, que podia muito bem vir para cá e ser operado aqui, o problema é o isolamento do HCPE.

Muitas vezes a gente precisa de um parecer de determinada clínica, e aquela clínica não chega lá. Há muitos preceptores aqui que têm horário de 20 horas. Alguns preceptores cumprem um horário de no máximo 8 horas semanais, porque se ele for cumprir também não vai valer a pena ficar aqui no hospital. Há uma ausência muito grande do preceptor. Tem áreas que o residente só tem preceptor duas vezes por

semana, no mais eles precisam decidir sozinhos os procedimentos. Assim, a residência deixa de funcionar. É difícil conseguir reunir grupo de residentes, mesmo representante de cada grupo. Poucas disciplinas têm integração entre elas, são raras. Porque o que acontece muito é a pessoa que está à frente da disciplina, se sente por demais endeusado e assim diz: não, aqui quem manda sou eu, aí se isola das outras.

Quanto à questão de ter uma parte dos médicos gerenciados pela direção do hospital e a parte docente ser gerenciada pelo CCS, a posição do representante dos residentes é a seguinte:

Existe uma certa desvinculação entre o assistente do hospital e o assistente docente. A reitoria passa o recurso como se fosse parte do fundo do CCS. Mas quem autoriza é o Reitor. A briga por poder não é tão grande. Os médicos e a direção do Hospital têm sua independência do CCS. Os docentes são subordinados hierarquicamente ao CCS, mas na realidade isso não funciona, talvez seja por isso que existe essa ausência desses professores, porque não existe uma cobrança. Existe uma desvinculação intensa do CCS.

Sobre o mesmo tema, o Coordenador Geral do SINTUFEPE tem a seguinte opinião:

O hospital pertence à universidade, mas ele é o aporte para que o SUS melhore, ele não pode ser mais um, e não tem que estar atendendo desse jeito. Alguns acham que o HCPE tem que ser de alta e média complexidade. Ele é um hospital de formação de pessoal, e faz assistência porque ele está fazendo esse treinamento, tem que fazer programa de extensão, de capacitação, mas ele não pode se fechar aqui apenas na medicina curativa, ele tem que pensar na preventiva, eu acho que é isso o papel dele.

... não tem nenhum problema o médico ser formado aqui, ou no posto de saúde. Mas a distância física começa a quebrar o vínculo acadêmico. Por outro lado, se você vai para uma determinada área, você vai ter só a visão dos problemas naquela área. Quando você está nesse hospital de referência, ele recebe pessoas de todo canto, permitindo ter uma visão geral e específica. Eu gosto dessa visão geral do Hospital das Clínicas.

Para o presidente do Sindicato dos Médicos o papel do HU é:

... a integração com o Sistema Único de Saúde, que deve se dar respeitando a identidade de cada instituição. O Hospital das Clínicas não pode estar formando recursos humanos dissociado da realidade do Sistema Único de Saúde. Ele tem que estar totalmente integrado às políticas públicas de saúde, inclusive na questão de formação.

O Ministério da Saúde, ele foi muito vacilante ao longo dos anos, em um atributo que é legal dele, que é a de ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde. As reformas curriculares não podem ficar focalizadas naquilo que os professores do Hospital das Clínicas pensam. Tem que haver uma integração com a gestão e com a forma mais democrática, que são o Conselho Estadual de Saúde e as conferências estaduais. A política do Hospital é de formar especialistas, quando se sabe que o mercado está saturado e o SUS é quem tem que dizer qual o mercado. Afinal de contas, 80% da população brasileira são atendidas pelo SUS, as 20% restantes fazem parte do sistema suplementar que está em extrema crise. Então, a questão chave hoje é: não há integração formal. Há discordância política, inclusive, se for fazer uma análise por parte dos docentes. A gente sabe que os professores, principalmente da área de Medicina Social, são os que têm uma visão diferenciada do que é faculdade, mas se for analisar as especialidades existentes, essas são muito resistentes a integrar, porque, na verdade, ele quer formar para si, para um mercado que ele imagina que existe. Na verdade hoje não existe, o espaço que tem é o Programa de Saúde da Família, e você tem que ter um médico com formação generalista, esse médico é quem está com o mercado aberto para ele.

Para o ex-presidente da ADUFEPE:

Ele é um hospital-escola, então a primeira finalidade dele é a formação acadêmica da área de saúde, não é só do curso de medicina. O curso de medicina já é uma grande responsabilidade. É um hospital que forma matriz. Para mim, isso é ter um papel social incomensurável. E tem o papel assistencial, que não se pode dizer que não é importante. A universidade, ela tem um compromisso

social, ela é cara, a população é quem paga através do imposto. Então, o hospital tem responsabilidade até nas pesquisas. Pesquisar as doenças da região (...), medicações mais baratas.

Para o Presidente do CREMEPE, o HCPE é:

... o principal tipo de hospital que a gente tem dentro de uma comunidade. Você tem estudantes de diversas áreas da saúde, recebendo formação e pós-graduação, isso não é um ensino apenas melhor, mas uma assistência melhor, porque isso faz com que os profissionais de saúde sejam obrigados a manter o padrão de reciclagem de atualização, para responder a demanda do estudante. Fora isso, a própria comunidade se beneficia da assistência à saúde.

A universidade, tem no hospital universitário a grande chance dela servir a sociedade, porque na cultura no Brasil, a universidade formou cérebros que, muitas vezes, têm compromisso com a vida privada e não com a vida pública. (...) O hospital universitário padece de um problema cultural e um problema estrutural. O problema estrutural é que realmente os hospitais universitários foram e estão abandonados. Acho que o recuo do governo federal foi importante, porque a frente parlamentar se vestiu de branco, mas ia tirar 3 bilhões e meio da saúde. Não dá para dizer que fome não é problema de saúde, mas a verba da saúde não pode sair para matar a fome. Então, se o SUS como um todo ainda é mal custeado, o hospital universitário, ele é mais perversamente custeado, porque não se dá o valor que ele tem dentro da complexidade do sistema.

O cultural é realmente uma mudança de cultura na cabeça dos professores da área de saúde, aí eu não posso falar de toda a área de saúde, posso falar da área médica. O excesso de elitismo dos nossos professores, onde o primeiro compromisso é com a vaidade, de poder ser referenciado e não de servir. Essa mudança cultural não se processa da noite para o dia, nem se pode cobrar aqui que uma gestão democrática, possa conseguir isso, mas ela pode criar as ferramentas para que isso aconteça ao longo do tempo, dando força ao conselho gestor, fazendo um plano diretor, um modelo de gestão que seja o mais democrático possível e não esconder os problemas, e procurar soluções em conjunto, de maneira plural e não de maneira isolada.

Um bom início é se voltar para os modelos de humanização existentes hoje, de se discutir, de se promover a politização e a conscientização da própria comunidade e dar força ao controle social.

O Diretor do CCS posiciona-se da seguinte forma:

Eu acho que a gente pode colocar o hospital nos trilhos. Eu acho que ele deve trabalhar na alta complexidade, é uma forma até de melhorar os recursos financeiros, mas ele tem também o seu papel social para desempenhar. Eu acho que, sendo bem definida a sua missão, ele se insere, tanto internamente dentro na universidade como no sistema de saúde. Ele poderá ser a grande vitrine da universidade. Ele não tem o seu papel claro, mas também não é o caos total, mas ele precisa se aperfeiçoar.

Eu acho que a demanda assistencial que o hospital tem é pelo papel social que ele representa. Ainda tem as necessidades financeiras do hospital, onde a alta complexidade pode, pelo menos, minimizar o problema financeiro, mas existe no meio a área acadêmica. (...) O que talvez o hospital precise é se vocacionar numa determinada área e isso nós temos, talvez numa patologia regional e avançar e ser referência, nas áreas em que realmente ele possa exercer muito bem o papel assistencial.

Com relação ao ensino e a parte de estágios dos alunos durante o curso, problema que está seriíssimo ultimamente, porque o Ministério Público do Trabalho está proibindo estágios extracurriculares e está fiscalizando isso. Só permite o estágio se aquele estágio fizer parte da grade curricular do estudante, porque o estágio extracurricular estava sendo desvirtuado, como mão de obra barata. O Conselho Regional também está fiscalizando isso. As diretrizes curriculares talvez precisem dá essa abertura para uma flexibilização. Você pode colocar o estudante, se fizer parte do modelo político pedagógico do curso, você pode inserir o estudante na rede. Eu acho que os estágios bem regulamentados, eles podem ser muito importantes. Não regulamentados podem ser até uma catástrofe.

Quanto ao papel do HCPE como hospital universitário, o Diretor Superintendente tem a seguinte visão:

Na perspectiva da universidade e do hospital, a questão do ensino é um momento especial, porque está sendo discutida a diretriz curricular nacional. A nova abordagem na formação médica e dos demais profissionais de saúde sai da lógica hospitalocêntrica para uma lógica de sistema de saúde. A ponta do sistema seria o programa saúde da família, até o hospital universitário, que está no outro extremo, que é hospital terciário, quaternário, especializado. Assim, 70% a 80% da formação devem ocorrer no sistema. O hospital fica na graduação, reservado a 20, 30% da formação, que é completamente diferente da cultura anterior.

Essa questão tem uma lógica histórica. Os hospitais universitários foram concebidos dentro de uma lógica de ensino e da forma como ela é trabalhada, é totalmente equivocada. Porque o paciente era colocado a serviço do ensino, então, se mantinha pacientes aqui por seis meses internado, porque tinha um fígado aumentado, para que os alunos pudessem apalpar, e hoje, com as tecnologias, você pode ter isto. Os laboratórios de habilidades desenvolvidos permitem você realizar todas essas manobras em modelos. Então você não precisaria ter pessoas sendo submetidas até a uma certa humilhação. Então, hoje, a lógica é que não se deve usar o hospital nessa perspectiva de usar as pessoas para o ensino. As pessoas vêm ao hospital, porque elas precisam de assistência, não para serem modelos de ensino, então, a lógica que deve nortear um hospital universitário, é a lógica da assistência, dentro de um padrão de qualidade científica.

Sobre a questão dos trabalhos em equipe e a questão dos feudos dentro do hospital, o Diretor posiciona-se da seguinte forma:

Há padrões, a própria residência médica tinha um padrão de que você tem que ter cinco leitos por cada residência, isso é um equívoco, porque a lógica hoje quer que o leito seja colocado dentro de um pool de serviços. Então, nós determinamos, a partir de várias discussões, várias análises, trazendo o exemplo até de Porto Alegre, que a partir de determinada hora, os leitos são disponibilizados para o hospital, se

não internou, se disponibiliza. (...) Outra coisa que existia é, quando o doente ia para a UTI, se guardava o leito. Imagina um hospital privado, o custo disso, aqui tem custo também, só que as pessoas não pensavam nisso. Então não, vai para a UTI, o leito é desocupado, quando o doente vier ele vai para outro leito e aí o doente da UTI tem preferência para qualquer leito, que tiver disponível. Então, mudar essas culturas elas mexem, porque os donos dos leitos não gostam, mas quando eles começaram a discutir coletivamente, eles começaram a entender o por que e aceitaram e votaram favoravelmente a isso, por isso que tudo foi uniforme, tudo foi aprovado por unanimidade, então é esse tipo de postura.

Em virtude do HCPE não ter serviços de emergência, isso tem gerado um debate entre o gestor local do SUS e a direção, propiciando o argumento para redução dos recursos FIDEPS. Sobre esse ponto, alguns do entrevistados se pronunciaram da seguinte forma:

... talvez seja uma das deficiências do HCPE, porque ele recebe o FIDEPS. Nós fizemos um grande acordo de acatar, por exemplo, o HCPE seria um dos poucos hospitais universitários do Brasil que não tem emergência e o acordo é que a gente tivesse, pelo menos, um pronto atendimento funcionando 24 horas e não se consegue que isso exista, quer dizer, você não tem esse pronto atendimento funcionando, nem pronto atendimento. Todos os demais hospitais que recebem FIDEPS em Pernambuco têm emergência 24 horas, pelos menos em um setor (Secretário Estadual de Saúde).

Cada hospital tem um caráter diferenciado até pelas equipes, a gente já pensou em melhorar o SPA, até para angariar mais verbas. O HCPE tem uma história de clínicas e não hospital de pronto-socorro, de emergência, se conseguisse implementar aqui seria ótimo, mas pra isso tem que prover muitos recursos, contratação de pessoal muito grande, pois as pendências que ele tem, mesmo de clínica e cirurgia, já são grandes para resolver. A emergência, na visão da gestão, dizem que é consumidora de dinheiro, é um gasto enorme, se houvesse financiamento adequado seria benquisto por nós da UFPE, para que pudéssemos aprender aqui, mas como isso não é factível, estamos lutando para que a integração com os hospitais que têm

emergência seja maior, pois fazemos concurso nos hospitais de emergência, damos plantão, mas *é estágio extra-curricular*, então temos em período integral e a noite damos plantões nestes hospitais *sem supervisão, de forma jogada*. Mas temos consciência de que não é fácil implementar emergência em um hospital que não tenha caráter de ser de emergência (dirigentes do DA de Medicina).

Não tem estrutura para isso, (...) não tem pessoal suficiente hoje, para atender adequadamente. Você fazer uma emergência, tem que ter responsabilidade. Além disso, o hospital universitário, ele funciona com professor, que não estaria aqui 24 horas para atender emergência. Aí tem uma residência, que precisa preceptorial, para isso ser operacionalizado. Teria que ter uma outra forma que não é a atual. Embora eu ache que seria uma coisa interessante para a comunidade, para os residentes terem o seu próprio campo para fazer emergência, porque quando precisa de emergência, vai para outro serviço (Ex-coordenadora de enfermagem).

Eu acho que *o HCPE não precisa de urgência*. O atendimento ambulatorial da gente já ultrapassa o teto do SUS, se botasse aqui uma emergência, isso ia aumentar ainda mais. Mesmo quando chega aqui a verba do SUS, que era, em média, dois, três reais, por consulta, aumentaram para oito reais, mas isso não é suficiente para manter um hospital com esse porte, nem com o atendimento que ele tem (Representante dos Residentes).

Essa é uma discussão antiga. O Ministério da Saúde tem interesse que os hospitais universitários tenham emergência, agora, é preciso ter uma coerência dentro da proposta. Neste hospital nunca teve emergência, ele tem SPA, Serviço de Pronto Atendimento, que quando eu cheguei, só funcionava de manhã, e eu botei para funcionar de manhã e de tarde (até as cinco da tarde), até porque eu usei a lógica de referência, para que o povo que chegasse aí, não ficar desprezado. No hospital universitário caberia emergência especializada. Se ele é um hospital de referência, se ele é um hospital de alta tecnologia e isso significa de alto custo, a emergência geral tem que ter lá no sistema, que atenda a toda a demanda. Quando há bronca aqui, eu deveria referenciar para uma emergência

especializada. Para eu ter emergência especializada por demanda espontânea, sem a população estar suficientemente esclarecida, vai vir tudo, porque sabe que tem uma emergência e você não pode se furtar a atender. O perigo dos hospitais universitários, em abrir emergência de demanda, é que a demanda pode ser desqualificada no sentido da especialização e aí vai sobrecarregar o hospital, do que é função do sistema de saúde. (Diretor Superintendente do Hospital das Clínicas).

Sobre o *que se espera do HCPE enquanto um hospital universitário*, as opiniões em geral não permitem uma generalização, havendo, inclusive, a sugestão de algumas entidades de uma discussão mais aprofundada sobre o tema, que todos consideram uma questão importante.

O Secretário Estadual de Saúde apresenta alternativas de reestruturação do modelo bastante influenciadas pelo seu duplo papel como gerente de grandes unidades hospitalares públicas e gestor do SUS no Estado. Já o Diretor Superintendente considera que as pessoas vêm ao hospital porque precisam de assistência, não para serem modelos de ensino. Por essa razão, defende que a lógica que deve nortear um hospital universitário é a lógica da assistência, dentro de um padrão de qualidade científica.

Observa-se, ainda, que os atores, em algumas falas, acham que o HU devem atender em todos os níveis de complexidade. Em outros momentos, acham que devem ser parte na rede do SUS. Mesmo sobre a alta complexidade não existe uma clareza grande na opinião dos entrevistados. Sobre a realização ou não da atenção básica no hospital, também é uma questão divergente. Portanto, esse deveria ser um tema que deve ser muito debatido internamente no hospital e com outros parceiros.

Embora exista uma expectativa geral do HCPE vir a se tornar um hospital terciário ou quartenário, como proposto pelo SUS, existem divergências a esse respeito, como também alguma falta de clareza por conta do contexto atual de dificuldades do hospital. Assim observam-se diferentes opiniões. Uns consideram que o hospital universitário pode exercer um papel fundamental como hospital terciário, pois esse é o papel do HU dentro do SUS. Outra opinião é que o hospital pertence à universidade, mas

ele é o aporte para que o SUS melhore, ele não pode ser mais um, e não tem que estar atendendo desse jeito. Outros defendem que os grandes centros têm que estar trabalhando juntos, como já existe na prática para toda a residência, e por que não no ensino de graduação?

De outro ângulo, observam-se outros níveis de críticas, com mais regularidade das entidades. O Ministério da Saúde foi muito vacilante ao longo dos anos, em um atributo que é legal, que é o de ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde. As reformas curriculares não podem ficar focalizadas naquilo que os professores do Hospital das Clínicas pensam. Tem que haver uma integração com a gestão e com a forma mais democrática, que são o Conselho Estadual de Saúde e as conferências estaduais. Um bom início sugerido pelos atores é se voltar para os modelos de humanização existentes hoje, de se discutir, de se promover a politização e a conscientização da própria comunidade e dar força ao controle social.

Quanto à questão da necessidade de ter emergência no Hospital, alguns atores, particularmente os estudantes e a enfermagem, embora identifiquem que seria interessante para a formação, não vêem condições financeiras, no momento atual, para que isso possa ocorrer. Outros destacam que a questão não é ter ou não uma emergência, mas de saber usar o emergencial, uma vez que existem muitos pacientes em outros hospitais com dificuldades de serem operados lá, que podiam ser transferidos para o HCPE. Isso não ocorre por conta do problema de isolamento do hospital.

Por outro lado, considera-se que essa é uma discussão antiga e que o MS tem interesse que os hospitais universitários tenham emergência. Todavia, a história do hospital se caracteriza por ser um hospital de clínicas, nunca houve emergência. Isso implica em repensar o modelo do hospital, que tipo de emergência deveria existir, quais as necessidades da população e do sistema em relação a isso e quais as condições objetivas para essa implantação. Porque para os atores, mais vinculados diretamente ao HCPE, nas condições atuais de falta de recursos é impossível pensar nesse tipo de serviço no hospital. Talvez possa ser considerada mais adiante a emergência em algum tipo de especialidade.

Finalmente, as entidades médicas em geral reclamam que só são solicitadas na hora da agudização das crises, e que gostariam de ter um papel mais amplo na discussão dos projetos.

6.3- O HCPE E O SUS

Começando pelo Secretário Estadual de Saúde, como gestor do SUS no Estado, faz-se aqui neste item uma coleta de opiniões dos entrevistados sobre o relacionamento com o SUS.

O Secretário faz uma comparação do HCPE com as condições de produção de trabalhos dentro da rede pública não universitária, uma vez que considera que essa área foi fortemente ampliada. Defende, ainda, uma maior integração do HCPE com a Central de Leitos, criada pela Secretaria Estadual:

... no ano anterior foram desenvolvidas mais de 600 trabalhos dentro dos hospitais públicos do Estado de Pernambuco, entre teses de professores e docentes, teses de professor titular. O ensino e a pesquisa dentro dos hospitais não-universitários também se encontram em andamento. Mas também se tem nível de excelência dentro dos Hospitais de Clínicas, com setores que funcionam, que trabalham, que pesquisam e outros que, por alguma razão, não produzem. Portanto, a questão não é do financiamento como um todo.

... interligada a nós dentro do SUS, (...) temos a maternidade do Hospital das Clínicas e seu serviço de neonatologia; a cirurgia abdominal é um serviço que sempre nós procuramos encaminhar também, seus serviços poderiam estar muito bem integrados com o SUS, e pelo que eu saiba são serviços que produzem cientificamente. Imagens, hoje, nós temos tido um apoio total do HCPE, resolvendo não só imagens como arteriografia, angiografia, todas elas estão sendo feitas, coronariografia. Nós pretendemos utilizar o máximo dos seus equipamentos de imagem, que são excelentes e que ajudam inclusive o diagnóstico, nós não temos esses equipamentos na nossa rede pública. Então, o HCPE tem procurado nos ajudar.

Sobre a relação universidade e o SUS, o Secretário Estadual de Saúde considera que existe um processo contraditório:

...nosso modelo de Sistema Único de Saúde nasceu fundamentalmente dentro das universidades, dentro dos que fazem a saúde coletiva nas diversas universidades brasileiras, este segmento, quer dizer, que deu as idéias, embasou teoricamente, pelo menos, as idéias do SUS, aí o nosso saudoso Arouca, é que nasceu o Sistema Único de Saúde, feito pelos pensadores, pelos pesquisadores. Mas há uma contradição, (...) eu acho que o pessoal da saúde pública, dentro da universidade, tem lutado, sem dúvida, conseguiu um êxito muito maior, que foi implantar o SUS como sistema de saúde, mas dentro das próprias comunidades universitárias dos hospitais de clínicas, onde eles poderiam fazer essa interface, reconhecidamente, talvez, esse êxito não seja o mesmo.

O SUS depende muito dos pensadores, eles não entraram nos hospitais, para trazerem os hospitais para essa realidade, quer dizer, esse é um trabalho de formiguinha, esse é um trabalho do dia-a-dia, como é o trabalho de humanização do atendimento hospitalar, como é o trabalho de buscar a eficiência, isso não se consegue da noite para o dia, isso é da interface, eu acho que a gente vai mudando, vai avançando, e entendendo que isso é um sistema que cada um precisa dos outros. Nós precisamos da atenção básica dos municípios, da mesma forma que precisamos do atendimento de alta e média complexidade dado pela rede hospitalar pública e que precisamos essencialmente dos hospitais universitários, como pensadores, como pesquisadores, mas também executando o atendimento ao SUS.

O Diretor Superintendente do hospital, embora concorde parcialmente com o Secretário de Saúde numa visão mais global do sistema de saúde, apresenta alguns questionamentos referentes a essa relação local:

A concepção dos hospitais universitários, dentro do sistema de saúde, é a concepção mundial, ou seja, o hospital deve ser um hospital terciário e quaternário, especializado, por conta de recursos humanos, por conta das tecnologias. Conseqüentemente, ele é hospital de referência e contra-referência. O primeiro problema é que nós, ainda,

não temos uma estrutura de hierarquização organizada. Embora com a criação do Programa de Saúde da Família, que está resolvendo o problema da ponta, a tendência disso é diminuir a pressão sobre o atendimento subsequente e sobretudo no hospital universitário. (...) Depois, como o hospital é visto como parte da universidade com autonomia acadêmica, há um preconceito sobre o hospital universitário, mesmo dos hospitais do estado. Porque acham que os professores só fazem o que querem, os professores não têm sensibilidade social, em parte até era verdade, hoje, está mudando essa cultura, porque a realidade impõe essa mudança. Então, o hospital, a forma como ele está inserido no SUS, teoricamente, a gente sabe, funcionalmente ainda não tem uma atuação adequada. Não há um hospital universitário que não tenha problema com os gestores do SUS.

Agora, trazendo para Pernambuco, nós temos serviços que são característicos de hospital universitário, como por exemplo, a maternidade de alto risco, eu tinha berçário funcionando e o SUS não pagava por isso e o argumento é que a gente não tinha os critérios necessários para esse credenciamento. E os critérios eram ter um mínimo de 6% de UTI adulta. Só que as maternidades que eram do estado, ou de interesse do estado, não tinham UTI e estavam credenciados, então, é um discurso incoerente. Eu fui ao Ministério da Saúde e levantei todas as maternidades que estavam credenciadas e aí desmoralizei o processo. Então, a partir de uma articulação com o próprio SUS estadual e o SUS nacional, trazendo o Ministério da Educação, o Ministério da Saúde e o gestor estadual, nós negociamos essa questão, porque a dificuldade que o SUS estadual apresentava, além do credenciamento, tinha a ver com o Ministério da Saúde, porque implicava em aumento de custo, era preciso que houvesse uma cota adicional do Ministério da Saúde. Aí, trazendo o Ministério da Saúde, conseguimos a cota adicional. Mas, para isso acontecer exigiu uma articulação muito grande. O mesmo aconteceu com a UTI de adultos.

Normalmente, tem a questão do argumento financeiro, que a gente tem que articular com o Ministério da Saúde. Por outro lado, a gente tem serviços com condições de funcionar, que o SUS paga ao sistema

privado, e não a gente, porque não está catalogado na tabela SUS. Um exemplo disso é o dos procedimentos endoscópicos. Então, a gente tem pessoal capacitado, mas não pode fazer porque não tem remuneração. O mesmo exemplo é para procedimento vascular, procedimento vascular são extremamente caros e o SUS paga pouco. Então, de vez em quando, estamos com problemas com o Ministério Público, porque a gente é o único hospital público capacitado a fazer, porque tem instalações, tecnologia e tem gente qualificada. O que é mais grave de tudo isso, era que aquilo que a gente estava credenciado, aquilo que a gente recebia autorização para fazer, o SUS não remunerava. A gente só veio saber disso, quando a gente começou a acompanhar.

Nós tivemos muitas dificuldades, no início da relação com o Sistema Único de Saúde, no que se refere à gestão local, mas isso foi vencido, através de uma relação de confiança que começou a acontecer, através de interferências nacionais e de articulação do Ministério da Saúde, do Ministério da Educação, com a própria gestão estadual, então a gente conseguiu, hoje, suplantar. Quando a gente quer credenciar, eles também têm interesse agora em credenciar, fica agora na questão orçamentária. *A relação dentro do sistema melhorou, mas a gente tem problema ainda, pois o hospital não está definido estrategicamente dentro da lógica da hierarquia, o hospital tem um modelo de financiamento que é inadequado*, então essas questões ainda continuam a existir.

Quando a Central de Regulação de Leitos foi criada e a Central de Transportes, nós não fomos colocados dentro do sistema. Nós tivemos problemas com a ambulância, pedi ao próprio Secretário de Saúde que conseguisse uma ambulância para a gente, ele disse que a gente deveria ir ao sistema de transporte, a gente foi para o sistema de transporte e disseram não vocês não estão previstos. Aí, está se resolvendo. Mas a Central de Leitos, a idéia é que, progressivamente, a gente passe a fazer parte. No que se refere à maternidade de alto risco, a gente já está há muito tempo, mesmo quando não era credenciada, já estava cadastrado na Central de Leitos, inclusive eram enviados pacientes para o alto risco e eu não recebia por alto risco.

O presidente do CREMEPE tem a seguinte opinião sobre a questão:

A relação não é boa. Em relação ao Ministério da Saúde, está faltando, não é só a questão de custeio e investimento, falta um pouco de respeito com o hospital universitário. Por mais esquerda que eu possa me considerar, eu sou obrigado a reconhecer que na época de Sarney, não havia limite de cota para o hospital universitário. O que o hospital universitário produzisse, ele seria custeado, embora eu não concorde com a lógica da produção, a troca de custeio por produção. Eu acho que tem que ver o necessário e suprir, mas já que todos os gestores públicos dizem que tem um dinheiro a repartir, então a cota do hospital universitário, devia ser uma cota de quanto ele produziu, sem ser custeado, porque ele não está apenas assistindo, ele está formando profissional. Então, eu diria que o grande erro seria esse. No governo estadual, coisa que prejudica demais o hospital universitário, é que o governo tende a achar que, como não é ele que nomeia o diretor, ele não tem responsabilidade, não é da rede própria. Ele diminui a própria importância que a secretaria tem, pois pelo que a Constituição expressa, o hospital é eminentemente ligado ao SUS. Ele deveria permitir a implantação plena do SUS, que seria o controle da gestão do hospital universitário, deveria ser executado pela prefeitura, dentro do programa dos distritos, das referências e contra-referências. Acho que o gestor estadual deveria fazer o controle e avaliação e a liberação dos recursos, ele não deveria tentar se intrometer na administração.

Agora, o problema do hospital universitário também é que, se por um lado ele tem essa queixa, por outro, nunca abriu ou fechou serviço procurando se concatenar com a gestão municipal ou estadual, sempre foi do interesse próprio e pessoal. Se fosse seguir uma lógica mínima, todos os serviços deveriam ser contemplados adequadamente e a gente sempre viu alguns setores privilegiados dentro dos hospitais universitários de uma maneira geral, não é só no HCPE. Aí é um problema que é a dificuldade de encontrar guarida nos níveis gestores. O Ministério da Saúde agora tem uma diretoria sobre os hospitais universitários. Mas a gestão estadual teria que ser mais permeável a fazer um processo de entendimento, do que é a

importância desse hospital universitário, pois seguramente se integrado na rede municipal equaciona mais o atendimento a população.

Agora eu acho que as *coisas podem ser provocadas*. A gente, às vezes, pode fazer as coisas acontecerem e uma das maneiras de fazer as coisas acontecerem é provocar a comunidade e pode provocar diversas entidades e sindicatos e determinados fóruns, com o CTA ampliado e seminários e oficinas e que haja uma pressão para que as coisas aconteçam. Há uma tendência, quando a pessoa é mais conservadora, a não querer isso, a querer tentar resolver isoladamente, e quando tem um perfil mais democrático, não tem problema que o problema apareça, a solução aparece também.

Sobre a atribuição do hospital no SUS, a coordenação de enfermagem considera que:

A ideologia do próprio SUS, eu acho assim o ideal. Os princípios do SUS, se aplicados, eles são de uma repercussão para a sociedade, para a humanidade, brilhante. Eu acho que se adequaria a qualquer país do mundo, desde que ele realmente fosse operacionalizado em cima da idéia. A gente sabe das dificuldades que o país passa e que houve um crescimento fantástico com o SUS. Quando eu entrei aqui na instituição (1981), era ainda na época em que você, para admitir um paciente perguntava: tem INPS? tem FUNRURAL ou não tem? E queira você ou não, existia sim, uma diferença, uma discriminação com relação aos clientes, tinha prioridade sim, quem era, na época, do INPS. Embora atendesse pessoas que não tinham esses convênios. Então, realmente, aquilo me incomodava profundamente, e o SUS acabou com isso. Hoje você não pergunta se você tem convênio, se você tem INAMPS, se você não tem absolutamente nada. É simplesmente um cliente que está precisando de um atendimento e você tem que atender as necessidades dele. Eu acho que este é o grande salto realmente do SUS. Agora, também acho que esta operacionalização precisa ser integrada, ela precisa funcionar efetivamente, cada um fazendo o seu papel. Precisa investir na supervisão, nos papéis e atitudes, devia ter mais compromisso das pessoas, para que exista a condição de que o SUS possa operar

plenamente. Eu falo de um modo geral, porque não é só o Hospital das Clínicas que sofre com isto. Eu acredito que todas as outras instituições de saúde também passam por isso, porque as ambulâncias estão na frente de todos os hospitais, procedentes do interior e muitas vezes para resolver um problema insignificante, entre aspas, porque isso tudo poderia ser resolvido no setor de origem.

... é daqui que todo o estado vai receber os profissionais. Se nós formarmos bem, nós estaremos contribuindo com a saúde de toda a comunidade e, se nós formarmos mal, também somos responsáveis por isso. Então eu acho que o hospital universitário não pode ser só assistência, não pode ser também só ensino, tem que haver equilíbrio entre a assistência, entre o ensino e a pesquisa, eles podem estar muito bem articulados. Agora, é preciso descobrir qual é o caminho para que se faça essa integração efetiva, para que a gente consiga o resultado que gostaria de ter.

Sobre a municipalização do hospital universitário, os estudantes do DA de medicina vêem como uma possibilidade, que faz parte da visão do SUS:

... concordo com a municipalização pelo conhecimento que temos da política do SUS, ele é um ideal, a gente precisa fazer que o que está escrito seja realizado na prática. Hoje, vemos disputas políticas e os hospitais acabam funcionando como feudos políticos numa forma de se segurar uma política antiga, e que a gente está querendo quebrar isso aí. Um exemplo claro é que nenhum hospital estadual em Pernambuco está sendo municipalizado, quando na realidade na maioria dos estados já estão em gestão plena. Participei de uma reunião agora com o Ministro da Saúde e ele falou que o governo do Estado de Pernambuco está perdendo 1 milhão e meio por mês, por não fazer a gestão plena, isso porque é mais interessante ter os hospitais sob o seu controle, porque aí é um feudo político de atendimento a população, como se estivessem prestando um favor à população, quando na verdade é um direito previsto na constituição.

Esperamos que aqui no hospital das clínicas, as pessoas entrassem e pudessem se transformar como pessoas e que *fosse um hospital*

humanizado. O diretório acadêmico luta com um projeto de humanização na enfermaria de pediatria e de adultos, que a gente tenta ver o HCPE com outra visão, a que a gente entra no curso, não a que esse curso acaba querendo formar na gente. Então, o sonho da gente é ver esse um hospital humanizado, democrático, e que seja para o SUS, como o SUS é inscrito na constituição.

... a melhor forma de otimizar o HU do ponto de vista financeiro, da gestão, da humanização, é integrá-lo cada vez mais ao SUS, com o sistema de referência e contra-referência funcionando, fazer com que HU direcione a atenção que o hospital vai ter, é terciário e quaternário, daí se enxuga o hospital, redistribui, ele fica como centro de referência, tem como atender melhor, desincha. *A relação com o SUS tem que ser cada mais forte na questão do conselho gestor, na forma de administração do hospital, na forma de geri-lo e de direcionar políticas e de financiar. Com o diferencial de ser um hospital escola, (...) o HCPE gasta mais, daí tem que ser dada uma atenção especial, mas ele não pode estar desvinculado do SUS por ser um HU, ele não é diferente, não na questão dos serviços. Temos que ser referência em todas as unidades. A emergência faz parte do sistema de saúde e o HCPE acabou desenvolvendo uma linha que não tem este serviço. Não acho que seja preciso se pegar um hospital de uma hora para outra, um hospital enorme que tem variedades clínicas e cirúrgicas funcionando e colocar um serviço de emergência, apesar de achar que a escola da UFPE em emergência é meio capenga.*

Sobre a relação com o SUS, o Representante dos Residentes comenta:

O HCPE tinha assento no Conselho Estadual de Saúde, que não tem mais, perdeu faz muito tempo. Você tem a central de leitos e a única participação que o HCPE tem é a central de parto, que faz parte da obstetrícia.

Quanto à relação com o SUS, o Coordenador Geral do SINTUFEPE tem a seguinte opinião:

Os recursos repassados pelo SUS pelo atendimento do Hospital das Clínicas são absurdos. Existem três formas de financiamento, agora apareceu a prefeitura com algum recurso por mês. Do SUS, os recursos são absolutamente insuficientes. Em relação ao MEC, que na verdade, faz essa captação de recursos via SUS, ele lavou as mãos e deixa o barco andar, há uma irresponsabilidade. Em relação à ciência e tecnologia, é porque não tem integração. A compra de equipamentos tem que ser discutida. É a visão gerencial: aonde vai ser utilizado isso? quais os benefícios que vai trazer? como isso vai melhorar minha pesquisa? como isso vai melhorar o atendimento? Não há discussão: tem que comprar, tem que botar uma cancela nova, tem que mudar o fardamento das pessoas, é tudo solto.

A posição do Presidente do SIMEPE com relação à atribuição do HCPE dentro do SUS é a seguinte:

O hospital deve ser destacado dentro do seu papel terciário e quaternário. A integração que podia se dar é levar os estudantes para os postos de saúde. Eu acho que essa idéia é difícil, porque há uma série de restrições culturais, mas tinha que se avançar, tinha que despertar na comunidade universitária a necessidade disso.

O Hospital das Clínicas, ele tem um papel de um hospital que atende um estado inteiro, você municipalizar um hospital desse porte, para mim não seria justificável. Tem alguns hospitais que nós estamos defendendo a municipalização, alguns da rede estadual, particularmente àqueles que atendem uma clientela específica da cidade do Recife. Nesse caso é um hospital municipal, não é um hospital estadual. As gestões dos hospitais universitários deveriam ser diretamente com o gestor estadual e o Conselho Estadual. Eu só entendo de gestor que respeita o Conselho Estadual de Saúde. Então, eu acho que as relações deviam ser com esses gestores estaduais. Agora, se há uma demanda maior de um determinado município, eu acho que tem que haver também uma relação do hospital com os conselhos municipais que mais necessitam daquela clientela. Então,

eu acho que tem que pactuar com o gestor estadual e com os gestores municipais da clientela que utiliza o hospital. Na verdade, tem que haver uma pactuação. O cartão SUS era um avanço para essa questão.

Quanto à relação do hospital com o SUS, o presidente da ADUFEPE comenta:

O dinheiro do SUS não vem direto para o hospital, ele passa pela Secretaria do Estado. Eu nunca estive presente com o Secretário para ouvir o lado dele, mas eu ouvi o lado do hospital. O dinheiro que o Secretário recebe não é suficiente para nutrir todos os hospitais públicos e até os particulares que tem convênio com o SUS. Então o Secretário tem um problema sério, que ele recebe menos dinheiro e tem uma demanda maior, então ele tem que cortar. O Secretário, por seu lado, tem uma política de saúde para o povo de Pernambuco. O hospital diz que ele não leva em consideração, que a gente não é apenas assistencial. Por um diagnóstico correto, do Secretário, do ponto de vista social, ele tinha que pegar e priorizar o dinheiro para certos tipos de atendimento, que aquilo tinha um efeito social maior, porém para a universidade, ele tem que ter um critério diferenciado e aí havia uma divergência entre a direção do hospital e a Secretaria de Estado. Quando estava no auge desse problema do Diagem, o próprio diretor foi conversar com o Secretário e chegaram a um entendimento, porque o Secretário disse: não posso botar esse dinheiro aí, agora, eu tenho carência em outras coisas que vocês podem crescer e eu dou o dinheiro para vocês, mas nisso aqui eu não dou. Então teve aquela briga toda no hospital, com os donos dos serviços, sendo que de uns cortou, de outros aumentou e aquilo gerou um problema político interno forte. Agora a pergunta é o seguinte: o hospital deve ser subalterno a uma política de estado, que tem um viés assistencial, que é necessário, ou, uma vez que ele tenha um papel de formação acadêmica, ele estaria isento desse tipo de coisa?

Considero que uma vez que ele é um hospital escola, ele tem que trabalhar com os três níveis de atenção, é uma visão de fora, não sou médico. Agora a alta complexidade, é o mais caro, e o hospital teria que ter lá dentro.

Para o Diretor do CCS, a atribuição do hospital dentro do SUS é a seguinte:

Eu não tenho muita coisa aprofundada sobre isso, mas há alguns aspectos políticos que dificultam, às vezes, que não deveriam interferir no processo, mas interferem. Em um Fórum dos Pró-Reitores de Planejamento em que se discutiam os hospitais universitários, com a participação de todos os diretores, todos os hospitais universitários federais, a reclamação era em função de que o SUS, não sei qual é a lógica disso aí, mas muitas vezes procedimentos autorizados pelo SUS eles não pagam.

Durante a implantação do SUS, os hospitais das universidades ficaram meio distantes. Hoje não, eu acho que isso não tem mais. Agora, é importante é que se defina, não sei qual é o tipo de metodologia administrativa, mas se defina a missão do hospital, o que é que ele vai atender. Qual é a capacidade dele e a partir daí seja remunerado realmente pelo que faça, para não haver essa falta de remuneração, porque isso vai agravando, cada vez mais, a crise.

O hospital parece ter uma situação meio atípica, em relação ao resto das cidades, pelo menos às capitais do Brasil, aqui é uma das capitais que tem mais hospitais públicos. Os hospitais são ligados à Secretaria Estadual de Saúde, enquanto todo o resto é ligado à Secretaria Municipal de Saúde. Então, por exemplo, o Hospital das Clínicas, a Secretaria Municipal de Saúde dá uma quantia irrisória pelo atendimento básico, que não dá para nada, porque eles dizem que tem a sua rede de Postos, de Centros de Saúde, que atendem a população e a rede de Saúde da Família. Mas o hospital é mais ligado, diretamente, o financiamento do hospital é dependente da Secretaria Estadual de Saúde, que deveria ser uma coisa institucional, em relação ao CCS e o HCPE, não a relações pessoais, porque na hora que briga um diretor com o outro, aí criam situações diferenciadas, do mesmo jeito *as questões políticas interferem muito nas relações do SUS e principalmente no financiamento também*. Deveria haver mecanismos que pudessem, pelo menos, evitar essa interferência política.

A relação dos hospitais universitários com o SUS tem sido tema constante nos debates. Embora existam muitas críticas à relação com o SUS, na posição de todos os atores não se observa resistência a que essa integração aconteça. Muito pelo contrário, existe um forte posicionamento a favor da estruturação dessa relação, muito embora não estejam definidos os caminhos por onde isso dever ocorrer, além de algumas questões mais referentes à implantação de conselho gestor, à forma de administração do hospital, à forma de geri-lo e de direcionar políticas e de financiar, definição do papel terciário de atendimento, com o diferencial de ser um hospital escola.

O HCPE tinha assento no Conselho Estadual de Saúde, mas não tem mais. Observa-se, inclusive, como uma das dificuldades a fala realizada pelo Secretário de Saúde no Capítulo 5, quando se refere à pouca disponibilidade de tempo para pensar e estruturar o sistema no Estado em função da dupla função que exerce: ser gerente de unidades e ser gestor do sistema.

As questões que normalmente são postas pelos atores é que a integração deve ocorrer respeitando a identidade de cada instituição. Por outro lado, considera-se que o Hospital das Clínicas não pode estar formando recursos humanos dissociado da realidade do Sistema Único de Saúde, ele tem que estar totalmente integrado às políticas públicas de saúde, inclusive na questão de formação. Na parte referente a imagens, o Secretário de Saúde reforça essa relação afirmando que, hoje, têm tido um apoio total do HCPE, resolvendo não só imagens como arteriografia, angiografia.

O que se questiona para essa relação poder realmente existir é que não se tem, ainda, no estado uma estrutura de hierarquização organizada. Chega-se a afirmar que a forma de inserção do hospital no SUS, teoricamente, se conhece, funcionalmente ainda não tem uma atuação adequada.

Por outro lado, as constantes dificuldades entre gestores locais do SUS e as direções hospitalares é destacada no sentido de que não há um hospital universitário que não tenha problema com os gestores do SUS, em geral, devido à questão do argumento financeiro, necessitando uma articulação com o MS.

Mas, no caso do HCPE, o Diretor reconhece que, nos últimos tempos, a relação dentro do sistema local melhorou, embora ainda tenha problema, pela falta de definição estratégica da lógica da hierarquia e do modelo de financiamento do SUS, que é inadequado. Então, essas questões ainda continuam a existir.

Para os outros atores, particularmente das entidades, a relação não é boa. Em relação ao Ministério da Saúde, está faltando, não é só a questão de custeio e investimento, mas um pouco de respeito com o hospital universitário, segundo alguns dos entrevistados.

A fala do Presidente do CREMEPE, em um certo sentido, coincide, com o pensamento defendido por este estudo na sua introdução quando se coloca que as crises do cotidiano dos HU precisam emergir. Uma das formas proposta pelo Presidente do CREMEPE é que as *coisas podem ser provocadas*. A gente, às vezes, pode fazer as coisas acontecerem e uma das maneiras de fazer as coisas acontecerem é provocar a comunidade e as diversas entidades e sindicatos e determinados fóruns, com o CTA ampliado, e seminários e oficinas, e que haja uma pressão para que as coisas aconteçam.

Uns dos grandes saltos apontados em função do SUS dentro do hospital é a não discriminação da clientela, diferentemente do que ocorria, anteriormente, com o INAMPS. Uma das falas reforça a discussão da introdução quanto à questão da “dupla tarefa primária” dos HU, quando afirma que o hospital universitário não pode ser só assistência, não pode ser só ensino, tem que haver equilíbrio entre a assistência e ensino, eles podem estar muito bem articulado. É preciso descobrir o caminho para que se faça essa integração efetiva.

Outro aspecto que diz respeito diretamente ao hospital, mas é considerado como uma das dificuldades para melhoria dessa relação Hospital - SUS, são as disputas políticas dentro do hospital, que acabam funcionando como feudos políticos numa forma de assegurar uma política antiga.

Outros questionamentos dirigem-se à própria Secretaria Estadual de Saúde, que até o momento não tinha resolvido a questão da gestão plena, dificultando a captação de recursos para o estado. Consideram, ainda, que as questões políticas interferem muito nas relações do SUS e principalmente no financiamento.

Existem divergências quanto à questão da municipalização do Hospital das Clínicas. Embora os estudantes defendam, o SIMEPE considera que o porte do hospital e o fato dele atender um estado inteiro não justificam a municipalização. Essa medida, no entanto, já está em curso, com a decisão tomada pela Secretaria de Saúde do Estado com o município do Recife e, aparentemente, sem a participação do hospital.

6.4- A GESTÃO ATUAL DO HCPE (2001-2003)

Quanto ao modelo de gestão do HCPE, o Secretário posiciona-se de forma mais geral, falando mais da sua experiência, considerando que todo serviço público, hoje, busca um modelo de gestão eficiente:

O grande desafio é você provar que pode ter um serviço público e ele ser eficiente. (...) deve-se trabalhar com metas a atingir, (...) de acordo com cada número de profissionais que você tenha em determinado hospital público, com determinado número de procedimentos que você possa atingir, não visando a quantidade, mas visando também a qualidade, com redução de infecções, de complicações etc. E que considere concomitantemente o aumento de remuneração adequada aos profissionais de saúde que, a partir das metas que venha a atingir. (...) a modernização gerencial, utilizando corretamente a informática, com as compras através do pregão eletrônico, para melhorar as perspectivas de compra, a organização dos almoxarifados, a padronização de procedimentos. Hoje, o que nós estimulamos é que você tenha discutido com a comunidade de cada hospital, como nós estamos instituindo na nossa rede pública. (...) eu sei que existe um esforço da atual direção do HCPE em melhorar sua administração, em melhorar os procedimentos organizacionais e que merece todo o reconhecimento nesse esforço de buscar um grau de eficiência maior.

Já os dirigentes do DA de Medicina fazem uma análise crítica mais dirigida à gestão atual do HCPE:

... é uma gestão altamente centralizadora, em vários aspectos, desde a superintendência da diretoria do hospital até o próprio funcionamento das enfermarias e ambulatórios. Tem ambulatório engessado e, por serem departamentalizados, então já entra uma questão universitária propriamente, onde a gente chama de feudos do hospital. Cada professor, cada departamento se sente dono daquela parte, isso também dificulta a questão da gestão. Por outro lado, é uma gestão que não abre diálogo para uma implementação daquilo que está escrito no SUS.

O SUS fala da integralidade, equidade, universalidade e como é que você vai tratar destes assuntos se na própria diretoria não tem espaço para os usuários, não tem espaço para o movimento estudantil, para o movimento das residências. As discussões são muito centralizadas, ainda, no médico, outros cursos, outros profissionais, não são chamados para o diálogo, ou muito pouco, não são chamados os enfermeiros, fisioterapeutas e etc., eles são escanteados ainda deste processo. *Quanto à existência de controle no hospital, o que existe é forte demais e centralizado. Mas controle social inexistente neste hospital.*

O Conselho Técnico Administrativo (CTA) do hospital serve como uma apresentação das propostas da diretoria. A pauta é feita e entregue de última hora, é uma pauta enorme em que não há discussão prévia e as pessoas são chamadas de forma ampliada e não há uma discussão, nem construção coletiva. O que há é um repasse do que vai ser feito e pronto. Faço parte do CTA há 2 ou 3 anos como representante dos estudantes, e a gente era a única voz que questionava, nós e os residentes. A gente só ouvia a apresentação da direção do que ia ser feito e do que não ia ser feito e as coisas eram resolvidas dessa forma, não digo 100%, mas 90% funcionava dessa maneira.

O CTA tem um caráter de ser teoricamente um espaço de discussão do *hospital para o hospital*, de construção de todos os serviços, e de todos que fazem o hospital. Mas não se configura assim, porque o

andamento é de uma forma muito presidencialista, não parlamentarista. É um presidente que ordena, manda e que faz a pauta toda correr da forma mais rápida, porque o tempo é escasso, e a forma como ela se dá é equivocada. Acredito que se o CTA fosse construído de uma forma mais parlamentarista, se as pessoas tivessem uma discussão prévia e trouxessem para o CTA para construir, acho que até ele poderia funcionar melhor, *mas não encaro isso como um controle social*, é o hospital para o hospital.

Do ponto de vista da direção do hospital e do processo de decisão existente, os dirigentes do DA assinalam questões que vão desde a *falta de identidade* do hospital até a *forma centralizada de condução das decisões*:

Tem um problema em relação a não se saber muito bem quem responde pelo hospital. Muitas vezes é a reitoria e outras a diretoria, e acaba ficando sem muita identidade. No caso de licitações do HCPE são feitas pela reitoria, e isso muitas vezes atrasa as coisas do hospital, pois a licitação é feita em conjunto.

... não existe estímulo à integração das diversas áreas. Isso dificulta a própria gestão e repercute no CTA, porque vai se falar o que está acontecendo em pediatria e ninguém sabe, só a pessoa de pediatria. O que acontece no CTA é que se delibera, por exemplo, tem que fazer uma comissão para isso, aí a comissão se reúne, discute, faz o projeto, leva para o CTA, e nem se lê no CTA, todo mundo aprova unânime e ninguém mexe, parece que é democrático, mas na verdade ninguém sabe o que está ali dentro, e ainda a direção diz que foi por unanimidade sem restrições, até que ponto isso é democracia mesmo?

No aspecto político, os dirigentes do DA de medicina questionam a forma de escolha da direção hospitalar:

... há uma crise, na forma como é indicada a diretoria do hospital, que é uma indicação direta da reitoria. Aí na estrutura de gestão ficam pessoas que não são respaldadas pela comunidade hospitalar, e podem até ser, mas teoricamente não foi consultada a comunidade na

escolha da direção hospitalar, que dura o tempo de 4 anos em que a reitoria está exercendo o seu mandato. (...) desta forma leva à falta de estímulo, de identificação com o hospital, à falta de auto-estima que as pessoas não têm, as pessoas não se sentem representadas e não se sentem partes integrantes porque participaram da definição daquela direção. A gestão deve ser da comunidade com controle social dentro do hospital.

A coordenação de enfermagem apresenta a seguinte visão sobre a questão da gestão, que difere completamente da análise feita pelo DA de Medicina:

... nesta gestão se buscou extremamente a participação das pessoas, o coletivo do hospital. Eu acredito que a gente só pode conseguir reunir, gerir uma instituição de uma complexidade desta, com tantas particularidades que tem o hospital universitário, se todos forem co-participantes. Então houve grandes avanços na gestão de Prof. Éfrem, como por exemplo, a gente teve assim uma ampliação no CTA, que era restrito a um número "X" de pessoas. Houve uma ampliação com relação à participação dos profissionais de um modo geral e estávamos também trabalhando para que o número de pessoas, de votantes, fosse efetivado oficialmente pela presença.

O CTA era composto de um quantitativo pequeno de pessoas, formado só por professores, que tanto opinavam quanto tinham direito a voto. A ampliação ocorreu através do aumento do número de participantes, com direito a colocar sua opinião, mas não alterava o número de votantes. Segundo a coordenadora de enfermagem, essa era uma discussão:

... a gente estava buscando ampliar o direito a voto. Chegou a se definir que membros, que pessoas participariam dessa ampliação, mas não foi efetivado.

Quanto à questão do conselho gestor, segundo a coordenação de enfermagem:

... existia também a intenção de fazer, de criar esse conselho gestor, mas também não foi operacionalizado. Operacionalizada foi a ouvidoria, que nós não tínhamos. A questão também de buscar uma relação maior com as secretarias municipal e estadual. A relação

também era muito boa, tanto com o Ministério da Saúde, como com o Ministério da Educação, tanto que nós perdemos toda uma aparelhagem da imagem e, ainda nesta gestão, conseguimos adquirir novos equipamentos (com exceção da ressonância magnética). A ressonância magnética era o único aparelho existente em um hospital universitário. Nesse sentido, foi avaliada a questão do custo/benefício com relação às nossas necessidades, e que poderíamos buscar esse atendimento fora, quando precisássemos, porque o custo realmente é extremamente alto da ressonância magnética.

O Representante dos Residentes, da mesma forma que os dirigentes do DA de Medicina, apresenta algumas críticas à gestão, destacando o funcionamento do CTA:

... o que existe aqui é um CTA ampliado. Aí começou a ocorrer a participação dos residentes, e do DA de medicina. Agora, uma coisa curiosa é que o CTA não tem voto, o CTA não é nem consultivo, é uma coisa mais decorativa. São decididas coisas, mas elas podem tomar outro caminho depois da decisão. Por exemplo: foi decidida a reforma do 4º andar para o alojamento dos residentes. Esse projeto foi aprovado, foi definido, de repente o projeto mudou três vezes sem ocorrer consulta ao CTA, isso resultou em prejuízos para vários grupos profissionais.

O Representante dos Residentes cita várias situações desse tipo ocorridas no hospital, levando-o a concluir: o CTA é só decorativo porque é aprovada uma determinada medida, uma determinada reforma, e realmente não é executada ou é modificada sem ouvir as pessoas interessadas.

A gestão que existe é ditatorial, quem manda é a direção, é quem decide, aqui só consegue as coisas através de briga. Conselho gestor não existe. Eu acho que a melhor proposta é do conselho gestor, pois qualquer atitude que, de certa forma, alterar, prejudicar alguém no hospital, devia ser tomada em conjunto, você não pode simplesmente chegar aqui e dizer: vai ser assim e acabou-se.

... o que acontece na maioria dos casos é a questão de impacto de forças. Você tem determinados setores que têm força política importante, e são eles que comandam. A gente tem muito preceptor que não opera aqui, mas se houvesse incentivo, talvez o preceptor viesse aqui para operar.

A força política a que o representante dos residentes se refere tem também uma relação com a capacidade de produzir maior produtividade do setor e com a captação de recursos que, algumas vezes, é utilizada como elemento de negociação pelos profissionais.

O Coordenador Geral do SINTUFEPE, sobre este tema, tem as seguintes observações:

Eu não acredito em assembleísmo geral. Eu não sei se eu estou sendo realista ou estou sendo utopista. Mas a primeira coisa que a gente tem que aprender é que o nosso modelo não obrigatoriamente tem que ser o dos Estados Unidos, ou o de Juiz de Fora, tem que ser o modelo adequado à nossa realidade. Tem, também, que envolver as pessoas, fazer discussão, porque não adianta ter o melhor projeto, se as pessoas não estão nem aí, e nessa universidade tem um problema de comunicação. Tem que haver uma campanha de conscientização do papel do hospital universitário. Eu tenho o maior orgulho de dizer que este aqui é um hospital universitário, sem desmerecer nenhum outro, mas este é o hospital que vai fornecer talvez a redenção para a saúde pública, ele vai apontar caminhos, as pessoas têm que ter noção da importância disso. A outra coisa é o financiamento, eu não sou uma pessoa tão cega de dizer não quero nenhum dinheiro da iniciativa privada, embora eu ache que isso é obrigação do governo. Agora, se alguém quiser investir, quiser contribuir para melhorar o atendimento, não se deve em função daquele financiamento fazer o que a pessoa quer. *A coisa mais importante é a igualdade de tratamento, é por isso que eu acho que não deve se pagar, não deve ter porta privilegiada, dever ser universal.*

A gente está muito compartimentado, tanto a universidade quanto o hospital. Não vê a saúde como um todo, isso é um erro da medicina como um todo. Quando eu tenho medo da questão de ser terciário e quaternário é porque o hospital vai se especializar muito.

O Presidente do Sindicato dos Médicos tem a seguinte posição sobre a gestão atual:

Não vou falar de Éfrem como pessoa, mas do período que ele está administrando o hospital. O projeto inicial na gestão Éfrem era de abertura de uma dupla porta dentro do hospital. Havia, no momento em que ele assumiu, a crise da compra dos equipamentos, aquelas questões da crise de custeio que eu já citei. Então, havia a ameaça de tomar as máquinas. O Ministério Público Federal entrou na questão, mandando que também fossem dispensados os recursos humanos. A crise já estava mais agudizada e exposta para todo mundo. Uma das saídas apontadas por Éfrem era essa abertura de leitos para convênios. Que a gente, como sindicalista, chama de política Robin Hood, é de você tentar botar os ricos dentro do hospital, para tentar tirar dos ricos para dar para os pobres. É um modelo que a gente não acredita, denúncia e condena. A nossa intervenção, não só nossa, mas a intervenção do movimento estudantil, docentes, conseguiu organizar um movimento e ele desistiu dessa idéia.

Um outro aspecto da gestão atual é que procurou um caminho mais simples de só, efetivamente, fazer aquilo que é pago, aquilo que tem condição de receber. Eu acho que ele podia ter ampliado mais. Ele reduziu pelo corte, essa é a análise que a gente faz e lamenta isso. Se você analisar o estritamente financeiro, eu acho que está correto, porque você está restringindo os seus débitos. Mas tinha que ter feito uma aliança com a sociedade, com as entidades, e denunciado o gestor, porque você corta e depois que você corta, para você voltar a crescer é mais difícil, mas esse foi o caminho encontrado pela gestão para diminuir o déficit mensal que existia.

Como o HCPE atende uma demanda que ultrapassa a capacidade do teto estadual de pagar, então, Éfrem simplesmente saiu cortando. Ele disse: se só vão me pagar trezentas consultas ambulatoriais, só faço as trezentas, trezentos e uma eu não posso mais.

Então, de um lado, você diminui, deixa de gastar uma coisa que você não vai receber. Houve uma redução, eu não tenho os número exatos, mas a política dele foi essa. De outro, ele fecha as portas para a

sociedade. Se você for analisar só a questão gerencial, eu acho que foi uma conduta acertada. Mas acho um equívoco você não pactuar de forma correta, porque o hospital, tem a questão da crise política com a gestão estadual e de ter a percepção de que o Hospital das Clínicas está deixando de prestar um serviço essencial à população. Nesse aspecto, ele perde um pouco da questão do apelo da sociedade. Na verdade, o que eu defendo é que você não pare o atendimento, mas que você mostre a importância do seu atendimento e conquiste na sociedade e a importância de ter conselho gestor, de ter um canal com o Conselho Estadual de Saúde, para fazer pressão no Secretário, ele optou pelo caminho mais fácil. Ele optou por essa segunda linha e isso tem minorado um pouco, mas continua com problemas graves de gestão, porque não tem poder para isso. Você vê, autorizaram um concurso público, mas um concurso, que para mim é ridículo. Um concurso para 30 vagas ou 40 vagas.

Já o projeto de acreditação hospitalar é um projeto do Ministério, a gente tem uma boa impressão dele. Na verdade, eu acho que ele sozinho não resolve as questões. A acreditação vem muito no sentido de dar o controle de qualidade aos serviços prestados. Nós somos favoráveis ao processo de acreditação, desde que não seja ele sozinho. Pois para tornar o hospital qualificado, dentro dos modelos colocados de prestação de assistência, eu acho que tem de integrar uma visão mais ampla.

Quanto à gestão atual, o presidente da ADUFEPE tem o seguinte posicionamento:

... a necessidade do conselho gestor. A direção do hospital contrapõe o conselho gestor com a defesa da autonomia universitária. Numa hora dessas, eles acham que a autonomia universitária é importante e aí não admitem o conselho gestor. Não, aqui tem o CTA, que é o Conselho Técnico Administrativo.

... o Conselho Técnico Administrativo, ele é nomeado pelo Reitor, tem suas regras de formação. O usuário não participa. O SUS exige que todo hospital com verba do SUS, pela própria existência do SUS,

tenha o conselho gestor, e aí vai a universidade e nega isso. A nova administração já disse que vai fazer o conselho gestor.

... a gente participou de assembléias (...) onde as pessoas colocavam as posições delas. Aí apareceu gente falando do conselho gestor, e aí vinham alguns contra-argumentar, usando essa lógica de que a universidade é autônoma, não precisa se submeter ao SUS, não há necessidade de se fazer um conselho gestor porque a universidade é um órgão público federal, então ela tem um CTA, onde essas coisas são discutidas, por causa da ciência, que é uma coisa muito melhor do que o conselho (...). Só que a gente acha que não é melhor no sentido do controle social.

Outra questão refere-se à necessidade de se ter um administrador no hospital que não seja da área da saúde, pois o médico, necessariamente, pode não ter o dom de administrar. O hospital é um hotel, que já não é fácil de você administrar, e ele tem toda a área médica ali dentro, com equipamentos etc. Em reuniões do pessoal do hospital com a equipe de transição do novo reitorado, eu percebi que o hospital é uma cidade. Eles mostraram dados, quantas pessoas passam lá por dentro.

E olhe, eu vou dizer um negócio: O primeiro choque que eu tive, não foi nem quando eu estava na presidência da ADUFEPE, porque eu sempre militei no movimento docente. Eu acho que uma das primeiras greves daquele hospital que eu estive ali, eu saí dali com a cabeça tão assim, quando o pessoal foi discutir se parava ou não parava o hospital e que começaram a dizer: se parar vai morrer não sei quantas pessoas. Não, mas, morre, vai chegar o dinheiro e vai salvar tanto. Então, pegando os que salvam e menos os mortos, há um saldo positivo. Eu digo: rapaz, que aritmética médica macabra. É impossível de passar isso na cabeça. Essa discussão aconteceu há muitos anos atrás.

O Presidente do CREMEPE posiciona-se da seguinte forma em relação à gestão

atual:

Eu acho que o pecado das gestões do HCPE é que, vivendo no meio acadêmico rico, principalmente a Universidade Federal, nunca houve uma preocupação de se fazer um estudo sobre um modelo de gestão. Aliás, esse pecado não é só daqui, esse pecado é nacional, até porque nós não temos um modelo de gestão dos hospitais públicos, e no momento dos hospitais universitários isso vai ser construído. Eu acho interessante que, apesar de haver um custeio ruim ou péssimo, mas há pouco interesse pelos resultados, pelo que se espera. Qual é o grande complemento da avaliação? É através apenas de consulta, como o Ministério faz por carta, a secretaria faz por carta de satisfação dos usuários, é o mecanismo, eu não diria que é o melhor mecanismo, porque a maioria das pessoas que dele necessitam e que conseguem entrar, o nível de vida é tão baixo que consegue achar aquilo um paraíso. Por outro lado, avaliações feitas por profissionais que militam na saúde têm um viés de acordo com sua ideologia política. Mas eu acho que, há uma série de indicadores, que não são aqueles indicadores administrativos, de capacidade instalada, giro de leito, mas indicadores de resultados, indicadores que podem ser construídos. Qual é a efetividade de trabalho em equipe? Qual é a efetividade de acolhimento humano? Qual é a efetividade de denúncias, contra os profissionais e aí abrir ouvidoria, abrir caixa de sugestões, abrir possibilidade de críticas, abrir fóruns específicos, para se discutir, para fazer autocrítica, abrir um sistema de auto-avaliação de baixo para cima, e não apenas de cima para baixo, onde o diretor avalia o coordenador, o coordenador avalia chefe de seção etc, abrir um reverso.

O Diretor do CCS tem a seguinte posição sobre a gestão atual do HCPE:

Um modelo que *integre as diversas categorias profissionais* eu acho que é muito interessante. O modelo daqui, do Centro de Ciências da Saúde, quando foi criado, teoricamente foi no sentido de todas as áreas da saúde estarem integradas. Só que uma coisa feita burocraticamente, na prática isso não funciona, mas o hospital a

gente pode resgatar isso. Muitas das áreas nossas aqui não atuam no hospital, quer dizer, não há uma integração da prática.

Isso não é um problema do ponto de vista da qualidade de atenção, mas acho que seria um avanço se a gente conseguisse fazer uma integração, porque vai capacitar e ensinar o jovem desde estudante *a trabalhar em equipe*, que é o que está norteando as diretrizes curriculares hoje, que é o saber trabalhar em equipe.

No momento, quando o diretor, ele é escolhido pelo Reitor e colocado lá, ele centraliza muito o poder. Eu acho que, num hospital desse porte, dessa complexidade, quanto mais uma gestão for participativa, melhor.

O Conselho Técnico Administrativo do hospital que, no momento, tem oito membros. Mas esse CTA regimental foi constituído quando o Hospital foi transferido do Pedro II para cá. Então muita coisa se passou nesses anos. O CTA está defasado, está pequeno.

Para o Diretor Superintendente do HCPE, o modelo de gestão do hospital deveria seguir orientações:

Primeiro, tem que redefinir qual é o modelo do hospital universitário, acho que o hospital universitário deveria estar dentro do sistema de saúde. As universidades ora odeiam seus hospitais universitários, ora não querem perder os seus hospitais universitários, que significa status. Mas na lógica do que está acontecendo no mundo, por exemplo, na Europa os hospitais passaram a ser do Sistema Único de Saúde, saíram de dentro da universidade e estão atrelados as universidades, academicamente. Os postos de liderança acadêmica científica devem ser da universidade, desde que a universidade tenha gente qualificada e competente para fazer, não é só a questão do mérito baseado na liderança, porque é professor titular, professor catedrático, é do mérito baseado na competência, que ele não só tenha competência técnica, mas competência de gestor, porque hoje a lógica é que haja uma profissionalização da gestão.

O hospital que tenha autonomia administrativa e financeira, ele se articula com a academia, até porque, se a gente diz, que a lógica que

deve nortear, não é o ensino, não é a pesquisa, o ensino e a pesquisa acontecem porque lá tem tecnologia e gente qualificada, hoje, o conceito que norteia a lógica de um hospital universitário é a qualidade da assistência e ela, como ela tem qualidade na assistência em recursos humanos qualificados em tecnologia, ela é um excelente ambiente propício para pesquisa e para ensino. Um ensino, dentro de uma perspectiva também de aperfeiçoamento, especialização e pós-graduação, não mais graduação só, parte da graduação é que vai ficar dentro, porque o resto da graduação vai ser fora do hospital universitário. O hospital universitário é um hospital para formar especialistas, para formar o quadro de pós-graduação (médicos, doutores, residência médica) especialista. Então, é uma concepção diferente do que está aí, é uma mudança e estamos vivendo um momento bom, porque essa mudança tem que acontecer nos hospitais, tem que acontecer na formação.

Agora, a outra questão é essa história dos dois pais. O Ministério da Educação tinha que estar cuidando da educação efetivamente. É claro que se formam recursos humanos dentro do hospital, será que é interessante que o hospital esteja atrelado ao Ministério da Educação? A lógica que está estabelecida da cultura é que sim, que eu acho equivocado. Eu acho que os hospitais têm que estar dentro de uma lógica de sistema, que é a lógica da assistência, agora, por que? Porque o ensino agora vai acontecer, no caso da graduação, lá no médico da saúde da família, nas unidades básicas e no hospital universitário. A diferença do hospital universitário é que ele vai ter meio propício para outras coisas, então, é uma concepção diferenciada. Acho que essa história ter dois pais é muito ruim, e por mais que se tenha discurso que tem harmonia entre dois ministérios, há conflitos. Outro modelo é o americano, onde os hospitais também são da universidade, mas têm autonomia plena, na questão de autonomia administrativa financeira, o hospital passa a ser uma entidade que articula e faz as suas coisas. Essa lógica daqui de se ter que entrar na Procuradoria Jurídica da universidade, no Departamento de Administração, no Departamento de Planejamento, é uma lógica centralizadora e a tendência de qualquer gestão é descentralizar.

O hospital é uma unidade que tem que ter autonomia administrativa financeira, as questões acadêmicas, elas podem ser trabalhadas, agora, também não acho que todas as funções do hospital têm que ser liderança acadêmica, porque muitas vezes a liderança acadêmica não tem competência para esse tipo de função. De repente eu estou perdendo um excelente profissional e tendo um péssimo gestor. Por isso, as discussões sobre eleição para o hospital são muito sérias. Mesmo que tenha eleição, tinha que ter pré-condições, o indivíduo para ser diretor tem que ter formação, tem que ter experiência, tem que ter dedicação, então, há um conjunto de questões que devem nortear a escolha das pessoas para as funções, não pode ser mais simplesmente porque é Professor Titular, ou Professor Adjunto, é mestre, é doutor, porque na verdade, doutorado é para pesquisa, não é para gestão, então esse é um problema que a gente tem que ver.

A população está perdendo porque o hospital é remunerado em cima de uma lógica de produtividade, que tem um valor que não paga os custos do hospital. Se este hospital não tem lucro, então tinha que pagar os custos do hospital, tinha que se ter uma lógica que é um bem público, se é uma prestação de bens públicos, ela tem que ser remunerada pelos seus custos, não por custos arbitrados, em cima de valores, de não sei quantos anos atrás, que não foram corrigidos. O que se sabe é que os insumos, todos aumentaram, então é um equivoco. Hoje, ser gestor público, muita gente não quer, porque são auditorias a todo momento. São controles, dos mais variados, desde controles internos, há controle de Tribunal de Contas, a controle social. Cada vez mais tem controles sociais nessas organizações, então é preciso que as pessoas entendam que um bem público tem que ser cuidado de uma forma responsável por todos.

6.4.1- Convênios e planos de saúde

Com relação à existência de planos de saúde conveniados com os hospitais universitários, a posição dos atores é a seguinte:

... essa idéia, em uma outra época, podia ser que desse certo, em locais aonde existam hospitais universitários e você não tenha uma grande rede hospitalar e que eles sejam realmente os grandes únicos hospitais em determinados segmentos. No caso específico de Pernambuco, no Recife, é difícil você pensar que os planos de saúde façam opção pelos hospitais universitários, quando você tem uma rede privada de excelência também montada no estado. É difícil acreditar isso de um cliente de plano de saúde, cada vez, hoje, mais exigente, com razão, e ele tem o direito de exigir porque o plano de saúde cada vez é mais caro e tem menos gente. Em Pernambuco, deve chegar em torno de 8% a população do estado que tem plano de saúde. Então, essa população, fundamentalmente, pode utilizar a instituição privada. Essa migração não existirá, dificilmente (Secretário Estadual de Saúde).

... a gente tem uma preocupação de que se possa fazer um projeto que realmente fosse cumprido, como planejado. Se a gente tivesse mecanismos de fazer esses dois serviços em forma de convênio, geraria uma melhoria para toda a instituição. Agora, com isso muito bem definido, são tantos leitos, é tal setor, com normas bem definidas, para que a coisa não tomasse um outro rumo. Porque a grande preocupação das pessoas, quando surgiu essa discussão, era que depois o hospital se tornasse privado gradativamente (Ex-coordenadora de Enfermagem do HCPE).

...essa coisa teria que se trabalhar (...), de uma maneira que a gente definisse muito claramente as regras do jogo, que pudéssemos realmente torná-las operacionalizáveis, acredito também, que teria um benefício para toda a comunidade SUS. Porque (...) para que a gente possa ter dois andares, aqui funcionando como convênios precisa ter uma estrutura de base muito bem fundamentada. Precisa ter condições de laboratório funcionando com toda a sua capacidade, a imagem, que na época a gente não tinha, tinha sido cortada, tinha

sido tirada. Precisaria ter uma hotelaria, com relação à alimentação adequada, eu estou falando em relação à estrutura, não à qualidade, porque a nossa qualidade de alimentação é boa, eu falo com relação à estrutura física mesmo. Então, tudo isso precisa funcionar, todos os serviços de apoio, eles precisam estar funcionando, porque quem é o cliente que vai deixar de ir para um hospital, que tem toda essa infraestrutura, para vir para aqui, quando você não tem tudo isso. Então, isso seria o benefício, que esse projeto também traria para o paciente SUS, porque isso obrigaria que você colocasse, que você tivesse tudo. Isso não ia funcionar só para quem é conveniado. O laboratório, tendo capacidade de operacionalização plena, ele ia funcionar para um e para outro (Ex-coordenadora de Enfermagem do HCPE).

... Nós temos os melhores preceptores. Se eu abrisse um serviço particular aqui, ia ter futuro? Ia. Agora, até que ponto isso ia servir para o hospital? Eu não sei. Eu não sei porque isso depende de quem está gerindo essas duas unidades. Até que ponto funcionaria à parte de coordenação das duas é que é a grande questão, particularmente na aceitação do paciente da participação do residente nesse tipo de atendimento (Representante dos Residentes).

Talvez isso seja um problema do hospital universitário, pois a gente dispõe de uma grande quantidade de professores aqui e poucos ficam. Talvez, se você pegar esse tempo ocioso desses professores e colocar para trabalhar na parte particular do hospital, para gerir divisas para o hospital público, talvez até funcione. Se você chegar aqui e botar numa UTI, pois hoje no sistema privado é o que mais rende dinheiro para o hospital, cinco leitos para particular. Aquela UTI ia ter material suficiente para mantê-la e a UTI da parte pública. Para cada cinco leitos, numa UTI particular, pode ficar certa, você mantém quinze leitos de uma UTI pública (Representante dos Residentes).

Mas é difícil porque a gente não sabe como isso vai ser gerido. Se o processo fosse mais transparente seria mais fácil. Tinha que ter um plano aberto. O que acontece, muitas vezes, na atual gestão, desculpe Dr. Éfrem, eu respeito muito ele, você chegar e dizer: eu vou botar um serviço aqui, vou ser transparente, vou mostrar os meus gastos. O

projeto que se diz aprovado pelo CTA, a gente não sabe nem que projeto é esse. Como é que um hospital, de uma instituição pública em geral, pode funcionar como se fosse instituição privada. Muitos funcionários aqui são comodistas. Às vezes não querem trabalhar, mas se você botar na parte particular, pode ficar certo que vai ter uma certa preferência pela parte particular. O que você poderia fazer era uma coisa mais da parte da direção do hospital, que nem a universidade deveria se meter. Os próprios preceptores, como se fosse uma cooperativa, e aí esses preceptores faziam uma cooperativa para ajudar. O IMIP funciona assim. Agora, eu não acredito, não acredito que você mude o hospital, com a gestão do Hospital das Clínicas (Representantes dos Residentes).

Nós nos posicionamos totalmente contra convênios com planos de saúde privados. Existia um projeto e ele vinha, inclusive, com o aval do Ministério da Educação e o Ministério da Saúde não concorda com isso. Estava no Senado com o relator Tião Viana e aí houve uma articulação do Ministério da Saúde, discordando do projeto e a Casa Civil, pelo que sei, suspendeu o envio desse projeto, porque na verdade, deveria ir como um projeto de governo (Sindicato dos Médicos).

A gente vê os exemplos, mostraram alguma melhoria? A exceção é a do Hospital do Rio Grande do Sul, que eu não sei qual é a realidade dele, mas o que a gente tem visto é que isso não resolveu o problema do Hospital das Clínicas da USP, a crise existente no Hospital das Clínicas está nos jornais, o que a gente sente é que dificulta a fila do pobre. A fila do rico anda, a fila do pobre não anda, porque se tiver que escolher aquele que vai receber pelo SUS ou aquele que vai receber pelo plano, aquele que vai receber pelo plano entra na frente mesmo. O hospital público precisa de mais financiamento porque a demanda reprimida é muito grande. No privado, ele entra, porque se ele não entrar ali ele vai para o outro. Isso é até uma questão matemática (Sindicato dos Médicos).

Vou dar um exemplo, porque pesquisei há pouco tempo atrás: existem 277 leitos, entre próprios e conveniados ao SUS, para atender 92% da população pernambucana. Eu tenho mais de 350

leitos para atender 8% da população, estou falando leito de UTI. Então, como é que eu vou pegar esses 277 aqui e ainda vou dividir com esses 8% da população. Eu vou abrir e eu vou deixar gente do SUS morrer. Nos serviços essenciais, essa é a realidade, porque Pernambuco só tem 800 mil usuários de planos de saúde e eles tem acesso a 350 leitos, aí eu tenho 7 milhões de pessoas que só tem acesso a 277, então é uma questão até de desumanidade, você fazer isso, você abrir Leito de UTI (Sindicato dos Médicos).

É uma discrepância enorme, entre o acesso do público e do privado, então eu acho que você não deve liberar as poucas unidades de excelência que você tem, que prestam serviços mais especializados, terciário e quaternário, para os pacientes e planos de saúde, até pela logística existente. Os hospitais privados numa competição enorme para ter doentes, você ainda vai colocar o hospital público nessa lógica, de estar disputando uma fatia do mercado, quando na verdade, os hospitais públicos não estão conseguindo dar conta da demanda pública, é muito complicado e a gente discorda totalmente (Sindicato dos Médicos).

É claro que a gente sabe que existe uma vertente que defende convênios particulares, ou seja, uma maneira de entrada de recursos não apenas do SUS, mas também de convênios privados. (...) Para isso, teria que ocorrer melhoria no hospital. Isso vai bater numa questão ideológica, você tem um hospital de duas portas, uma porta para o pobre e outra porta para o rico, quer dizer, um entra por uma porta que é toda com ar condicionado, com mármore, etc. e a outra que entra pelos fundos, com todo o descaso que tem, além da questão de que será que o pobre vai ter vez na fila ou não? (ex-presidente da ADUFEPE)

Esse problema da privatização não é só no hospital não, é da Universidade toda. Há pessoas que querem acabar com isso. Para mim, pelo menos uma primeira coisa devia ser feita, era normatizar. Porque o pior que existe é o que está de fato acontecendo, em qualquer lugar da universidade, o cara monta um serviço, bota para cobrar, aquele dinheiro entra e a universidade não tem controle sobre o preço, se aquilo ali vai melhorar o nome da instituição no mercado,

se aquele serviço tem a qualidade que ele gostaria que tivesse (ex-presidente da ADUFEPE).

... Dentro do sindicato têm correntes fortes, que acham: É tudo público, acaba com esse negócio de pagar, e a obrigação do governo é a prioridade social. Tem gente que pensa o contrário: o governo não dá o dinheiro, a gente tem que arranjar dinheiro aqui, tem muita gente rica, cobra o dinheiro e dá com esse dinheiro para atender o pobre. Eu, particularmente, em princípio, acho que tinha que regulamentar, tem que se discutir com todo mundo, analisar critérios (ex-presidente da ADUFEPE).

Aonde é que está o social nisso aí? Você abre uma empresa dentro da universidade, você tem a luz paga, você tem os estudantes tudo ali trabalhando com bolsa, não paga as obrigações sociais, os impostos. Bem, isso é que a universidade vai fazer, é assim que agente vai procurar desenvolver o estado e isso aí, quer dizer, se você for olhar dentro do hospital, vai acontecer com os hospitais concorrentes aqui, quer dizer, interessa para o estado ter uma rede privada de qualidade? Interessa. E o hospital universitário? Jamais o hospital universitário vai começar a ficar tão bom, que concorra com nenhum Santa Joana (ex-presidente da ADUFEPE) .

... sou radical, considero imoral e indecente. Eu acho que democracia é o regime vigente, que é o regime capitalista, gostem ou não, ele existe e a constituição preconiza, ele deve ser respeitado. Agora, o capitalismo, em que eu utilizo o dinheiro do governo, aplico correndo um risco, se eu ganhar eu ganho, se eu perder o governo perde, eu não acho capitalismo, eu acho que isso aí é oportunismo da pior qualidade. O primeiro problema, quando se utiliza o discurso da abertura de leitos privados, é de que com esse dinheiro vai se conseguir custear o outro. Então, é o fenômeno de Robin Hood, vamos roubar aqui, de poucos, para poder acolher muitos. Não é verdade. Todos os hospitais, e o hospital chave onde se faz isso é o INCOR, do Hospital das Clínicas, que tem lá é uma fila, de 500 dias, para o cidadão fazer cirurgia cardíaca, e de 15 dias para fazer no setor pago. Tem duas entradas, uma entrada bonita, com mármore, para o lado pago, e uma entrada feia e ruim, para o lado SUS. Eu

digo isso porque eu fui ao local e vi. O próprio médico, o próprio profissional de saúde ele vai tender a atender melhor no lugar que lhe dá remuneração boa, e o outro passa a ser cidadão de segunda categoria, esse é a primeira questão. Segundo: a remuneração de todos os profissionais do lado pago passa a ser melhor, o que provoca um sentimento de querer trabalhar nesse lado e não no outro. Quando vai trabalhar no outro, trabalha com outra disposição. Eu acho isso inadmissível do ponto de vista ético. A terceira é que, na prática, isso cria uma situação em que os governos vão se desobrigando de custear a política de inclusão social, a política pública, porque, se for definido que é direito de todos, dever de estado, o estado tem que prover os meios necessários para a assistência à saúde, como tem para a assistência à educação, isso é uma obrigação (Presidente do CREMEPE).

Eu não sou contra a utilização de outras fontes de financiamento do hospital, através de planos de saúde. Agora, eu não concordo é que se tenham dois hospitais num só ou até mesmo juntos. Um hospital de alto nível, que vai atender os planos de saúde, e um hospital de péssimo nível, que vai atender o SUS. Quando surgiu essa proposta, eu passei no hospital na época, e não fazia diferença de um Santa Joana. Tinha os banheiros com entrada de mármore, muito bacana, os apartamentos assim, extremamente bem instalados. Agora, você descia um andar embaixo e faltava roupa para o doente, então isso não está certo. Se você tem um hospital onde o doente do SUS tenha o mesmo atendimento que o do plano, claro que aqui vai ter um apartamento, claro que aqui vai ser uma enfermaria, mas que ele tenha todo o acesso ao atendimento, ele seja igual, então não vejo porque não ter. Se assegurar que isso é possível, então não vejo impedimento disso, agora, diferenciar dois critérios, aí eu acho que não deve. Ele não precisa ter tudo *top*, não, mas o que ele tenha, que seja bom para todos (Diretor do CCS).

Há grupos que defendem que devem conviver os dois sistemas, defendem por duas lógicas: Primeiro, é a lógica de que um melhora o outro; a segunda lógica é a de que você prende os profissionais no hospital, certo? Se ele pode atender o seu paciente diferenciado no hospital, isso era bom para o hospital, porque esse é o modelo

americano, é o modelo europeu. A própria Inglaterra, ela permite hoje, já há algum tempo, que os profissionais que têm dedicação exclusiva possam atender os seus doentes privados no hospital e internar no hospital, agora ele tem um dia para fazer isto, então o consultório dele privado é feito num dia. Porque a idéia é fixar o profissional na unidade de saúde e como ele tem um sistema público de saúde que remunera inadequadamente e tem um sistema privado, um sistema complementar de convênios, já remunerou melhor, hoje remunera menos, mas mesmo assim é bem mais do que outro, é significativo o valor que é trazido, então é uma questão a se refletir. Eu, pessoalmente, sou favorável. A grande discussão que tem é que a lógica do Sistema Único de Saúde, ele quer uma porta única, ou seja, o doente ele vai para o ambulatório comum, o privado e o público, e os nossos clientes privados não vão querer isto, ele vai preferir ir para um consultório privado, porque ele não vai querer entrar numa fila do público, ele não vai querer entrar numa enfermaria misturado com os outros, para ele é mistura, para a gente é cidadania, mas você tem o direito de opção, você vai querer isso? Não vai. Então, este é um problema, quem tem, tem uma falsa porta única, porque na verdade as pessoas não vão para o mesmo, são andares exclusivos, os ambulatórios são exclusivos, a gente sabe disso. Pode-se até usar o mesmo ambulatório, mas em horários diferentes (Diretor Superintendente do HCPE).

6.4.2- Reserva de leitos por especialidade

Do ponto de vista da reserva de leitos dentro dos hospitais universitários por especialidades, o Secretário de Saúde tem a seguinte posição:

Às vezes, a reserva do leito se dá porque determinado grupo tem interesse em tal patologia. Isso foi uma grande luta que nós tivemos em Pernambuco e hoje é uma das coisas que nós nos orgulhamos da ação aqui na Secretaria, é a nossa Central de Regulação de Leitos. Hoje nós regulamos em Pernambuco, já, 12.071 leitos e 114 hospitais, nós trabalhamos com 4 médicas e 4 enfermeiras de plantão 24 horas em busca do leito zero, ou seja, esses leitos serão pagos

sempre pelas necessidades que nós temos por aquela demanda que vem através das emergências, com a demanda que é da ligação entre os hospitais. Nós temos hoje, no Hospital das Clínicas, dentro da Central de Leitos, apenas 37 leitos de neonatologia e 33 leitos para obstetrícia, os demais leitos não estão ainda incluídos.

Sobre o fato de não estar incorporado mais nenhum leito do HC, o Secretário considera que isso é um processo em andamento, cada dia mais hospitais estão se incorporando à rede única da Central de Regulação. “É um esforço muito grande para você otimizar o leito público disponível”.

A ex-Coordenadora de Enfermagem do HCPE tem o seguinte posicionamento:

Culturalmente, os leitos dessa instituição funcionam como especialidades. Acrescido da interligação entre o professor/residente, onde tem que ter um número “x” de leitos, para que haja uma residência, isso é uma coisa que atrela leito, professor e a residência. Quando estava na chefia de internação, o que eu observava é que tinha leito que não tinha rotatividade, que ficava ocioso. Isso foi uma coisa discutida com a direção e com os chefes médicos de serviço. A partir de então, para esses leitos, existe normatização. Até uma hora da tarde, esses leitos ficam para aquela especialidade, para que haja um internamento, de acordo com a demanda do ambulatório ou da necessidade do SPA, da enfermagem.

A partir do Serviço de Admissão e Alta, que é chefiado por uma enfermeira, ela coloca o paciente em qualquer leito ocioso. Esta é uma maneira que a gente encontrou de respeitar a questão do número de leitos. O número de leitos existe, está aí, atendendo as necessidades, da residência, dos pacientes que precisam. Hoje a gente interna procurando respeitar alguns princípios científicos básicos, pacientes contaminados etc. Claro que ainda tem resistência, as pessoas reclamam muito, as pessoas dizem: esse leito é meu, mas tem um peso muito menor do que existia anteriormente.

Fizemos também uma adequação do número de leitos, porque mesmo obedecendo ao padrão de necessidade de número de leitos, ainda existiam leitos a mais, porque o SUS nos paga por 303 leitos e nós

temos ativos, hoje, 345 leitos, sem contar com os leitos de observação (99), que ao todo fica em torno de 404 leitos. Embora a gente não receba por esses leitos de observação, que são da hemodinâmica, cirurgia ambulatorial, você recebe pelo procedimento, mas você tem uma assistência, você tem pessoal, que está lá, esperando, que tem toda uma infraestrutura esperando que não são pagos pelo SUS.

Existem, ainda, os leitos que estão inativos. Porque nós temos hoje o sexto andar, que está totalmente inativo, que são 70 leitos, além do décimo primeiro andar com 24 leitos.

A saída proposta pela direção do hospital é que, a partir de determinado horário, os leitos podem ser ocupados por qualquer paciente, mas o Representante dos Residentes não considera que isso esteja funcionando muito bem:

... na realidade isso não funciona, existe uma clínica aqui (...) onde não entra paciente, pode estar vago o leito, mas se a gente precisar, nós não temos como internar paciente naquela clínica específica, simplesmente porque é proibido, se botar paciente para lá eles mandam de volta.

... acho que, a priori, em curto prazo, estar na Central de Leitos seria melhor. Porque o que aconteceu com o Hospital das Clínicas foi que ele se setorizou muito, se subespecializou muito, tudo é importante para o Hospital das Clínicas.

O Representante dos Residentes questiona a lógica de organização das diversas clínicas dentro do hospital, a ausência das enfermarias gerais em que se tinha clínica médica, cirurgia, pediatria, ginecologia e obstetrícia, entre outras, em que as subespecialidades eram incorporadas nas clínicas gerais. Esse formato permite uma maior interação entre os profissionais e as condutas, funcionando melhor. Muito embora ressalte as situações específicas que precisam ser consideradas:

... existem leitos que você tem que isolar, leitos de DST, infecto-parasitárias, aí é uma coisa à parte, a própria patologia exige. Mas, são várias e várias clínicas aqui, e aí, existem as enfermarias, mas não existe integração muito ampla entre essas clínicas. As pessoas

dizem que vai ter dificuldade para integrar, mas eu não vejo isso, porque existe muita interconsulta dentro do hospital, isso ia ser até melhor para o programa de residência, porque o que a gente vê hoje, devido à exigência que existe, é que, para fazer especialidade clínica, tem que passar por clínica geral, especialidade cirúrgica, tem que passar por cirurgia geral, então você tem que ser primeiro clínico geral, o generalista.

Sobre o mesmo ponto, os outros atores entrevistados têm as seguintes opiniões:

Eu acho que isso é muito falta de planejamento. Eu acho que tem que ter a idéia do que é a demanda. Hoje a idéia da moderna saúde é que as pessoas vão para casa e a gente só precisa estar aqui com os casos específicos. Aí não, tem que reduzir, está entendendo? Porque pertence a tal cadeira, a tal pessoa, isso é que é um absurdo, isso aí é uma coisa de feudo, isso já deveria ter acabado. Alguém tem que ter a coragem de enfrentar isso (Coordenador Geral do SINTUFEPE).

Isso para mim tem uma lógica, que é a do poder interno, que precisa ser discutido. Qual é a necessidade de o Hospital das Clínicas ter leitos de uma determinada especialidade? Tem que ser discutido no modelo do contrato de gestão com o Sistema Único. Eu estou comprando serviço a você, eu não sou obrigado a comprar aquilo que você quer me vender, aí esses feudos eles vão ter que se curvar sob pena de inexistir. Mas eles podem existir como um centro de excelência, aonde o número de leitos que vão dispor a necessidade é quem vai determinar. E deve manter porque é importante continuar formando recursos humanos naquela área e não vai matar um serviço que tem trinta anos de história, mas a dimensão do serviço e número de leitos devem levar em conta a necessidade e não apenas ser considerado o poder interno institucional que o professor tem para definir o número de leitos. Só tem sentido ter leitos em quantidade para aquilo que é necessário à população. Isso deveria fazer parte do arranjo, de todo o sistema. É uma das dificuldades por conta da falta de integração e de identidade com o SUS (Presidente do SIMEPE).

Isso tem tudo a ver com a questão dos feudos. Isso tem que partir dos estudantes, com o conselho gestor, com os usuários, e realmente quebrar isso. Tem que ser internado quem está precisando do leito.

Isso acontece também nos demais hospitais. O dono do leito não é o médico, nem é o diretor do hospital, o dono do leito é o paciente, porque o hospital é público, agora, o que compete ao profissional é ver qual é o paciente que mais necessita, mas, ficar fechado porque não tem, esse leito é específico de tal patologia, isso não existe (Presidente do CREMEPE).

A atual gestão do hospital tentou solucionar isso. Eu acho que minimizou, pelo menos. Claro que tem que ter alguns leitos em determinadas áreas, até pelo próprio tipo de atendimento que é diferenciada de uma especialidade para outra, mas, a partir de uma determinada hora, tem leitos vagos, se chegar um paciente que necessite internar ele é internado, depois pode ser remanejado (Diretor do CCS).

Sobre a gestão atual (2001-2003), do ponto de vista da condução política, a maioria dos atores vinculados às atividades do hospital têm uma posição muito crítica em relação à forma de condução da gestão. Consideram uma gestão muito centralizadora, desde a superintendência do hospital até a própria coordenação do funcionamento das enfermarias e ambulatórios. Afirmam existir um controle forte demais e centralizado no hospital, mas o controle social inexistente no hospital.

O CTA do hospital serve para uma apresentação das propostas da diretoria, embora teoricamente deva ser um espaço de discussão do hospital para o hospital, de construção de todos os serviços, e de todos que fazem o hospital. Mas não se configura assim, porque o andamento é de uma forma muito presidencialista, não parlamentarista, afirmam alguns entrevistados.

Do ponto de vista da direção do hospital e do processo de decisão existente, assinalam-se questões que vão desde a falta de identidade do hospital até a forma centralizada de condução das decisões: não existe estímulo à integração das diversas áreas.

Outro aspecto questionado é a forma de escolha da direção hospitalar, uma vez que não existe eleição, a escolha é por indicação. A essa forma instituída no hospital é atribuída a falta de estímulo, a falta de auto-estima das pessoas, e o fato de não se sentirem representadas e nem partes integrantes da definição daquela direção.

Todavia, existe ator que pensa de forma diferenciada dessa relatada acima, considerando, inclusive, que nessa gestão se buscou extremamente a participação das pessoas, o coletivo do hospital, que o CTA foi ampliado através do aumento do número de participantes, com direito a colocar sua opinião, mesmo que não tivesse direito a voto. Afirma-se, ainda, que era intenção criar o conselho gestor.

Para outros atores, o CTA não é nem consultivo, é uma coisa mais decorativa. São decididas coisas, mas elas podem tomar outro caminho depois da decisão. A gestão que existe é ditatorial, quem manda é a direção, é quem decide, aqui só consegue as coisas através de briga.

Na análise de outros aspectos da gestão, outros atores consideram que o mais importante é a igualdade de tratamento, e é por isso que o atendimento deve ser universal. Nesse sentido, apontam que o projeto inicial na gestão Éfrem era de abertura de uma dupla porta dentro do hospital. Criticam-se também as decisões da gestão quanto à redução dos atendimentos, embora compreendendo as dificuldades financeiras, considerando que a gestão procurou um caminho mais simples de só, efetivamente, fazer aquilo que é pago, aquilo que tem condição de receber, de forma equivocada quando não pactuou de forma correta, e deixar de perceber que o Hospital das Clínicas está deixando de prestar um serviço essencial à população.

A direção do hospital contrapõe o conselho gestor à defesa da autonomia universitária. Nunca houve uma preocupação de se fazer um estudo sobre um modelo de gestão que considerasse indicadores de resultados, indicadores que podem ser construídos. Outros atores questionam a falta de integração entre as diversas áreas do CCS, por não atuarem sequer dentro do hospital.

A direção hospitalar defende que o conceito que norteia a lógica de um hospital universitário é a qualidade da assistência, através de seus recursos humanos qualificados em tecnologia, ela é um ambiente propício para pesquisa e para ensino.

Assim, embora uma série de medidas tenha sido encaminhada por essa última gestão, a questão da democratização do processo no hospital coloca-se como uma demanda fundamental.

A maioria se posicionou contra a privatização de leitos no HCPE, muito embora com justificativas distintas. O Diretor do Sindicato afirma que no início dessa última gestão a direção do HCPE pretendia realizar convênios para abertura de leitos privados, mas o Sindicato teria desaconselhado essa medida, por entender que vai de encontro aos princípios do SUS e não resolve o problema do hospital. Muito embora o Diretor Superintendente do hospital concorde com a implantação de planos e seguros privados no hospital. E não tomou essa atitude até agora, em primeiro lugar pela pressão das entidades e, em segundo, pelas condições existentes no hospital quando ele assumiu. Considerou que não era conveniente, naquele momento.

Outros argumentam que consideram difícil que os planos de saúde e a clientela façam opção pelos HU, quando você tem uma rede privada de excelência também montada no estado. Com relação aos atores mais diretamente ligados à realidade hospitalar, observam-se duas posições, uma que considera possível desde que as regras do jogo sejam claras e que tragam benefício para toda a comunidade SUS. Outros, embora não discordem totalmente, olham com desconfiança, particularmente o Representante dos Residentes, quanto à aceitação desse tipo de paciente da participação do residente nesse tipo de atendimento.

Já as entidades, associações e estudantes colocam-se totalmente contra convênios com planos de saúde privados, alguns argumentando que já existe uma discrepância enorme, entre o acesso do público e do privado, portanto não se deve liberar as poucas unidades de excelência que você tem, que prestam serviços mais especializados, terciário e quaternário, para os pacientes e planos de saúde, até pela logística existente.

O Diretor do CCS diz não ser contra a utilização de outras fontes de financiamento do hospital através de planos de saúde. E embora se tenha afirmado que a maioria não concorda, percebe-se uma certa ambigüidade por parte de alguns atores.

A questão da reserva de leitos por especialidade dentro do hospital foi parcialmente resolvida pela última direção (2001-2003). A saída proposta pela direção do hospital é que, a partir de determinado horário, os leitos podem ser ocupados por qualquer paciente, mas o representante dos residentes não considera que isso esteja funcionando muito bem.

A maioria dos atores discordam desse monopólio de leitos nos hospitais universitários. Inclusive, a Secretaria Estadual de Saúde criou uma Central de Leitos com o objetivo de evitar tanto ociosidade dos leitos quanto poupar os pacientes de ficarem peregrinando pelas várias unidades de saúde.

A reserva do leito ocorre porque determinado grupo tem interesse em tal patologia. Outros atores acham que isso é uma lógica, que é a do poder interno, que tem que ser discutido no modelo do contrato de gestão com o Sistema Único e a necessidade é que vai determinar, porque o dono do leito não é o médico, nem é o diretor do hospital, o dono do leito é o paciente, porque o hospital é público.

6.5- EXPECTATIVAS DOS ATORES PARA O HCPE

A respeito das perspectivas e expectativas dos atores frente ao cenário político nacional e local de possibilidades de mudanças na realidade do HCPE, os entrevistados fazem as seguintes considerações:

É necessária uma interface entre os vários níveis do sistema, pois o sistema de saúde precisa da universidade, da mesma forma que a universidade precisa dos municípios e nós precisamos trabalhar cada vez mais juntos. É um esforço muito grande para que haja integração dessas diversas direções, para que se possa amanhã ter realmente um sistema de saúde único no atendimento, e que esteja aberto para a formação profissional das pessoas. E que o sistema tenha um grau de eficiência maior, trabalhando sempre em cima de protocolos, de compras adequadas, através do pregão eletrônico, de gerência eficiente. E lutar para que o dinheiro, que é curto,(...) não se reduza mais, uma vez que estamos trabalhando para a população. E a

esperança é que o SUS, que nasceu do pensamento do pessoal que faz saúde pública das universidades brasileiras, a gente agora tem esse outro trabalho, que é integrar a rede hospitalar pública e a rede universitária (Secretário Estadual de Saúde)

Em relação ao que a gente pretende do Hospital das Clínicas, além do ensino, o sonho, o ideal desse hospital é que nele *as pessoas não sofressem tanto além da sua própria doença*. Que fosse um hospital em que as pessoas tivessem um atendimento que é esperado de um hospital gabaritado, que as pessoas possam sair daqui sabendo qual a verdadeira doença que têm, e que, se for possível curar, que se cure, e se não conseguir curar, que se possa tentar com o que há de mais novo na medicina. Que seja um hospital como é previsto no SUS, universal, e que não tenha duas portas, e que não tenha preconceito de raça, cor, sexo, e que perca esse caráter de feudos que a gente visualiza muito dentro das disciplinas, que dê uma rotatividade maior, o que já ajudaria bastante o ensino, porque aí a gente, em vez de ver o paciente por muito tempo, veria vários pacientes. Que fosse um hospital democrático, em que as pessoas conhecessem o hospital, porque aqui acaba sendo a segunda casa de muita gente, que a gente conhecesse o que ocorre no hospital, que é um mundo. (...) A *humanização* dentro do HU deve ser vista como uma *questão prioritária*. Entendendo por humanização um atendimento adequado, em que não se saia frustrado dele nem o paciente e nem o médico, em todos os sentidos, em relação ao sentimento que estão carregando para aquela situação, e que todos tenham a consciência de que fizeram o melhor que puderam. Humanizar é entender o ser humano como um todo, saber que ele não é uma vesícula, uma cardiopatia congênita (Dirigentes do DA de Medicina).

A defesa do controle social no hospital através do *conselho gestor*, tendo a participação das entidades que compõem o conselho estadual e municipal de saúde, as entidades dos usuários, as entidades de funcionários, entidades das equipes de quem constrói este hospital e externamente, para poder ver qual é o papel do hospital em Pernambuco e não ficar como uma ilha federal, dentro do estado, que nem respeita o estado e nem a federação e fica ilhado só nele mesmo. Se conseguíssemos implementar a eleição direta e o

conselho gestor, a gente estaria dando dois passos que não são nada simples, (...) eles dariam o alicerce, para *superar todas as outras angústias que a gente tem dentro do hospital*. Dentro do conselho seriam trabalhadas as coisas específicas para ver a questão do financiamento, as necessidades da população. Assim podemos ter um financiamento democratizado e a gestão integrada com o município (Dirigentes do DA de Medicina).

Sobre a questão dos feudos, no caso da redistribuição de leitos entre as várias clínicas, temos um contraponto do lado dos professores também, no sentido de algumas clínicas ficarem com poucos leitos e prejudicarem o ensino. Temos que achar o meio termo em relação a isso, pois há uma necessidade de ensino para que haja um acompanhamento. Pela diretoria do hospital se estabeleceria que alguns andares seriam gerais e teriam os leitos reservados nos últimos andares, acho que isso seria uma ótima saída (Dirigentes do DA de Medicina).

O conceito de humanização vai de encontro a uma cultura que está hegemônica, que envolve uma demanda muito grande de atendimento, excesso de trabalho, mas estamos formando profissionais que vão para sistema (...) e temos que funcionar como vanguarda. Esta universidade deixou de ser vanguarda e deveria retornar a esse caráter. Ser radical na questão de ir à raiz do problema, inovar e fazer com que a formação dos médicos, enfermeiros e fisioterapeutas fizesse com que eles saíssem daqui com uma visão melhorada, gostando mais do que fazem, não levassem as frustrações que as pessoas já trazem de casa para sua profissão (Dirigentes do DA de Medicina).

A perda de humanização no atendimento é repassada para a formação dos alunos. O próprio curso atrapalha quando na verdade deveria aperfeiçoar este aspecto. A humanização deve ser vista não como uma questão pontual, mas *como uma política da gestão universitária*, do hospital, das secretarias, ministérios, de incentivo a essa práxis, não é difícil e nem dispendiosa. O caminho é esse, é muito difícil se mudar culturas, mas as pessoas acham que é necessária a mudança, está faltando um *estopim* para desencadear várias coisas. Acredito que o momento é propício para isso (Dirigentes do DA de Medicina).

... não existe gestão sem participação de todos os que fazem a instituição, desde o diretor à pessoa que limpa o chão. O potencial das pessoas às vezes é desperdiçado. Permitir a participação efetiva coletiva, com responsabilidade. Você não pode abrir e simplesmente deixar a coisa acontecer, dentro de uma sistematização, dentro de um ouvir crítico, dentro de um ouvir reflexivo, onde você possa, realmente, tornar pessoas participativas e co-responsáveis pela instituição. A partir do momento em que a gente conseguir fazer isso, (...) acredito que a gestão, ela vai ter realmente um fator facilitador, sem a menor dúvida (ex-Coordenadora de Enfermagem).

... diz-se que os hospitais públicos, eles não são viáveis, que nos hospitais universitários a tendência é privatizar, mas depende de nós, que isto possa ou não acontecer. Em todo o projeto que a instituição busca como alternativa fortalecer o ensino público, gratuito, a assistência pública, que possa garantir às pessoas esse acesso, (...) tenho certeza que a enfermagem da instituição sempre veste a camisa. Tem que haver uma equipe multidisciplinar, trabalhando junto, para que a gente possa conseguir atingir os nossos objetivos. Eu acredito no hospital público universitário, acho que ele é viável, agora, depende realmente desse compromisso... (ex-Coordenadora de Enfermagem).

... conseguir superar a questão do *individualismo* dentro da instituição Hospital das Clínicas. Não existe integração entre as clínicas. (...) para ter um atendimento mais *integral*. Você não pode dissociar o útero da mulher, do corpo dela, da mente dela, do coração. Talvez voltar a não ter mais leito de especialidade, mas ter leito de clínica médica, leito de cirurgia, talvez isso facilitasse muito, mas não sei até que ponto isso funcionaria, porque o grande problema ainda do HCPE, é *muito político*. São as *relações interpessoais* que determinam, inclusive, o atendimento. (...) o residente ele está preocupado em atender com qualidade (Representante dos Residentes).

O Hospital das Clínicas não pode continuar fazendo atendimento primário, isso vai prejudicar o ensino. É muito fácil resolver isso, muitas unidades fazem atendimento primário. O HCPE pode tomar

determinados cuidados com a parte científica. O que precisa *mesmo é que os professores venham para o hospital, mesmo que seja um dia na semana*. Eu acho que os preceptores têm que estar lá presentes em toda a visita. Todo o paciente deve ser visto por eles e vista a prescrição (Representante dos Residentes).

Eu acho que internamento não falta na rede pública. A gente não tem emergência, mas temos hospitais de captação, que podem captar pacientes da emergência, e ser encaminhados para aqui. O que *falta é integrar*. Existe muito bairrismo nas instituições e o residente fica prejudicado porque não pode, às vezes, fazer rodízio em outros serviços que estão funcionando melhor (Representante dos Residentes).

...o hospital tem que formar profissional em todas as áreas e ele não pode ser apenas das especialidades, porque vai começar a formar muito especialista e precisa-se de clínico geral, de ginecologista, do pediatra. Os hospitais universitários estão se especializando demais e, às vezes, está esquecendo da realidade sócio-econômica do nosso país. Entretanto, tem pessoas, que dizem que o hospital tem que ser de alta e média complexidade, porque os demais níveis de atendimento, para a formação do estudante, podem ser desenvolvidos no posto de saúde. (...) eu me preocupo com o financiamento, e a forma como o governo, ou como o Estado está vendo o serviço público e, por conseguinte, atinge o hospital (Coordenador Geral do SINTUFEPE).

...na verdade, o que nós defendemos é que a saúde tem que ser integral, universal dentro dos princípios do SUS. (...) Nós não conseguimos conceber a saúde nem a educação como quem paga mais, tem melhor, ou que tenha recursos, tem preferências, isso é inconcebível, principalmente no hospital universitário. Recursos públicos devem ser os mantenedores de serviço público. Quando eu digo que o Hospital das Clínicas ele não é humano, é que ele como um todo está se deteriorando. O pessoal está desmotivado, equipamento quebra, a demanda é muito alta. *Ele está feio, ele está carregado, ele está mal cuidado, ele não tem recursos*. Eu queria que isso aqui fosse uma coisa maravilhosa, para as pessoas se sentirem

bem. A gente tem que trabalhar, tem que se envolver, todo mundo tem que botar seu dedinho na ferida, de saber da importância de ser um trabalhador da educação, que a gente pode mudar esse quadro. Agora, todo mundo tem que dar a sua parcela (Coordenador Geral do SINTUFEPE).

... existiu um fórum em Salvador sobre os hospitais universitários, particularmente dos federais, e a proposta do ministério é de tentar resolver primeiro as questões relativas aos federais. Eu acho que tem que ter o contrato de gestão negociado com o Ministério da Saúde e com a anuência do Ministério da Educação também. Eu acho que o Ministério da Educação tem que estar ciente de tudo o que está acontecendo e é preciso, fundamentalmente, que o Ministério da Educação dê provimento às necessidades que esse contrato de gestão também vai apontar na questão dos recursos humanos, porque não tem como você dissociar, quem trabalha dentro do Hospital das Clínicas não é só o médico, é o professor, então essas coisas precisam estar integradas dentro desse processo. Então, a expectativa da entidade é que haja um grande contrato de gestão, que seja o mais amplo possível, para que em curto e médio espaço de tempo a gente tenha o ressurgimento, o renascimento da instituição Hospital das Clínicas, com sua respeitabilidade, garantindo um hospital de grande qualidade, prestando serviço a sociedade. Se você resolver apenas partes do processo, ele vai continuar doente, o hospital é um hospital que a gente considera doente. O Hospital está na UTI. Então, para tirá-lo da UTI e fazê-lo voltar a ser um grande hospital de referência, ele tem que passar por todos esses processos, resolver todas essas crises. Tem que resgatar a missão institucional, mas que garanta financiamento, recursos humanos, pactuação política, controle social, todos esses aspectos (Presidente do Sindicato dos Médicos).

Nós somos a favor da manutenção do hospital universitário, mas acreditamos que eles devem ter o seu papel renovado dentro de uma ordenação de formação de recursos humanos, pois na verdade você forma recursos humanos para a sociedade. O hospital precisa estar integrado e obedecer à realidade sanitária do país. Temos ainda uma preocupação com o grande número de abertura de escolas médicas. Primeiro, para o que ela foi criada, segundo para quem ela está

formando médico, porque é uma questão a ser vista é que o estado se desobrigou de fazer essa análise. A maioria está abrindo escolas privadas, mas é para o lucro empresarial, mas ele vai formar médico para quem? Eu acho que está na hora do governo brasileiro acordar para esta realidade, por isso uma das primeiras coisas que a gente conversou com o ministro foi: o Ministério da Saúde tem que ordenar a política de formação de recursos humanos, compete a ele ordenar e ele tem que ter a gerência sobre isso, é papel constitucional dele, é da lei (Presidente do Sindicato dos Médicos).

... a minha expectativa, o que eu gostaria que o ministério fizesse, era discutir a missão, o papel social do hospital universitário e garantir a sua perfeita integração com o Sistema Único de Saúde e aí com todas as garantias que esse processo envolvesse. Porque essa estória de eu quero que você seja acreditado, seus serviços precisam ser acreditados, tem que dar a contrapartida para que essa acreditação possa efetivamente se estabelecer e gerar qualidade na prestação de serviço. Eu acho que o projeto da acreditação dos hospitais universitários tinha que estar dentro do processo de contrato de gestão. Eu acho que ele tinha que envolver aspectos gerenciais, aspectos de qualidade e aspectos financeiros. Essas diversas crises imbricadas elas dão o retrato do Hospital das Clínicas. Tem ainda a própria questão da democratização interna do hospital, que a gente tem críticas por falta das eleições e do conselho gestor. Mas caso tivessem sido resolvidas, temos clareza que, embora sejam questões fundamentais, *não resolveriam a crise dos HU*. Tem exemplos, inclusive, no próprio estado que demonstram isso. Desse modo, são vários aspectos que precisam ser solucionados: é o político, é o gerencial, é o financeiro, é o de recursos humanos, que não depende do Ministério da Saúde. É aquela coisa que a gente dizia que o HCPE tem dois pais e está órfão dos dois (Presidente do Sindicato dos Médicos).

Uma crítica que as entidades têm, tanto da gestão estadual como da gestão municipal também, é o fato de você representar uma classe que é importante, tem as suas dificuldades, mas é importante na implementação das políticas de saúde e que a gente realmente já pega os pratos feitos, efetivamente, não há uma discussão prévia. A gente

pega as coisas por demanda. Mas eu preciso dizer que, pelo menos a relação com as entidades tem sido mais cordial e mais aberta na gestão Éfrem Maranhão no HCPE. Até temos discordâncias políticas dele, alguns entraves, como o caminho que ele pegou inicialmente, que era realmente de privatizar parte dos leitos do hospital e a gente foi contra. Ele realmente abortou o processo, naquele ano, inclusive, a enfermaria que estava destinada para colocar os planos de saúde, abriu-se serviço do SUS. Então, são as coisas que a gente tem realmente que destacar (Presidente do Sindicato dos Médicos).

O modelo que a gente defende é o modelo democrático, na perspectiva de que, se possível, esse gestor hospitalar, ele possa ser eleito pela comunidade, que haja uma integração pela comunidade interna, que haja uma ampla e democrática relação com o conselho gestor. Eu acho que o conselho gestor é fundamental para estar integrando o hospital com a comunidade. E que ele esteja integrado, também, aos conselhos municipais e estaduais de saúde, acho que isso aí é fundamental, a integração com o SUS (Presidente do Sindicato dos Médicos).

Eu acho que a direção do hospital não deve escamotear a verdade. Esse é o primeiro passo que você dá para agir de maneira marginal, é quando você começa logo escondendo a verdade e aí não resolve o problema. Tem que resolver o problema passando por enfrentar o desgaste, o ônus que vai ser gerado, mas, quando a gente vê boa vontade, tudo se resolve. (...) eu reafirmo e com todos os riscos que isso implica, que o HCPE, como toda Universidade Federal de Pernambuco, ela viveu durante muito tempo, sob a ótica de uma ideologia, de uma doutrina bastante conservadora, salvo algumas ilhas. A gente saúda a eleição do novo reitor e agora da Heloisa, pessoa séria, na direção do hospital, porque a gente espera que não seja dada acolhida para que feudos se multipliquem, como aconteceu durante longos anos e também que se abra para o convívio da sociedade, que o conselho gestor seja dinâmico, que os problemas que existam sejam enfrentados com a possibilidade de participação de todas as entidades, dos outros servidores, que haja um debate franco, que não sejamos chamados apenas nos momentos de crise, mas para participar de uma gestão democrática, de uma construção

de alguma coisa positiva, que, se construído coletivamente, se institucionalize. Evitando a visão de pessoas que passaram por lá com a vertente mais personalista, mesmo quando acertavam na receita, não conseguiam aglutinar as pessoas no mesmo projeto (Presidente do CREMEPE).

Eu acho que a gente tem um potencial grande aqui no CCS, até vamos dizer assim, de mão de obra, no bom sentido e que poderia minimizar bastante, se esse pessoal tiver uma atuação mais direta no hospital. Por exemplo: todos os departamentos, o Departamento de Nutrição tomar conta da nutrição do hospital, o Departamento de Farmácia da farmácia do hospital, o Departamento de Enfermagem, da enfermagem do hospital e assim por diante. O estudante de Medicina não dá plantão, não atua dentro da enfermaria, porque o estudante de enfermagem também não tem essa atuação. Então essa mudança de conceituação, aí vem Fisioterapia, Terapia Ocupacional, todas as áreas podem ter um papel importantíssimo dentro do hospital e até diminuir os custos do hospital porque você vai ter, entre aspas, uma mão de obra, onde estão os estudantes ávidos por aprendizado, claro que eles vão ter um papel muito bom dentro do hospital, tanto os estudantes como os próprios profissionais mesmo.(...) Já na parte de ensino, dentro de um modelo gerencial ideal do hospital, que eu não sei qual seria, mas de qualquer maneira, pelo menos o personagem a gente pode dizer, que deva ter alguém competente em administração hospitalar, para gerir a parte administrativa e financeira do hospital. Deve ter alguém da área técnica ligada à área acadêmica da universidade, exatamente para não distanciar, não haver uma dissociação entre a assistência e o ensino (Diretor do CCS).

O hospital, pela complexidade dele, deve ter uma equipe, pode ter, como no modelo atual: um Superintendente, que exerça um cargo político, de articulação, para buscar recursos e condições para o hospital e que seja articulado com a administração central da universidade (o melhor seria que ele fosse eleito pela comunidade, isso é proposta nossa, para dar mais legitimidade), mais um Diretor Técnico, ligado à área acadêmica, que faz o elo entre a parte assistencial e a área acadêmica, entre o ensino e a pesquisa e

assistência; e um Diretor Administrativo, que seria ideal contratar um profissional para administrar a parte financeira e administrativa. A figura política eleita pela comunidade, este é que vai agregar a comunidade que trabalha no hospital, porque ele tem a legitimidade de ter sido eleito e é uma pessoa que vai se articular, internamente, dentro da universidade e externamente, e o Diretor Técnico, aquele que vai definir o perfil do hospital em atendimento assistencial e a ligação disso aí com o ensino e a pesquisa (Diretor do CCS).

Com relação às expectativas dos atores, em síntese, cada um destaca um aspecto particular da questão.

Aponta-se a necessidade de uma interface entre os vários níveis do sistema, incluindo universidade, estado e municípios. Expectativas com a priorização da humanização do atendimento, de forma a superar as dificuldades da estrutura com relação ao atendimento, reduzindo o sofrimento das pessoas. Levar em consideração também a expectativa dos professores em termos de manutenção de leitos em algumas clínicas para não prejudicar o ensino.

Realizar movimentos que possibilitem mudanças na cultura hospitalar e das pessoas. Estimulo à participação, desenvolvimento de relações interpessoais, procurando superar o individualismo. Busca da integração e de um atendimento mais integral com professores mais presentes. Tornar o hospital um lugar bonito e agradável para trabalhar, mais bem cuidado e saudável.

Incorporar os princípios do SUS, fazendo contrato de gestão negociado com o Ministério da Saúde e com a anuência do Ministério da Educação. Não resolver apenas partes do problema, o hospital tem que passar por todos esses processos, resolver todas “essas crises”. O ministério deveria discutir a missão, o papel social do hospital universitário e garantir a sua perfeita integração com o Sistema Único de Saúde e aí com todas as garantias que esse processo envolvesse. Porque, para ser acreditado, tem que dar a contrapartida para que essa acreditação possa efetivamente se estabelecer e gerar qualidade na prestação de serviço. Há o projeto da acreditação dos hospitais universitários fazer parte do contrato de gestão.

Democratização interna do hospital, através das eleições e conselho gestor, como questões fundamentais, mesmo que não vão resolver a crise dos HU. Ter transparência na gestão hospitalar, não escamotear a verdade.

Portanto, ao observar as expectativas dos atores, embora a agenda visível se faça presente, o que marca na verdade a fala dos atores é a resolução de questões de um nível de profundidade muito maior, que constituem as tensões presentes no cotidiano do trabalho e da vida das pessoas, do bem-estar, das relações cordiais e do envolvimento nos processos.

CAPÍTULO 7
Considerações Finais

O hospital universitário se diferencia fundamentalmente dos outros sistemas produtivos universitários com os quais convive, na maior parte direcionados para a pesquisa, ensino e extensão, pois os HU, além desses propósitos, têm a função de prestar assistência à população num setor social crítico, que é o da atenção à saúde.

O caminho percorrido por este estudo, desde o embasamento teórico-conceitual até o teste das hipóteses de trabalho com dados empíricos e entrevistas com atores relevantes, leva a algumas considerações finais, que procuram sintetizar o entendimento do problema dos HU no contexto brasileiro e, em especial, do Hospital das Clínicas da UFPE.

Em primeiro lugar, é importante registrar, a partir de tudo que foi visto no trabalho, que os HU funcionam com *um certo grau de autonomia* dentro do sistema universitário. Embora seja uma “autonomia pouco estruturada”, pois, no caso do HCPE, os processos de compra por licitação, por exemplo, são todos conduzidos pela própria Reitoria. Por outro lado, o fórum nacional que trata das questões dos HUE, que é a ABRAHUE (*op. cit.*, p. 43), está muito concentrado na agenda visível e, embora consiga realizar algumas negociações nacionais, não consegue imprimir mudanças substantivas no plano local dos hospitais. Por essa razão, defende-se a realização de seminários locais, com a criação de fóruns locais legitimados que apóiem o desenvolvimento acadêmico, gerencial e assistencial dos HU.

Em geral, as questões enfrentadas pelos HU têm sido definidas a partir de interesses de grupos ou pessoas. Não existem cobranças com relação a um plano de ação a curto, médio e longo prazos. O crescimento dos HU, tanto com relação à incorporação tecnológica quanto à implantação de novos serviços, é definido a partir de interesses de profissionais, de indivíduos ou de grupos, ou pela direção do hospital.

Nessa mesma linha de autonomia relativa se insere o *relacionamento com o SUS* no plano estadual e federal. Em geral, não existe trabalho articulado quanto a modelo de atenção, prioridades ou aspectos gerenciais do processo de trabalho, restringindo-se, quase sempre, apenas à negociação de tetos financeiros. Quanto à existência de projetos nacionais ou regionais para investimento na rede hospitalar, em geral a conduta do Ministério da Saúde é a de resposta a pressões e demandas políticas, dispensando a

avaliação de necessidades, e dependendo muito da capacidade de articulação da direção hospitalar ou de profissionais que atuam no hospital.

Os projetos de investimentos (recuperação ou ampliação de hospitais), na realidade de Pernambuco, têm contemplado hospital-escola da rede estadual e da rede filantrópica, pouco destinando ao HCPE, embora o hospital tenha também adquirido equipamentos e estruturado alguns setores a partir de articulações políticas diretas com o MS e MEC. Nesses casos, observa-se, ainda, uma certa distorção na visão de desenvolvimento do hospital: enquanto se busca incorporar tecnologia de alta complexidade, não se observa empenho semelhante na resolução de problemas básicos dentro da visão de cuidado em saúde. Há uma busca da modernização pela *tecnologia dura e leve-duras e pouco investimento nas tecnologias leves*, inclusive, quanto aos procedimentos gerenciais.

Os projetos institucionais desenvolvidos não conseguem adquirir *legitimidade institucional*, ficando no plano da legalidade. Por outro lado, o discurso institucional nem sempre corresponde à prática institucional demonstrada em vários elementos apresentados ao longo do trabalho. A inexistência de projetos mais amplos que contemplem todos os aspectos em debate sobre os HU limita também as ações a serem realizadas, sendo tratadas apenas partes das questões e nem sempre as mais graves, com uma certa tendência à gestão empresarial dos HU.

A percepção dos atores sobre diversos aspectos do HCPE se identifica em muitos pontos com a agenda nacional dos HU, particularmente com a agenda visível. Por outro lado, o caráter aproximativo do estudo de caso permite verificar a agenda oculta, embutida no cotidiano da organização. E mesmo a agenda visível torna-se muito mais evidente no estudo, à medida que fica muito claro que a questão da relação do SUS com os HU é realmente uma questão de mão-dupla, não havendo muito esforço de ambas as partes para superar essa situação. Isso se agrava porque a relação é desigual – só um dispõe dos recursos.

Constata-se também que as pessoas que trabalham e utilizam o espaço de atendimento do HCPE são envolvidas pelas supostas crises, de uma forma muito pessoal, através do desencanto e do desestímulo. Sofrem os trabalhadores da saúde e sofre o usuário do serviço.

A pouca utilização das tecnologias leves dentro do espaço hospitalar leva ao isolamento, ao individualismo, à prevalência de interesses particulares e a uma condução autoritária e centralizadora do hospital, impedindo o desenvolvimento de sujeitos e projetos coletivos. Mesmo assim, as pessoas estão sempre procurando mudar o hospital, em busca de alguma coisa, em *defesa da vida*.

A busca da integração e da humanização como conceitos que venham a fortalecer as ações no espaço institucional aparece como novas possibilidades de atuação em algumas das falas dos atores. Nesse sentido, o conceito de integralidade do cuidado e integralidade do sistema proposto por Merhy e Cecílio e referido no Capítulo 2 pode contribuir para ajudar os que buscam novas alternativas para o cuidado à saúde. Esses novos conceitos podem ter uma aplicação mais eficaz para alguns dos problemas enfrentados pelo HCPE do que as iniciativas referidas pelos entrevistados neste trabalho, particularmente a de integração.

Quanto ao ponto central de interesse deste estudo, o da *crise do HCPE*, esta se manifesta nas mais diversas formas de expressão, sendo a mais comum a de “crise financeira”. É preciso entendê-la para saber que, mesmo sendo real, seu enfrentamento pelos diversos atores da realidade do HCPE tem levado a saídas que não atingem as várias tensões presentes no cotidiano do hospital, seja por medo da instituição ao ter que enfrentá-las, seja por conservadorismo ao temer as mudanças de *status quo*. O que se conclui é que o hospital não pode e não deve se esconder atrás da crise financeira, pois isso é impeditivo do seu desenvolvimento.

O hospital precisa produzir *crises reais e substantivas*, que estão embutidas no seu cotidiano, levando à ausência de projetos, atendimento desqualificado, profissionais desestimulados, perda do caráter de excelência, pouca produção de pesquisa e ensino

precário. O caminho atual que se tem trilhado revela um descompromisso crescente com o hospital universitário e aponta na direção da utilização privada do espaço público.

Portanto, reafirma-se aqui que o problema dos hospitais universitários, e do HCPE em particular, é que *nunca entraram em crise real*, e que o desafio maior da gestão será fazer emergir essa crise do cotidiano do hospital, para que de fato possa ser superada a situação atual. Desse modo, coloca-se como urgente a mudança da agenda de discussão dos hospitais universitários nessa nova perspectiva.

Ao se adotar como ponto de partida a “crise” dos hospitais universitários, este estudo procurou investigar o que a caracteriza e que tipos de respostas ela provoca. A partir da uma breve revisão de conceitos de crise, chegou-se à conclusão de que a denominada “crise” dos HU é de fato um termo utilizado para mobilizar ações políticas em torno de soluções eventuais para os hospitais universitários, que enfrentam situações crônicas e recorrentes de falta de recursos e de pessoal, particularmente, de enfermagem e os níveis e intermediários e de apoio, e algumas vezes de médicos, dependendo de cada realidade.

Resolvidas parcialmente essas questões, a “crise” refluí até um outro momento semelhante. Desse modo, os HU vêm vivendo essa situação pelo menos desde a década de 1970. Passado o “momento de crise”, não se constatam mudanças significativas na forma de atuação dos hospitais. É como se a instituição estivesse em busca de sua sobrevivência nos moldes até então existentes.

É por essa razão que este trabalho conclui que a interpretação de crise dos HU, por parte de alguns autores, se utiliza mais do conceito *social e científico de crise*, onde se analisa uma esfera ou aspecto social de uma totalidade de vida, como aspectos financeiros, organizacionais, gerenciais etc. Deve-se compreender, ainda, que este tema da crise faz expor a sua *natureza situacional*, pois há que se reconhecer que o que é crise sob a ótica de um certo ator social pode ser solução para outro. E, com isso, o debate da crise traz consigo uma *tensão produtiva*, que pode ser explorada sob o ângulo das disputas dos projetos sociais que encarna.

Entretanto, para além das diferentes configurações que possam vir a constituir os hospitais universitários “em crise”, é fundamental ressaltar a sua “*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 de complexidade. Nesse “pastoril” de ambigüidades, não há por que decidir pelo “cordão vermelho ou azul”, o desafio mesmo é ser “Diana” e conviver com a multiinstitucionalidade do HU sem desconforto.

É importante compreender que essa duplicidade de ensino e assistência dos HU não é uma questão linear, uma vez que as lógicas desses processos produtivos realizam-se no mesmo espaço de trabalho, onde eles, muitas vezes, se entrecruzam. Para além das diferenças e semelhanças dessa dupla tarefa dos HU, vale repetir que não se pode mesmo é perder o sentido final do trabalho hospitalar, que é a *produção do cuidado em saúde*.

Ou, como disseram os dirigentes do DA de Medicina da UFPE em relação ao que pretendiam do HCPE:

“Além do ensino, o sonho, o ideal deste hospital é que nele *as pessoas não sofressem tanto além da sua própria doença*; que fosse um hospital em que as pessoas tivessem um atendimento que é esperado de um hospital gabaritado, que as pessoas possam sair daqui sabendo qual a verdadeira doença que têm, e que, se for possível curar, que se cure, e se não conseguir curar, que se possa tentar com o que há de mais novo na medicina; que seja um hospital como é previsto no SUS, universal, e que não tenha duas portas, e que não tenha preconceito de raça, cor, sexo, e que perca esse caráter de feudos que a gente visualiza muito dentro das disciplinas.”

REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS

ACÇÃO DA ADUSEPS VAI PROCESSAR HOSPITAIS. **Diário de Pernambuco**, Recife, 24 de abril de 2002. Vida Urbana. C4.

ALMEIDA, C. M. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 4, n.2, p.263-286, 1999.

ASSUNÇÃO, R. da S. **Indicadores gerenciais para o Hospital das Clínicas da UFPE**. Projeto de Pesquisa. Recife: Centro de Tecnologia e Geociências -Departamento de Engenharia – UFPE, 2002.

ATRASSO DE CIRURGIAS GERA PROTESTOS DE OBESOS NO HC. **Jornal do Commercio**, Recife, 23 de maio de 2002. Caderno Cidades, p. 6.

BARROS JÚNIOR, P. F. do R. **Um sistema de informações para executivos para o Hospital das Clínicas da UFPE**. Relatório Final do Projeto de Sistema de Informações Gerenciais. Recife: Centro de Tecnologia e Geociências/Departamento de Engenharia – UFPE, 2002.

BARROS, R. B. de. A noção do entre em Deleuze/Guatarri: primeiras aproximações à clínica dos grupos. **Cadernos Transdisciplinares** - Instituto de Psicologia, UERJ, Rio de Janeiro, n. 1, 1998. p. 23-32.

BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde**, Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual acreditação hospitalar**. 3ª ed. Brasília – DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica 01/96**. “Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão” de 6 de novembro de 1996. Brasília – DF.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. **Hospitais universitários: o ensino, a pesquisa, a assistência e a inserção no SUS**. Salvador, 2003. (Oficinas de trabalho, síntese).

BRUYNE, P. de & HERMAN, J. & SCHOUTHEETE, M. **Dinâmica da pesquisa em ciências sociais: os pólos da prática metodológica**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, s/d

CALDAS JÚNIOR, A. L. A crise nos hospitais universitários: estratégia de privatização. In: ENCONTRO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL E ASSUNTOS DE APOSENTADORIA, 6., 1999, Goiânia. **Anais.... ANDES – Sindicato Nacional e pela ADUFG – Seção Sindical**, 1999.

CAMPOS, G. W. de S. A gestão enquanto componente estratégico para a implantação de um sistema público de saúde. **Cadernos da Nona**. Brasília, v. 2, p9-17, 1992.

CAMPOS, G. W. de S. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro; v. 15, n.1, p.187-93, 1999.

CAMPOS, G. W. de S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000. (Saúde em Debate 131)

CARDIOLOGISTAS CONTINUAM DE BRAÇOS CRUZADOS. **Pernambuco.com**, Recife, 27 de agosto de 2002. Disponível em <<http://www.pernambuco.com>>. Acesso em: 27 ago. 2002.

CECILIO, L. C. de O. O desafio de qualificar o atendimento prestado pelos hospitais públicos. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 293-319.

CECILIO, L. C. de O. & MERHY, E. E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas: Departamento de Medicina Preventiva e Social - UNICAMP, 2003.

CECILIO, L. C. de O. **Hospital São João Batista de Volta Redonda (RJ): testando as possibilidades e os limites de mudanças gerenciais em um hospital governamental**. Campinas: Departamento de Medicina Preventiva e Social - UNICAMP, 1998. (mimeo)

CHC CONSULTORIA I GESTIÓ S. A. **Hospital das Clínicas**. Recife: Grup Consorci Hospitalari de Catalunya, 2001.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE - CNSa. Inserção (do componente assistencial) dos hospitais universitários e de ensino no Sistema Único de Saúde. In: I OFICINA DE TRABALHO HUE, 1., 1999, Brasília. **Anais eletrônicos...** Brasília: CNS, 1999. Disponível em: <http://conselho.saúde.gov.br/destaques/I_oficina.htm>. Acesso em: 11 nov. 2002.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE - CNSb. Inserção (do componente assistencial) dos hospitais universitários e de ensino no Sistema Único de Saúde. In: OFICINA DE TRABALHO HUE – UTILIZAÇÃO ESTRATÉGICA DOS RECURSOS DO FATOR DE INCENTIVO AO DESENVOLVIMENTO DO ENSINO E PESQUISA DE SAÚDE (FIDEPS) E DE OUTRAS FONTES, 2., 1999, Brasília. **Anais eletrônicos...** Brasília: CNS, 1999. Disponível em: <http://conselho.saúde.gov.br/destaques/II_oficina.htm>. Acesso em: 11 nov. 2002.

CONSELHO TENTA SALVAR HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS. **Jornal do Comercio**, Recife, 16 de setembro de 2003. Caderno Cidades, p. 6.

COSTA, N. do R.& RIBEIRO, J. M.& SILVA, P. L. B.. Reforma do Estado e mudança organizacional: um estudo de hospitais públicos. **Ciências e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.5, n.2, 2000. p.427-42.

COUTINHO, Amaury. Subsídios sobre a transferência do hospital das clínicas: crise do ensino médico. In: KELNER, S. et al. (Org.) **História da Faculdade de Medicina do Recife – 1915 –1985**. Recife: Universidade Federal de Pernambuco – Centro de Ciências da Saúde, 1985.

CRISE NO HC – ESTUDANTES SE ACORRENTAM A APARELHOS. **Jornal do Comercio**, Recife, 2 de agosto de 2003. Caderno Cidades, p. 2.

CURTO-CIRCUITO PROVOCA CORRERIA E PÂNICO NO HC. **Diário de Pernambuco**, Recife, 4 de maio de 2002. Vida Urbana, C3.

FERRARO, J. R. Queremos ser fiscalizados. **Revista Saúde Paulista**. São Paulo, n. 1, jan. /mar. 2001. (Entrevista à jornalista Isabel Adélia)

FOUCAULT, M. O nascimento do hospital. In: _____. **Microfísica do poder**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989. p.79-111.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 1995.

GRUPO AMEAÇA ACIONAR JUSTIÇA CONTRA O HC. **Diário de Pernambuco**, Recife, 17 de abril de 2002. Vida Urbana, C6.

GUIMARÃES, C. A. S. A. **Os microfundamentos da mudança institucional: incentivos, saída e voz na reforma administrativa: dois estudos de caso**. 2001. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) – Departamento de Ciências Sociais da UFPE, Recife, 2001.

GURGEL JUNIOR, G. D. **O Hospital das Clínicas da UFPE no contexto da Reforma do Estado Brasileiro: uma análise do Programa de Renovação Organizacional**. 1999. Dissertação (Mestrado em Administração) – Centro de Ciências Sociais Aplicadas da UFPE, Recife, 1999.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. Petrópolis: Vozes, 1987.

HC ABRE CONCURSO PARA CONTRATAR 48 PROFISSIONAIS. **Jornal do Commercio**, Recife, 25 de maio de 2002. Caderno Cidades, p. 3.

HC REDUZ ATENDIMENTOS A PARTIR DE SEGUNDA- FEIRA. **Jornal do Commercio**, Recife, 18 de abril de 2002. Caderno Cidades, p. 7.

HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS AGONIZAM. **Jornal do Commercio**, Recife, 20 de julho de 2003. Caderno Cidades, p. 2.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS COMEMORA 24 ANOS. **Pernambuco.com**, Recife, 12 de setembro de 2003. Disponível em <http://www.pernambuco.com>. Acesso em: 12 set. 2003.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE PERNAMBUCO (HCPE)a. **Novo Modelo Conceitual e Operacional do HC/UFPE**. Recife: Fundação de apoio ao desenvolvimento da UFPE e C. Guido Consultoria S/C Ltda., 1997. (Documento Institucional de Consultoria).

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE PERNAMBUCO (HCPE)b. **Programa Brasileiro de Acreditação: setores – mapeamento do HCPE**. Recife, s/d. (Documento institucional).

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE PERNAMBUCO (HCPE)c. **Índice de avaliação hospitalar por especialidade**. Recife, 2002. (Documento institucional).

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE PERNAMBUCO (HCPE)d. **Programa de Acreditação Hospitalar HCPE**. Recife, s/d. (Documento institucional).

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE PERNAMBUCO (HCPE)e. **Programa de Acreditação Hospitalar HCPE**. Relatório sobre o processo institucional de acreditação. Recife, s/d. (Documento institucional).

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE PERNAMBUCO (HCPE)f. **Relatório da plenária sobre o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco**. Recife, 2001. (Documento institucional).

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA). **Relatório da visita ao Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco**. Recife, mai. 2001. (Documento Institucional de consultoria).

KELNER, S. Introdução. In: KELNER, S. et al. (Org.) **História da Faculdade de Medicina do Recife – 1915 –1985**. Recife: Universidade Federal de Pernambuco – Centro de Ciências da Saúde, 1985. p. 9-15.

LOPES, C. M. B. **Démarche strategique: uma metodologia a ser proposta para a gestão hospitalar brasileira**. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1997.

LUCHMANN, L. H. H. A democracia deliberativa: sociedade civil, esfera pública e institucionalidade. **Cadernos de Pesquisa**, Florianópolis, n. 33, 2002, p. 1-22.

LUZ, M. T. **As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

MATTOS, R. A. (1999). Em busca de novos projetos coletivos. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.4, n. 2, p. 250-252, 1999.

MATUS, C. **Política, planificación y gobierno**. Washington D.C.: OPS, 1987.

MEDICI, A. C. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.47, n. 2, p. 149-56, abr./jun., 2001.

MÉDICOS SUSPENDEM SERVIÇO NO HC. **Jornal do Commercio**, Recife, 27 de agosto de 2003. Caderno Cidades, p. 3

MÉDICOS DO HC VÃO CRUZAR OS BRAÇOS HOJE. **Pernambuco.com**, Recife, 26 de agosto de 2002. Disponível em <<http://www.pernambuco.com>>. Acesso em: 28 ago. 2002.

MELO FILHO, D. A. de. **Um domicílio para o movimento sanitário em Pernambuco: breve história do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (1987-1997)**. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães-FIOCRUZ, 2000.

MERHY, E. E. & ACIOLE, G. G. Uma nova escola médica é possível? Aprendendo com o CINAEM as possibilidades de novos paradigmas para a formação em medicina. **Pro-Posições**, Campinas - Faculdade de Educação – Unicamp, v.14, n.1, p. 53-68, jan./abr., 2003.

MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 4, n.2, p. 305-14, 1999.

MERHY, E. E & CECILIO, L. C. de O. **Algumas reflexões sobre o singular processo de coordenação dos hospitais.** Campinas: Departamento de Medicina Preventiva e Social - UNICAMP, s/d.. (mimeo.)

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA (MEC). **Hospital das Clínicas de Pernambuco.** Brasília – DF. Disponível em: < <http://www.mec.gov.br/Sesu/hurecife.shtm> > Acesso em: 19 ab. 2002. (Documento institucional).

MOLINOS, F. P. F. **Crise dos hospitais universitários: o que fazer?** Uberlândia: Programa de Pós-Graduação em Odontologia Social da UFF, 1999. (mimeo.)

MORAIS, H. M. M. de. **Uma análise da assistência médico – hospitalar privada: o pólo médico do Recife na travessia do século XX para o XXI.** 2002. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP, Campinas, 2002.

MUDANÇAS NO HC REVOLTAM POPULAÇÃO. **Diário de Pernambuco,** Recife, 23 de abril de 2002. Vida Urbana. C5.

NOVO DIA DE PROTESTOS NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS. **Jornal do Commercio.** (on line), Recife, 04 de agosto de 2003. Disponível em <<http://www.jc.com.br>>. Acesso em: 4 ago. 2003.

OLIVEIRA JORGE, A. **A gestão hospitalar sob a perspectiva da micropolítica do trabalho vivo.** 2002. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP, Campinas, 2002.

OUTHWAITE, W. & BOTTOMORE, T. **Dicionário do pensamento social do século XX.** Tradução de Eduardo Francisco Alves, Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1996.

PACIENTES DO INTERIOR FICAM SEM ATENDIMENTO. **Jornal do Commercio,** Recife, 2 de abril de 2002. Segunda Capa, p. 2.

PAIM, J. S. Por um planejamento das práticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.4, n.2, p. 243-248, 1999.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 1998.

PROTESTO DENUNCIA CAOS NO HC. **Jornal do Commercio**, Recife, 17 de abril de 2002. Caderno Cidades, p.5.

QUINTO NETO, A . Acreditação de organizações de saúde: a importância dos médicos na segurança da assistência e dos consumidores. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 3, n.11, p. 26-30, 2001.

QUINTO NETO, A; BITTAR, O. J. N. **Hospitais: administração da qualidade e acreditação de organizações complexas**. Porto Alegre: Dacasa, 2004.

QUINTO NETO, A .; GASTAL, F. L. **Acreditação hospitalar: proteção dos usuários, dos profissionais e das instituições de saúde**. Porto Alegre: Dacasa, 1997. (Pesquisa em saúde 7).

RIBEIRO, H. P. **O hospital: história e crise**. São Paulo: Cortez, 1993.

RIVERA, F. J. U. & ARTMANN, E. A *démarche stratégique* (gestão estratégica hospitalar): um instrumento de coordenação da prática hospitalar baseado nos custos de oportunidade e na solidariedade. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.479-99, 2003.

RIVERA, F. J. U. & ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.4, n.2, p.355-65, 1999.

ROLLO, A. de A. É possível construir novas práticas assistenciais no hospital público? MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 321-339.

SALES, M. J. T. Política de saúde e formação médica: o papel dos hospitais universitários e da rede pública no ensino da graduação, da pós-graduação e na educação continuada. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 31, E FÓRUM NACIONAL DE AVALIAÇÃO DO ENSINO MÉDICO, 3. **Anais ...** Brasília: Associação Brasileira de Educação Médica, 1993. p. 98-103.

SCHRAIBER, L. B. et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.4, n.2, p.221-42, 1999.

SENA, M. G. de. A certificação chega aos serviços de saúde: acreditação hospitalar. In: Associação de Hospitais de Minas Gerais (AHMG) & Organização Nacional de Acreditação (ONA) (Org.). **Informativo dos Hospitais**. S&C Comunicação, Belo Horizonte, mar., 2001. Disponível em: <http://www.ahmg.com.br/jorn0103.htm>. Acesso em: 26/06/2002.

SINDICATO NACIONAL DOS DOCENTES DAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR – ANDES. Hospitais Universitários. **InformANDES -SN**. n. 88, dez. 1998.

TESTA, M. Análises de Instituciones hipercomplejas. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 17-70.

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.

VASCONCELOS, C. M. de. **Notas sobre a crise dos hospitais universitários no Brasil**. Campinas: Departamento de Medicina Preventiva e Social/ UNICAMP, s/d. (mimeo.)

VERGARA, S. C. **Sugestão para estruturação de um projeto de pesquisa..** Rio De Janeiro: Fundação Getúlio Vargas / Escola Brasileira de Administração Pública / Departamento de Pesquisa e Publicações. 1991. (EBAP/DOC. - Cad. Pesq. 02/91)

ATORES ENTREVISTADOS PELA AUTORA

ALMEIDA, J. C. de. **Jacilete Cabral de Almeida**, Coordenadora do Serviço de Enfermagem do HC período 2001 – 2003: entrevista. [19 dez. 2003]. Recife, 2003.

ARAÚJO, F. R. M. de. **Fernando Roberto Maranhão de Araújo**, Coordenador Geral do Sindicato dos Trabalhadores da Universidade Federal de Pernambuco – SINTUFEPE/Seção UFPE (no momento licenciado, retornando em dezembro): entrevista. [31 de out. 1003], Recife, 2003.

GOMES, C. de A . M. **Claudia de Aguiar Maia Gomes**, Representante do Diretório Acadêmico de Medicina Umberto Câmara da UFPE – DAMUC: entrevista [31 de out. 2003], Recife, 2003.

GONÇALVES E SILVA, G. E. **Gilson Edmar Gonçalves e Silva**, Diretor do Centro de Ciências da Saúde – CCS: entrevista. [18 set. 2003]. Recife, 2003.

MARANHÃO, E. de A . **Éfrem de Aguiar Maranhão**, Diretor Superintende do Hospital das Clínicas da UFPE: entrevista. [10 de out. 2003] Recife, 2003.

MEDEIROS, E. M. de A . **Eliana Mayra de Araújo Medeiros**, Representante do Diretório Acadêmico de Medicina Umberto Câmara da UFPE: entrevista. [31 de out. 2003] Recife, 2003.

MELO, A . L. A . de. **André Longo Araújo de Melo**, Presidente do Sindicato dos Médicos de Pernambuco – SIMEPE: entrevista. [26 set. 2003] Recife, 2003.

OLIVEIRA, P. S. de. **Pedro Santos de Oliveira**, Representante do Diretório Acadêmico de Medicina Umberto Câmara da UFPE – DAMHUC: entrevista. [31 de out. 2003] Recife, 2003.

PAIVA, R. A . **Ricardo A . Paiva**, Presidente do Conselho Regional de Medicina – CREMEPE: entrevista. [26 set. 2003 e 28 out. 2003] Recife, 2003.

RAMOS, A. A. J. **Antônio Augusto Jordão Ramos**, Secretário de Comunicações da Comissão Provisória dos Residentes do HC (indicação por plebiscito): entrevista. [23 out. 2003] Recife, 2003.

ROBALINHO, G. **Guilherme Robalinho**, Secretário de Saúde do Estado de Pernambuco – SES/PE: entrevista. [29 de set. 2003] Recife, 2003.

SETTE, J. S. A. **José Sergio Antunes Sette**, Presidente da Associação dos Docentes da Universidade Federal de Pernambuco de 07/2000 a 06/2003 (Vice-Presidente de 1998–2000) – ADUFEPE: entrevista. [3 out. 2003] Recife, 2003.

SOUZA JÚNIOR, I. F. de. **Izaias Francisco de Souza Júnior**, Representante do Diretório Acadêmico da Medicina Umberto Câmara da UFPE – DAMUC: entrevista. [31 out. 2003] Recife, 2003.

BIBLIOGRAFIA SUPLEMENTAR CONSULTADA

ALMEIDA, M. J. **Educação médica e saúde: possibilidades de mudança**. Londrina: Editora UEL; Rio de Janeiro: ABEM, 1999.

CAMPELLO, F. et al. **Projeto hospitais universitários – Hospital das Clínicas da UFPE**. Relatório Final do Projeto de avaliação da produção hospitalar. Recife: Departamento de Eletrônica e Sistemas da UFPE, 2000.

CAUDURO, J. L. **Hospitais universitários e fatores ambientais na implementação das políticas de saúde e educação: o caso do hospital universitário de Santa Maria**. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) - Escola Brasileira de Administração Pública, Rio de Janeiro, 1990.

CECILIO, L. C. & MOREIRA, M.E. Disputa de interesses, mecanismos de controle e conflitos: a trama do poder nas organizações de saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.36, n.4, p.587-608, jul./ago., 2002.

CECILIO, L. C. A modernização gerencial dos hospitais públicos: o difícil exercício da mudança. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, FGV, v.31 n.3, p.36-47, maio/jun. 1997.

CECILIO, L. C. Autonomia *versus* controle dos trabalhadores: a “gestão” do poder no hospital. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 4, n.2, p.315 –29, 1999.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO (CBA). **História do Consórcio Brasileiro de Acreditação**. Disponível em: <http://www.cbacred.org.br/cba_1_2.htm>. Acesso em: 26 jun. 2002.

COSTA, F. L. da. Por uma reforma do Estado: estratégias alternativas ao paradigma gerencialista. **Revista de Administração Pública**; Rio de Janeiro, v. 34, n.1, p. 267-70, jan./fev. 2000.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE PERNAMBUCO (HCPE)a. **Dados sobre a assistência no HC**. Recife, s/d. (Documento institucional referente aos anos de 1998 e 1999).

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE PERNAMBUCO (HCPE)b. **Relatório comparativo da média anual do percentual de ocupação hospitalar do Hospital das clínicas da UFPE (por grupos de especialidades médicas) frente à média nacional**. Recife, 2002. (Documento institucional).

LINGUANOTTO, M. J. R. **Internações hospitalares do SUS sob gestão municipal e gestão estadual**. 2001. Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. **Agir em saúde – um desafio para o público**. MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.) São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

MERHY, E. E.. **O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio em reconhecê-lo como saber válido**. Campinas: Departamento de Medicina Preventiva e Social/UNICAMP, 2002. (mimeo).

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **Normas orientadoras para o credenciamento de instituições acreditadoras**: Manual de Normas Técnicas. Emitido em 30 de agosto de 1999 e revisado em 02/01/2001. (Documento Institucional)

PIMENTA, C. C. **Descentralização com integração**: a gestão de políticas públicas em um contexto descentralizado, o caso brasileiro. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DO CLAD – CONSELHO LATINO AMERICANO PARA O DESENVOLVIMENTO,3. Madrid, out. 1998. Disponível em: <http://www.acta-diurna.com.br/biblioteca/doutrina/clad.htm>

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO (UFPE). **Hospital das Clínicas**. Recife. Disponível em: <www.ufpe.br/hc/hospital.htm> Acesso em: 22 jan. 2003.