

Maria do Carmo

HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS E INTEGRAÇÃO AO SISTEMA ÚNICO  
DE SAÚDE - ESTUDO DE CASO: HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG -  
1996 A 2004

Universidade Federal de Minas Gerais  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública  
Belo Horizonte – MG  
2006

Maria do Carmo

HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS E INTEGRAÇÃO AO SISTEMA ÚNICO  
DE SAÚDE - ESTUDO DE CASO: HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG -  
1996 A 2004

Dissertação apresentada ao Programa de Pós  
Graduação em Saúde Pública da Faculdade de  
Medicina da Universidade Federal de Minas  
Gerais, como requisito parcial à obtenção do título  
de Mestre em Saúde Pública. (Área de  
concentração em Políticas de Saúde e  
Planejamento).

Orientadora: Profa. Eli Iola Gurgel Andrade  
Co-orientador: Prof. Joaquim Antônio César Mota

Belo Horizonte  
2006

Carmo, Maria do

C287h Hospitais universitários e integração ao Sistema Único de Saúde - estudo de caso: Hospital das Clínicas da UFMG -1996 a 2004/Maria do Carmo. Belo Horizonte, 2006.

121f.

Dissertação.(mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais.  
Faculdade de Medicina.Departamento de Medicina Preventiva e Social  
Área de concentração: Saúde Pública – Políticas de Saúde e  
Planejamento

Orientadora: Eli Iola Gurgel Andrade

1.Serviços de integração docente -assistencial/tendências 2.Sistema Único de Saúde 3.Hospitais universitários/organização & administração 4.Hospitais de ensino/organização e administração 5.Equidade no acesso 6.Acesso aos serviços de saúde/normas I.Título

LM: WA 540

CDU: 614.2

# **UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

## **Reitora**

Prof<sup>a</sup>. Ana Lúcia Almeida Gazzola

## **Vice-Reitor**

Prof. Marcos Borato Viana

## **Pró-Reitor de Pós-Graduação**

Prof. Jaime Arturo Ramirez

## **Pró Reitor de Pesquisa**

Prof. José Aurélio Garcia Bergmann

## **FACULDADE DE MEDICINA**

### **Diretor**

Prof. Geraldo Brasileiro Filho

### **Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social**

Prof<sup>a</sup>. Elza Machado de Melo

## **PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

### **Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública**

Prof. Mark Drew Crosland Guimarães

### **Sub-Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública**

Prof<sup>a</sup> Sandhi Maria Barreto

### **Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública**

#### **Representação docente**

Prof<sup>a</sup>. Ada Ávila Assunção

Prof<sup>a</sup>. Eli Iola Gurgel Andrade

Prof<sup>a</sup>. Elizabeth Barboza França

Prof. Fernando Augusto Proietti

Prof<sup>a</sup>. Maria Fernanda Furtado de Lima -Costa

Prof<sup>a</sup>. Mariângela Leal Cherchiglia

Prof<sup>a</sup>. Waleska Teixeira Caiafa

#### **Representação discente**

Elaine Leandro Machado

Lorenza Nogueira Campos

Paulo César Rodrigues Pinto Corrêa

Roberto Marini Ladeira



FACULDADE DE MEDICINA  
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 7009  
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100  
Fone: (031) 3248.9641 FAX: (31) 3248.9640



**DECLARAÇÃO**

A Comissão Examinadora abaixo assinada, composta pelos Professores Doutores: Eli Iola Gurgel Andrade, Luiz Carlos de Oliveira Cecílio e Joaquim Antônio César Mota, aprovou a defesa da dissertação intitulada **"HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS E INTEGRAÇÃO AO SISTEMA DE SAÚDE: ESTUDO DE CASO - HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG - 1996 A 2004"** apresentada pela mestranda **MARIA DO CARMO** para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Área de Concentração em Políticas de Saúde e Planejamento da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, realizada em 14 de março de 2006.

  
Profa. Eli Iola Gurgel Andrade  
Orientadora

  
Prof. Luiz Carlos de Oliveira Cecílio

  
Prof. Joaquim Antônio César Mota

Dedico este trabalho a todos os companheiros e companheiras gestores, trabalhadores e usuários do SUS de Belo Horizonte, cada um, do seu lugar, defendendo a vida.

## **AGRADECIMENTOS**

À Iola, por ter aceitado, ter paciência e persistência para me orientar;

À Claudinha Canabrava pela preciosa colaboração na formatação deste trabalho

Aos amigos da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte pela compreensão das ausências e disponibilização dos documentos;

À diretoria, secretárias e assessores do Hospital das Clínicas pela disponibilidade para me fornecer informações e documentos;

À Prof<sup>a</sup>. Urquiza Helena Meira Paulino (Coordenação Geral dos Hospitais Universitários/MEC-SESu) e à Prof<sup>a</sup>. Berenice Tessari Clemente (ABRAHUE) pela cessão de documentos;

Ao Helvécio, Toninho, Henrique e Ricardo que acreditam e praticam relações respeitadas entre as duas instituições, conquistando seguidores e levando resultados positivos para os usuários do SUS;

Às instituições de ensino público por onde tenho passado, especialmente à UFMG, e escolas parceiras do SUS, que têm me preparado para atuar no serviço público;

À mamãe, José Osvaldo (meu irmão) e Prof<sup>a</sup> Maria Auxiliadora Roque de Carvalho (ICB/UFMG) que me ensinaram princípios éticos para a vida e para a profissão ;

Agradeço

A Nossa Senhora do Rosário, que viabilizou a realização simultânea do projeto de restauração de sua igreja em Milho Verde e deste projeto de mestrado;

Agradeço e peço as bençãos.

## RESUMO

Os hospitais de ensino tiveram diferentes formas de inserção no sistema de saúde do país, variando de acordo com as políticas desenvolvidas para o ensino de profissionais da área da saúde e para a assistência. De hospitais destinados essencialmente ao ensino e à pesquisa, passaram a ter maior importância assistencial para o sistema de saúde na medida em que houve a retração da prestação de serviços pelo setor filantrópico e privado, após a falência do sistema médico assistencial privatista, na década de 1980. A municipalização dos serviços de saúde, a crise financeira vivenciada pelos hospitais vinculados ao MEC e o estabelecimento de política de reestruturação destes capitaneada pelo Ministério da Saúde levaram ao movimento de maior aproximação e integração destes hospitais aos sistemas locais e estaduais de saúde. As relações internas de poder estabelecidas, a lógica da organização da assistência baseada no ensino e a mudança das formas de financiamento, por um lado; e as diferenças de postura dos gestores em relação a estes hospitais, por outro lado, têm gerado dificuldades nas relações, com prejuízos para as instituições e para os diversos atores que atuam neste cenário. O objetivo deste foi descrever a experiência de integração entre o Hospital das Clínicas da UFMG e a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, no período de 1996 a 2004. Foram realizadas pesquisas documental e bibliográfica e entrevistas com os gestores do sistema municipal de saúde e do hospital, bem como com representante do Conselho de Saúde do hospital. Constatou-se que apesar dos conflitos gerados pelo enfrentamento dos poderes e práticas instituídos no hospital e resistências de segmentos da gestão municipal na compreensão e condução do processo, a experiência tem sido positiva. Observou-se que houve a ampliação e maior equidade do acesso dos usuários aos serviços do hospital, contribuindo para a redução de estrangulamentos do sistema; maiores possibilidades de atividades de ensino com a ampliação da oferta de serviços, além de ganhos organizacionais e financeiros por parte do hospital. O estudo aponta desafios e caminhos para o aperfeiçoamento da integração.

Descritores: Hospitais universitários, Sistema Único de Saúde, integração, regulação do acesso, equidade.

## ABSTRACT

The education hospitals exist in Brazil since the arrival of the royal family in Brazil, on 1808, having great expansion from the 1970's, following also the expansion of medical education. From hospitals destined essentially to education and research, they had started to have greater assistencial importance for the health system, in the measure where it had the rendering of services retraction for the philanthropic and private sector, after the bankruptcy of the privatist medical assistencial system, in the decade of 1980. The health services decentralization, the financial crisis lived deeply by the entailed MEC hospitals, due to the not replacement of the work force, and the establishment of these hospitals reorganization politics, commanded for the Health department, had taken to the movement of bigger approach and integration of these hospitals to the local and state systems of health. The internal relations established power, the logic of the assistance organization based on education and the change of the forms of hospitals financing, on the other hand; and the managers position differences in relation to these hospitals, not recognizing its characteristics, on the other hand, have generated difficulties in the relations, with institucional damages for the diverse actors who act in this scene. This study had the objective to describe the integration experience between the Hospital of the Clinics of the UFMG and the City department of Health of Belo Horizonte, in the period of 1996 to 2004. Documentary and bibliographical research and interviews with the municipal manager of the SUS, the hospital general director and with the chairman of the board of Health of the hospital had been carried through. One evidenced that, despite the conflicts generated from the confrontation of power and practices instituted in the hospital, and municipal management segments resistences in the understanding and conduction of the process, the experience has been positive. It was observed that it had magnified and increased the users access equity to the hospital services, contributing for the system strangulations reduction; bigger possibilities of education activities with the magnifying offer services and organizacional and financial profits by the part of the hospital. The study points challenges and ways with respect to the integration perfectioning.

Describers: University hospitals, Health System, integration, regulation of the access, equity.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABRAHUE – Associação Brasileira dos Hospitais Universitários e de Ensino  
AIH – Autorização de Internação Hospitalar  
AIS - Ações Integradas de Saúde  
AMB – Associação Médica Brasileira  
ANDIFES – Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior  
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
BH – Belo Horizonte  
CIPLAN – Comissão Interministerial de Planejamento  
CONASEMS – Colegiado Nacional de Secretários Municipais de Saúde  
CONASP – Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária  
COSEMS - Colegiado de Secretários Municipais de Saúde  
CTI – Centro de Terapia Intensiva  
CTR/DIP – Centro de Treinamento e Referência em Doenças Infecciosas e Parasitárias  
FAS - Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social  
FIDEPS - Fator de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa –  
GIH – Guia de Internação Hospitalar  
GM – Gabinete do Ministro  
HC/UFGM - Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais  
HMOB – Hospital Municipal Odilon Berhens  
HU – Hospital Universitário  
HUE - Hospital Universitário e de Ensino  
IAP – Instituto de Aposentadorias e Pensões  
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
INPS - Instituto Nacional da Previdência Social  
IVH – Índice de Valorização Hospitalar  
MEC– Ministério da Educação  
MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social  
MS - Ministério da Saúde  
NOB – Norma Operacional Básica  
PPA - Plano de Pronta Ação  
PT - Portaria  
SAS – Secretaria de Atenção à Saúde  
SES - Secretaria de Estado da Saúde  
SESu/MEC – Secretaria de Ensino Superior do Ministério da Educação

SMSA/PBH - Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

SUDS - Sistema Unificado Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

SUS/BH - Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte

UF - Unidades Funcionais

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

USP – Universidade de São Paulo

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

|                                                                                                                                                                                        |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| QUADRO I – Conteúdos dos planos diretores do HC/UFMG relacionados à integração ao Sistema Único de Saúde .....                                                                         | 62 |
| GRÁFICO 1 – Distribuição dos leitos do Hospital das Clínicas UFMG, segundo ano, Belo Horizonte, 1996 a 2004 .....                                                                      | 78 |
| GRÁFICO 2 – Distribuição das internações do Hospital das Clínicas – UFMG, segundo ano, Belo Horizonte, 1996 a 2004 .....                                                               | 78 |
| GRÁFICO 3 – Distribuição das consultas realizadas no Hospital das Clínicas – UFMG, segundo ano, Belo Horizonte, 1996 a 2004 .....                                                      | 79 |
| GRÁFICO 4 - Evolução do número de Consultas Especializadas disponibilizadas pelo Hospital das Clínicas da UFMG para a Central de Marcação da SMSA/PBH, no período de 1998 a 2004 ..... | 79 |
| GRÁFICO 5 – Distribuição dos partos, realizados pelo Hospital das Clínicas - UFMG, segundo ano, Belo Horizonte, 1996 a 2004 .....                                                      | 80 |
| GRÁFICO 6 – Distribuição das cirurgias hospitalares, realizadas pelo Hospital das Clínicas – UFMG, segundo ano, Belo Horizonte, 1996 a 2004 .....                                      | 80 |
| GRÁFICO 7 – Distribuição das cirurgias ambulatoriais realizadas pelo Hospital das Clínicas – UFMG, segundo ano, Belo Horizonte, 1996 a 2004 .....                                      | 81 |
| QUADRO II – A visão dos atores - Fatores facilitadores da integração .....                                                                                                             | 82 |
| QUADRO III - A visão dos atores - Fatores dificultadores da integração .....                                                                                                           | 83 |
| QUADRO IV – A visão dos atores – A visão do usuário sobre a relação do HC com a gestão municipal do SUS .....                                                                          | 83 |

## LISTA DE TABELAS

|                                                                                                                                    |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| TABELA 1 – Estrutura, projetos, projetos de pesquisa e alunado do Hospital das Clínicas da UFMG - 2005 .....                       | 43 |
| TABELA 2 – Recursos Humanos do Hospital das Clínicas da UFMG – 2005.....                                                           | 43 |
| TABELA 3 – Distribuição dos serviços de saúde vinculados ao SUS – Belo Horizonte (1996) .....                                      | 46 |
| TABELA 4 – Distribuição das assistenciais do SUS/BH por tipo de unidade e vínculo com a Secretaria Municipal de Saúde - 2005 ..... | 49 |
| TABELA 5 – Aplicação de recursos orçamentários em saúde pela PBH .....                                                             | 51 |
| TABELA 6 – Itens de avaliação do índice de valorização da qualidade e sua pontuação .....                                          | 71 |
| TABELA 7 - Composição e valores financeiros do convênio SMSA/BH – HC/UFMG 2004                                                     | 71 |
| TABELA 8 - Comprometimento da receita com pagamento de pessoal* Hospital das Clínicas da UFMG – 2002 a 2004.....                   | 76 |
| TABELA 9 - Evolução da receita e despesa do Hospital das Clínicas da UFMG (2002 a 2004) .....                                      | 77 |
| TABELA 10 - Evolução da receita proveniente do SUS e percentuais de incremento Hospital das Clínicas da UFMG – 1996 a 2004 .....   | 77 |

## SUMÁRIO

|                                                                                                                                            |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. INTRODUÇÃO.....                                                                                                                         | 17 |
| 2. MARCO HISTÓRICO – CONCEITUAL.....                                                                                                       | 20 |
| 2.1 – A INSTITUIÇÃO HOSPITALAR - DO HOSPITAL ANTIGO AO CONTEMPPRÂNEO .....                                                                 | 20 |
| 2.2 - HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS E SUAS RELAÇÕES COM O SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL - DE SUA CRIAÇÃO À POLÍTICA PARA A SUA REESTRUTURAÇÃO..... | 24 |
| 2.3 - HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG – SUA CRIAÇÃO E EVOLUÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL E DE GESTÃO.....                                       | 34 |
| 2.4 - O SISTEMA DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE .....                                                                                           | 43 |
| 3. OBJETIVOS .....                                                                                                                         | 52 |
| 3.1 - OBJETIVO GERAL .....                                                                                                                 | 52 |
| 3.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....                                                                                                           | 52 |
| 4. METODOLOGIA .....                                                                                                                       | 53 |
| 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....                                                                                                            | 56 |
| 5.1 - HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS - DE LABORATÓRIOS DE ENSINO À FORMAÇÃO DE REDE COM O SISTEMA DE SAÚDE .....                                 | 56 |
| 5.2 - OS PRINCÍPIOS DO SUS NO HC/UFMG .....                                                                                                | 57 |
| 5.3 - A INTEGRAÇÃO HOSPITAL DAS CLÍNICAS/UFMG AO SUS BH – DA ABERTURA DO PRONTO ATENDIMENTO AO CONVÊNIO DE GESTÃO .....                    | 62 |
| 5.3.1 AS INTENÇÕES REGISTRADAS NOS PLANOS DIRETORES .....                                                                                  | 62 |
| 5.3.2 AS PARCERIAS E MOVIMENTOS DE INTEGRAÇÃO REALIZADOS .....                                                                             | 64 |
| Abertura do Pronto Atendimento .....                                                                                                       | 64 |
| Abertura de Leitos de Pediatria e Cuida do Intensivo Neonatal.....                                                                         | 65 |
| Criação do Programa Conjunto de Diagnóstico e Tratamento de Casais Inférteis .....                                                         | 65 |
| Celebração do Covênio de Metas do FIDEPS.....                                                                                              | 66 |
| Criação do Ambulatório de Regulação dos Procedimentos de Alta Complexidade em Cardiologia.....                                             | 66 |
| Projeto de TELESÁUDE .....                                                                                                                 | 67 |
| Abertura de Leitos de Clínica Médica .....                                                                                                 | 68 |
| Celebração do Convênio de Gestão .....                                                                                                     | 68 |
| 5.4 - OS MOVIMENTOS DE PARCERIA E SEUS RESULTADOS.....                                                                                     | 72 |
| 5.5 - O FINANCIAMENTO.....                                                                                                                 | 74 |

|                                                           |    |
|-----------------------------------------------------------|----|
| 5.6 – A VISÃO DE ATORES ENVOLVIDOS.....                   | 82 |
| 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....                             | 85 |
| 7. BIBLIOGRAFIA.....                                      | 88 |
| ANEXO I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .... | 95 |
| ANEXO II - ROTEIRO DAS ENTREVISTAS.....                   | 96 |

## 1. INTRODUÇÃO

Os hospitais universitários e de ensino foram criados a par tir da necessidade de unidades onde se pudesse praticar o ensino para profissionais da área de saúde, além da realização de pesquisas. Assim, a assistência em saúde prestada por estes hospitais era determinada pelas necessidades do ensino e da pesquisa.

Nas últimas décadas, a crise do financiamento destes hospitais e também o sub -financiamento do setor saúde em geral levaram à integração interinstitucional inevitável e vital, tanto para os hospitais universitários e de ensino, quanto para o Sistema Único de Saúde - SUS.

O fim do financiamento por orçamento e da automática reposição da força de trabalho dos hospitais universitários pelo MEC fez com que estes, para sua sobrevivência, concentrassem cada vez mais esforços na venda de serviços para o sistema público e suplementar de saúde.

Já o sistema público de assistência à saúde, desde a falência do modelo médico -assistencial privatista na década de 1980, tem vivenciado a retração crescente da oferta de serviços por parte do setor privado e filantrópico. O modelo de financiamento e o controle das fraudes foram determinantes do fechamento e/ou redirecionamento de serviços para o setor suplementar. Assim, o sistema público ficou cada vez mais dependente do setor público estatal para viabilizar o acesso da população aos serviços de saúde.

A criação do Sistema Único de Saúde, a descentralização da gestão e a implementação dos mecanismos de regulação do sistema estreitaram as relações entre hospitais universitários e de ensino e os gestores locais do SUS.

No entanto, esta necessária e vital aproximação não tem ocorrido sem conflitos. De acordo com Cecílio (2005), o hospital universitário que a comunidade hospitalar e acadêmica vê não é o hospital universitário que o gestor do sistema de saúde vê. No período de oito a nos eleito para este estudo, ocupei as funções de direção do Departamento de Planejamento e Regulação da SMSA/PBH, assessora de planejamento e diretora administrativa do HC/UFGM, e em seguida, secretária adjunta da SMSA/PBH. Pude conhecer, vivenciar e medi ar esses conflitos.

Os hospitais universitários antes vistos pela academia, alunos e professores, como locais onde se presta assistência conduzida essencialmente na lógica do ensino e da pesquisa, agora saem

de uma situação de total autonomia financeira, de gestão e de definição de seu modelo assistencial, para uma relação com regras e condições colocadas por quem viabiliza a sustentabilidade financeira da organização: o Sistema Único de Saúde. E, desta forma, há parâmetros, indicadores e metas quali-quantitativos na prestação de serviços de saúde a serem respeitados e atingidos.

Para os técnicos e gestores do SUS, os hospitais universitários são vistos como unidades produtoras de serviços de saúde que possuem alta tecnologia, o dever natural de serem resolutivas e de qualidade, e um alto custo de suas ações. Estes apresentam dificuldades em reconhecer as especificidades destes hospitais na relação prestador / gestor.

Nesse contexto, os atores usuários do sistema público de saúde também vivenciam as mudanças da forma de relacionamento dos hospitais universitários com o SUS, e suas consequências no acesso aos serviços, à qualidade, resolubilidade e integralidade da atenção em saúde.

Este trabalho foi idealizado e realizado com o propósito de reconhecer a existência do conflito que existe nos movimentos de integração dos hospitais universitários ao Sistema Único de Saúde, e, sobretudo, de demonstrar que esta integração é possível de fato, apresentando a experiência vivida pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e o Hospital das Clínicas da UFMG, no período de 1996 a 2004.

A escolha do objeto tem relação direta com minha trajetória de gestão em saúde, durante a qual atuei na gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e no nível diretivo do Hospital das Clínicas da UFMG. Essa trajetória coloca-me no lugar de pesquisador-ator cabendo para a situação o que Merhy (2002) aborda:

(...) todo pesquisador, como já está consagrado pelas discussões sobre o “fazer ciência”, é, além de sujeito epistêmico, ou seja, portador de teorias e métodos que lhe permitem se debruçar e estudar certos objetos da ciência, um sujeito ideológico, um sujeito “cultura”, ou seja, um sujeito interessado que dá valor a certas coisas e não outras, que tem certas opções e não outras, que tem certas concepções ideológicas e não outras (MERHY, 2002, p.2).

No marco conceitual foram recuperados textos e documentos que possibilitaram uma breve passagem pela evolução da instituição hospital, desde a antiguidade até os tempos atuais; a criação dos hospitais universitários e de ensino no Brasil e sua relação com o sistema público de saúde brasileiro, desde sua estreita relação com as instituições filantrópicas, passando pelo sistema de cátedras, até o sistema previdenciário, Ações Integradas de Saúde (AIS), o Sistema

Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS) e o Sistema Único de Saúde (SUS); chegando à atual política desenhada pelo Ministério da Educação (MEC) e Ministério da Saúde (MS) para estes hospitais.

Foram também recuperadas a história da criação do Hospital das Clínicas da UFMG e a evolução de seus modelos assistenciais e de gestão até o ano de 2004. Foram descritos os movimentos da gestão do sistema público de saúde de Belo Horizonte, com ênfase no processo de municipalização da gestão, sua relação com os prestadores de serviços, e os movimentos de integração entre o HC/UFMG e o SUS -BH. Na discussão identificaram-se as consequências do movimento de integração na ampliação e democratização do acesso dos usuários aos serviços hospitalares, os conflitos gerados no processo, as relações de poder e práticas instituídas no hospital e como elas se relacionam com os princípios do SUS.

## **2. MARCO HISTÓRICO – CONCEITUAL**

### **2.1 – A INSTITUIÇÃO HOSPITALAR - DO HOSPITAL ANTIGO AO CONTEMPORÂNEO**

A instituição Hospital não teve origem única. Ele já existia na Grécia e na Roma Antiga. Na China, Ceilão e Egito, antes e depois de Cristo, já havia registros de hospedarias, hospitais e hospícios, palavras de mesma raiz latina, onde eram dispensados cuidados a peregrinos, crianças, velhos, vagabundos e doentes (RIBEIRO, 1993).

A literatura grega da antiguidade relata que o culto a Asclépio (conhecido como Esculápio, dentre os latinos), como divindade curadora, teve sua origem no século IV aC. Até o século II aC. foram construídos mais de duzentos templos destinados ao culto a Asclépio – os Asklepieia. Eram estabelecimentos aos quais os doentes recorriam, na esperança de serem curados por intercessão divina. Nestes templos era praticado o rito do sono sagrado, que consistia em dormir e receber, em sonho, a visita de entidades curativas, muitas vezes Asclépio em pessoa. Nesses sonhos, a divindade intervinha em dois sentidos: algumas vezes, concedia a cura diretamente; em outras ocasiões, revelava o procedimento que, na vigília, deveria ser executado para a recuperação da saúde. Como em outros templos gregos, procurava-se evitar a morte e o nascimento em terrenos consagrados. Mulheres em trabalho de parto e doentes muito graves eram removidos para certa distância dos templos. Em 170 aC., o senador Marco Antônio construiu dois edifícios anexos ao Asklepieion de Epidauro, sendo um destinado à maternidade e outro a refúgio de moribundos. Alguns analistas apontam essas construções como os primeiros hospitais regulares da Europa (ANTUNES, 1991).

Entre os séculos I aC e I dC foram instaladas em Roma as primeiras instituições médicas especificamente dedicadas ao abrigo e tratamento de doentes – os Valetudinaria. Eram hospitais militares de campanha, destinados a abrigar e cuidar dos soldados enfermos ou feridos do Império Romano (ANTUNES, 1991).

No século VI aC, o imperador Constantino regulamentou instituições asilares, sendo os Xenodochia destinados a abrigar forasteiros em viagem, que também eram em sua maioria portadores de enfermidades, e os Nosocomia destinados a assistir aos doentes (ANTUNES, 1991).

Durante a Idade Média, a assistência aos doentes era feita por religiosos, nos conventos e mosteiros nos quais eram construídas dependências destinadas a este fim. Além da função

assistencial, as ordens monásticas prestaram-se ao ensino da arte da cura, e podem ser consideradas as primeiras organizações medievais de repasse institucional da sabedoria e da prática médica (ANTUNES, 1991).

O imperador dos francos, Carlos Magno, havia requerido no século IX dC que mosteiros e catedrais abrissem escolas para a formação intelectual de jovens. Assim, foram abertas “escolas conventuais” e “escolas catedralícias”. Nessas escolas, a medicina foi classificada como um dos sete ramos da *Physica*, ao lado da aritmética, astrologia, geometria, música, mecânica e astronomia. Os ensinamentos de primeiros socorros, noções de enfermagem e educação médica eram transmitidos também ao público leigo (ANTUNES, 1991).

O termo “hospital”, como designativo de instituições de atenção aos doentes, surgiu em 816 dC, com a tradução do termo grego *Nosokomeion* para o latim. Os hospitais cristãos tiveram seu apogeu nos séculos XII e XIII, com a expansão e enriquecimento das ordens monásticas. A partir daí, começou o seu declínio. Ao término da Idade Média, inúmeras congregações cristãs haviam fechado as casas que mantinham, transferindo para a iniciativa laica, os serviços de assistência social, da hospitalidade, do ensino e da atenção às pessoas doentes. A atividade médica começou a deixar de ser atribuição dos religiosos, sendo transferida aos leigos, até que em 1312, o Concílio de Viena estabeleceu que o que correspondia aos sacerdotes era apenas a missão de assistência espiritual. Porém, os religiosos não abandonaram completamente os hospitais, ao deixarem de exercer a função de cura dos doentes. Assumiram em alguns hospitais funções de enfermagem e mantiveram outras funções administrativas (ANTUNES, 1991).

A partir do século XIII, houve a transferência gradativa dos hospitais para as municipalidades. No início, mantiveram suas características de abrigar não só pessoas doentes, mas também vítimas de outros infortúnios que buscavam cuidados gerais e assistência social (ANTUNES, 1991).

As transformações sociais e econômicas do Renascimento (século XVI) levaram também a transformações nos hospitais, exigindo destes novos parâmetros e modos de inserção na vida das cidades. O êxodo rural estimulado pelo Renascimento aumentou a vadiagem ao não ser acompanhado de oferta de emprego e moradia para todos que procuravam as cidades. O agravamento da situação econômica e aumento da vadiagem fizeram crescer a demanda por hospitais. Foram construídos e reformados inúmeros hospitais na Europa. Estes continuaram

tendo a função de assistência social e controle de doenças, além da função de higiene do espaço urbano através da circunscrição da miséria e dos miseráveis. Passaram a ser financiados pela sociedade através de impostos, sendo beneficiária de sua tripla função aqui citada (ANTUNES, 1991).

Essas mudanças ocorreram mais por determinação de uma conjuntura externa do que de movimentos intrínsecos que buscassem novos rumos na gestão dos hospitais. Até esse período, a atuação dos médicos se dava essencialmente em ambiente domiciliar, especialmente para as populações mais abastadas (ANTUNES, 1991).

De acordo com Antunes (1991), os três principais fatores que atraíram os médicos para os hospitais foram: a contratação pelos municípios para atender aos pobres, trazendo estes profissionais para dentro das instituições hospitalares; a constatação de que a atuação dos médicos poderia reduzir o tempo de permanência de doentes nos hospitais reduzindo os custos; e a utilização de hospitais como centros de estudo e ensino da medicina.

A partir do século XVII, o hospital assumiu a função primordial de atender doentes, reservando a função asilar a outras instituições. A criação dos dispensários, posteriormente chamados de ambulatórios, foi uma medida racionalizadora da época para reduzir a demanda por internações hospitalares (ANTUNES, 1991).

Passou-se a reconhecer que os hospitais tinham efeitos nocivos para os doentes e para a sociedade. O hospital provocava doenças em sua clientela que poderiam se propagar pela cidade. No seu interior, e na sociedade, provocava uma desordem econômico-social. Relata-se, inclusive, que hospitais eram utilizados como refúgio para desertores de forças militares e para a facilitação de contrabando de mercadores em regiões portuárias (ANTUNES, 1991).

As modificações da concepção na arquitetura do espaço físico e a introdução de mecanismos disciplinares no interior dos hospitais foram formas de regularizar seu funcionamento, e caracterizam o surgimento do hospital contemporâneo, no século XVIII. (ANTUNES, 1991).

A disciplina foi caracterizada por Foucault (1979) como uma tecnologia de exercício do poder, de gestão dos homens, uma arte de distribuição espacial dos indivíduos, que implica no controle sobre o desenvolvimento de suas ações, o registro contínuo de seus atos, a vigilância perpétua e constante de cada pessoa.

No entanto, a disciplina passou a ser a disciplina médica ao ser delegada a estes a função de determinar os procedimentos a serem adotados pelos doentes e por outros profissionais, na busca da cura (FOUCAULT, 1979).

Nesse contexto, surgiu a figura do paciente, como ser passivo que perdeu voluntariamente sua condição de cidadania ao se isolar do mundo externo e se submeter a todas as regras rígidas das instituições hospitalares. O saber médico-hospitalar passou também a ser o hegemônico, reservando à marginalidade qualquer prática de cura que não se desenvolvesse em seu interior (CARAPINHEIRO, 1998).

O hospital contemporâneo assumiu também a missão de incorporar tecnologias, inicialmente de menor complexidade e posteriormente tecnologias industrializadas (RIBEIRO, 1993). Estas vão desde a transferência das cirurgias para o ambiente hospitalar e a aplicação de procedimentos de anti-sepsia, passando pelo uso dos quimioterápicos, a criação e uso dos laboratórios clínicos e aparelhos de raios X, até as mais modernas técnicas de diagnoses e terapêuticas por imagem, biologia molecular, genética, telemedicina e outros.

A prática da investigação, que era feita diretamente pelo médico em contatos verbais (anamnese) e físicos (exame físico) com seus doentes, tem sido gradativamente substituída por tecnologias associadas a equipamentos. O médico passou a ser sujeito e objeto de uma estratégia mercadológica para a incorporação de tecnologias (RIBEIRO, 1993). Os recursos utilizados para disciplinar a incorporação de tecnologias, como a qualificação da mão de obra, a racionalização das atividades e os princípios éticos e morais ficaram subordinados à lógica de mercado. Ao se tornar empresa, o hospital com fins lucrativos pratica o princípio de criar consumidores – induz sujeitos à utilização de tecnologias, instrumentalizado pelo médico (RIBEIRO, 1993). Donnangelo (1975) citada por Ribeiro (1993) coloca que os especialistas tendem a definir as necessidades dos pacientes, de acordo com o que eles próprios podem oferecer, induzidos pela cultura de consumo de novas tecnologias e pela clientela condicionada pela publicidade.

As participações de especialistas, equipes e serviços variados fragmentam a condução do cuidado, deixando de ser o doente o fim. Transforma-se no meio, através do qual se desenvolvem os processos de trabalho e onde se manifestam os diversos interesses que perpassam a organização hospitalar.

Os movimentos de abertura dos hospitais e desospitalização, que se iniciaram após a revolução industrial inglesa, ganharam força nos tempos atuais, não só visando o combate ao confinamento de doentes e ao autoritarismo da instituição hospitalar, mas também devido aos altos custos do cuidado hospitalar (RIBEIRO, 1993). A presença do acompanhante para doentes mais vulneráveis (crianças, idosos, gestantes), o alojamento conjunto, o Mãe Canguru, o hospital-dia, a criação de serviços alternativos ao manicômio e os programas de atenção domiciliar são iniciativas que ganham maior adesão e investimentos.

Novas tendências no campo assistencial e da gestão tendem a modificar o cenário das instituições hospitalares, especialmente no sentido de reduzir os altos custos, que não são cobertos pelas políticas públicas de financiamento, ou não geram lucros satisfatórios com a remuneração do setor suplementar.

Procedimentos para a redução das médias de permanência, aumento das taxas de ocupação e da rotatividade dos leitos são praticados, envolvendo a área assistencial e de apoio. Os protocolos clínicos e rotinas de serviços racionalizam o consumo de medicamentos e outros insumos. Hospitais têm se consorciado ou terceirizado atividades para as quais não têm escala de produção compensatória.

## **2.2 - HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS E SUAS RELAÇÕES COM O SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL - DE SUA CRIAÇÃO À POLÍTICA PARA A SUA REESTRUTURAÇÃO**

No Brasil, as primeiras experiências de integração ensino-assistência se deram em 1808 com a criação, por D. João VI, da Escola de Cirurgiões que, posteriormente, tornou-se Faculdade de Medicina da Bahia. Oito meses depois, com a transferência da família real para o Rio de Janeiro, foi criada a Escola de Cirurgiões nesta cidade, hoje Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Ambas utilizavam-se das Santas Casas de Misericórdia como campo de ensino (CLEMENTE, 1998).

De acordo com Caldas Júnior (1999), até as décadas de 1940 e 1950 do século XX, as atividades de ensino das poucas faculdades de medicina existentes eram exercidas em instituições filantrópicas que cediam seus espaços e pacientes para tal fim. Havia, entretanto, diferença de missão entre as instituições de ensino, voltadas para a formação de recursos humanos em saúde, e as instituições filantrópicas, direcionadas para a assistência. A exigência

de inovação tecnológica por parte das primeiras não era, necessariamente, correspondida pelas segundas.

Com a intenção de deter toda a administração dos serviços e saírem das divergências de orientação que tinham com os dirigentes das instituições filantrópicas, autoridades do ensino pleitearam a criação de hospitais próprios (CLEMENTE, 1998).

Em 1948, foi criado o primeiro Hospital de Clínicas de propriedade de uma Universidade Federal brasileira, em Salvador/BA. Com o surgimento de diversas faculdades de medicina a partir dos anos 70, houve a expansão dos hospitais universitários, tornando-se a base dos sistemas de formação de médicos e os principais centros de atendimento da alta complexidade do país (CALDAS JÚNIOR, 1999).

O sistema de ensino por cátedras, que prevaleceu no Brasil até a Reforma Universitária de 1969, submetia a forma de organização dos hospitais ao poder da instituição de ensino, desde a ocupação dos espaços físicos, até a lógica de funcionamento dos diversos setores como ambulatorios e enfermarias. Segundo Clemente (1998), os privilégios dos catedráticos tinham precedência às normas de administração hospitalar.

Clemente (1998) comenta, ainda, que no ambiente das enfermarias e ambulatorios pertencentes às disciplinas ministradas pelos catedráticos, os usuários tinham todos os recursos necessários à sua assistência, o que não acontecia ao deixar esses ambientes.

Ribeiro (1993) relata que, nos anos de 1960, havia um privilégio de casta que fazia das clínicas do Hospital das Clínicas da Bahia suserania de seus catedráticos. Presumia que a falta de um controle central seria a explicação dos longos tempos de permanência dos internados, das dificuldades de novos ingressos e dos altos custos daquele que era considerado por todos o melhor e mais bem equipado hospital do Estado.

Para Médici (2001), o hospital universitário e de ensino (HUE) se caracteriza por ser um prolongamento de um estabelecimento de ensino em saúde, por prover treinamento universitário na área da saúde, assim reconhecido oficialmente como hospital de ensino, estando submetido à supervisão de autoridades competentes e por propiciar atendimento de maior complexidade a uma parcela da população.

Colossi (1998) citado por Pereira (2004) define os Hospitais Universitários como:

Laboratórios destinados à prática do ensino na área da saúde que, vinculados às universidades como órgãos suplementares, desenvolvem, juntamente com o ensino, atividades de pesquisa, extensão e assistência à saúde, de forma integrada ao Sistema Único de Saúde (COLOSSI, 1998, p. 188 *apud* PEREIRA, 2004, p.20)

O seminário realizado pela Organização Mundial da Saúde em 1995, para avaliar “o estado da arte” dos Hospitais Universitários em 22 países, mostrou que estes são centros de atenção médica de alta complexidade que apresentam forte envolvimento em atividades de ensino e pesquisa relacionadas ao tipo de atendimento que realizam, atraem alta concentração de recursos físicos, humanos e financeiros em saúde e exercem papel político importante na comunidade na qual estão inseridos dados sua escala, dimensionamento e custos (MÉDICI, 2001).

Em relação ao financiamento, os hospitais universitários federais o tinham garantido desde a sua criação e de forma integral pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC), desvinculado da produção de serviços. Desta forma, o financiamento dos HU federais era definido na lógica de orçamento, sem um sistema contratual formal ou informal que vinculasse o repasse de recursos ao alcance de metas e ao cumprimento de compromissos com o sistema de saúde, confirmando sua missão primeira de ensino e pesquisa.

A Reforma Universitária de 1969 lançou as bases para a mudança de foco do ensino médico até então baseado nas cátedras para a formação de profissionais para o setor produtivo (CUNHA, 1991).

Após 1964, houve a extinção dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) e criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), iniciando -se a expansão em larga escala dos contratos, convênios e credenciamentos com a rede privada, para atender à demanda trazida pela extensão de cobertura da prestação de serviços aos empregados formais, autônomos e empregadores que contribuíssem para a Previdência Social.

Não tendo sido suficiente a celebração de contratos, convênios e credenciamentos com a rede já existente, foram realizados investimentos no setor privado, através do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social – FAS, aumentando a capacidade instalada do sistema. Este foi o Modelo Estatal-Privatista, ou seja, o Estado contratava o setor privado para prestar serviços que seriam de sua responsabilidade (MÉDICI , 1992).

O Plano de Pronta Ação (PPA), criado em 1974, levou os hospitais universitários e de ensino (HUE) a compor os programas de assistência médica da previdência social. Promoveu, também, uma rápida aceleração da expansão da compra de serviços do setor privado, praticou a remuneração pela Unidade de Serviços (transformação dos materiais e medicamentos em unidades de serviços com valor monetário pré-estabelecido) e incentivou a modernização do sistema hospitalar próprio (MÉDICI, 1992).

Com a crise econômica dos anos 1980, houve a elevação incontável dos custos hospitalares devido à inflação e à incorporação pouco crítica de tecnologias. Os reajustes das tabelas do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS não acompanharam o aumento dos custos e a Portaria 2.079/MPAS formalizou a possibilidade de pagamento de valores complementares pelos usuários para o uso de acomodações superiores aos padrões da enfermarias (MÉDICI, 1992).

No ano de 1981 foi criado o CONASP – Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária que propôs o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social. O Plano estabeleceu o pagamento através da Autorização de Internação Hospitalar - AIH, modalidade de pagamento da internação hospitalar por “pacote”, extinguindo o pagamento por Unidade de Serviços. Criou o programa de valorização e integração dos serviços públicos de saúde e o programa de racionalização dos ambulatórios do INAMPS (MÉDICI, 1992).

Em 1982, a Portaria 2.837/MPAS estabeleceu que a complementação não poderia ser superior aos valores da tabela da Associação Médica Brasileira (AMB). A cobrança de complementação, o aumento do número de leitos nas enfermarias e o superfaturamento de materiais e medicamentos foram mecanismos encontrados pelo setor privado para compensar a defasagem custos X remuneração dos serviços prestados (MÉDICI, 1992). Estabeleceu-se assim a crise do sistema previdenciário, com reflexos também para os hospitais universitários e de ensino.

O complexo hospitalar privado criado ou expandido com recursos públicos começou a destinar grande parte de suas melhores instalações e equipamentos à medicina supletiva, reservando aos contratos e convênios com a previdência social, unidades de menor complexidade tecnológica e de hotelaria. Houve a expansão do sistema supletivo que encontrava clientela na população insatisfeita com os valores pagos pela complementação das

tabelas do INAMPS, e incentivo no financiamento público direto ou indireto através de subsídios e isenções fiscais (NORONHA, 2001).

A PT MPAS/SSM nº 143/80 estabeleceu em minuta padrão dos convênios do Ministério da Previdência e Assistência Social com os hospitais universitários e de ensino que: as internações hospitalares seriam condicionadas à emissão da Guia de Internação Hospitalar (GIH); as cirurgias seriam remuneradas pelo porte, acrescidas do valor do material de fabricação nacional utilizado (órteses e próteses); os procedimentos ambulatoriais remunerados se resumiriam às consultas médicas e pequenas cirurgias e que esses hospitais teriam prioridade na prestação de serviços especiais discriminados e tabelados em portarias do Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS.

A Resolução CIPLAN 04/82 estabeleceu diretrizes para os novos convênios MEC/MPAS, a saber: classificação hospitalar pelos critérios de complexidade e desempenho; equiparação da assistência à saúde da população rural e urbana; extinção do critério de pagamento dos serviços profissionais de acordo com a quantificação e hierarquia dos procedimentos; instituição de mecanismos de controle e avaliação nesses hospitais com vistas à economia dos custos e à qualidade dos serviços prestados; autorização de uso de parte das acomodações (10%) como tipo especial, com remuneração adicional pelos segurados que fizessem opção; e inclusão desses hospitais nos sistemas regionalizados de saúde, inclusive com a função de referência, participando do planejamento regional conjunto (MS, 1982).

Para Cunha, Santos e Coelho (1991), a reclassificação dos hospitais universitários ocorrida em 1984 e a criação do Índice de Valorização Hospitalar (IVH) em 1985, que foi acrescido do Índice de Valorização do Desempenho na área de prestação de serviços -ensino em 1987, significaram, para os HU, alternativa de saneamento da crise pela qual vinham passando no período uma vez que a internação hospitalar tinha valores adicionais de até 130% de seu valor original.

Para Mendes (1991), o modelo médico assistencial privatista foi marcado por quatro subsistemas: estatal, privado contratado-conveniado da previdência, atenção médica supletiva e alta tecnologia, onde o subsistema hegemônico era o contratado -conveniado, tendo seu núcleo ideológico na “tecnocracia esclarecida” situada na Previdência Social. Os HUE, por meio do convênio MEC/MPAS, conformavam o subsistema da alta tecnologia sem

configurar-se como espaço orgânico de articulação dos interesses das elites médicas e de produtores privados de bens e serviços.

Já no final dos anos 80, conformou-se o modelo com três subsistemas: público (estatal e não estatal), atenção médica supletiva e alta tecnologia. Ainda no subsistema de alta tecnologia, os HUE organizaram-se em sua Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE) criada em 1989 durante o XXVII Congresso da Associação Brasileira de Ensino Médico. A ABRAHUE se aliou às associações de especialidades médicas que fizeram movimento junto ao INAMPS, o que acabou resultando em repasses crescentes de recursos aos hospitais por elas representados. Para Mendes (1991), este fato explica o crescimento endógeno do subsistema.

A crise econômica da década de 80 resultou em retração de recursos destinados aos HUE pelo MEC, além desses se transformarem em “bode expiatório” da crise financeira nas universidades às quais pertenciam por serem as unidades de custo mais elevado.

O movimento setorial da saúde, cujo marco principal foi a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, e os avanços institucionais obtidos com as Ações Integradas de Saúde estabelecidas pelo Plano CONASP e, posteriormente, com o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), favoreceram o processo de democratização das decisões quanto à alocação de recursos e operacionalização do modelo assistencial (LUCCHESI, 1996).

A evolução do movimento da Reforma Sanitária resultou na Constituição de 1988 que criou o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo que saúde é direito de todos e dever do Estado. O SUS surgiu com os princípios doutrinários da Universalidade, Equidade e Integralidade, e princípios organizativos da Regionalização e Hierarquização, Descentralização com comando único, e Participação Popular. O financiamento se daria com recursos da Seguridade Social, da União, Estados, Municípios e outras fontes, com repasses fundo a fundo de saúde. O setor privado participaria do sistema em caráter complementar.

A Lei Orgânica da Saúde - Lei 8.080 de 1990/MS estabeleceu em seu Art. 45º que:

Os serviços dos Hospitais Universitários e de Ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde – SUS, mediante convênio, respeitada sua autonomia administrativa em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão, nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados. (BRASIL, 1990).

A descentralização prevista na lei orgânica da saúde se manifestou com os movimentos de municipalização da gestão dos serviços e sistemas locais de saúde. Foram repassadas para os municípios as funções de Controle e Avaliação dos serviços públicos, filantrópicos e privados vinculados ao SUS.

Passou a ser de responsabilidade dos municípios de gestão plena a celebração de contratos e convênios com a rede prestadora de serviços, substituindo os antigos contratos dos INAMPS, incluindo os HUE.

Nesse contexto, segundo Caldas Júnior (1999), diversas soluções para a crise dos HUE foram apontadas. Havia segmentos que defendiam a transferência desses para os gestores do SUS; havia os que defendiam a transformação dos hospitais em Organizações Sociais, cuja marca principal é a flexibilização de relações, especialmente relacionadas à gestão de recursos humanos e com o setor privado; e houve os que defenderam a privatização dos HUE, criando estruturas nesses para a prestação de serviços ao sistema suplementar. Permanecem ainda hoje no cenário de busca de soluções algumas das alternativas apontadas a sete anos atrás.

Campos (1999) propôs a co-gestão universidade/gestor do SUS em unidades que garantissem a atividade docente assistencial nas diversas modalidades de atenção – hospitalar, ambulatorial em unidades da rede do SUS, domiciliar, realização de trabalho comunitário, atividades em equipes multidisciplinares – recuperando a dimensão social e subjetiva da clínica. O objetivo central seria inventar novos dispositivos institucionais que estimulassem a produção de padrões de vínculo, responsabilidade e resgate da eficácia e humanização do trabalho em saúde.

A ABRAUHE, com o apoio da Associação Nacional dos Dirigentes de Instituições de Ensino Superior - ANDIFES, fez mobilização, envolvendo inclusive o Congresso Nacional, na defesa dos HUE. Apontou então, como uma das soluções para a crise, a celebração de Contratos de Gestão entre os Hospitais Universitários e de Ensino e os gestores do SUS, com metas quantitativas e qualitativas, recursos materiais e humanos, responsabilidades de cada parte, ultrapassando a atual lógica de remuneração por serviços, mas evitando o desperdício associado à dotação orçamentária sem compromisso de metas (ABRAHUE, 2002).

Em conferência proferida em 2004, o presidente da ABRAHUE considerou que a oferta de serviços dos HUE para o sistema suplementar significa a arrecadação de recursos adicionais

para estes hospitais e a oportunidade de fixar profissionais, com dedicação exclusiva aos serviços (CARVALHO, 2004).

Também em conferência sobre a Reforma Universitária e os hospitais universitários, Chioro (2004) informa que 147 hospitais estavam classificados como universitários e de ensino, no país, em 2004. Destes, 43 estavam vinculados às Instituições Federais de Ensino Superior/MEC, 49 eram estaduais, 42 eram filantrópicos e o restante estava vinculado a municípios, Ministério da Saúde e setor privado. Juntos possuíam 10,3% dos leitos hospitalares cadastrados no país, em 2004. Dos 4.800 leitos de UTI, 25,6% estavam nestes hospitais. Foram responsáveis por 37,6% dos procedimentos de alta complexidade realizados em 2003. Os dados da SESu (2005) permitem afirmar que por eles passam, se não todos, a grande maioria dos 92.783 formandos dos 11 cursos de nível de graduação da área da saúde, por ano. Também são campo de formação em serviço das 22.000 vagas de médicos residentes credenciadas pela Comissão Nacional de Residência Médica. Nos 43 HU Federais estavam 48.525 alunos, sendo 26.308 de graduação, 3.775 médicos residentes, e o restante distribuído entre cursos de especialização, mestrado, doutorado, e internatos. Foram produzidas nestes cerca de 2.000 teses e 4.000 dissertações, no mesmo ano. Os dados apresentados demonstram a importância destes hospitais para o sistema de saúde e, conseqüentemente, da criação de política para a real inserção dos mesmos no SUS, tanto no aspecto assistencial, quanto nos aspectos do ensino e pesquisa.

Chioro (2004) ressalta que o Ministério da Educação, ao se desobrigar da reposição automática da força de trabalho dos hospitais universitários, fez também com que estes comprometessem grande parte de suas receitas com pagamento de pessoal.

Os movimentos feitos pelo MEC e Ministério da Saúde, desde a criação do SUS são traduzidos em iniciativas de promover a inserção dos HUE no sistema, com contrapartidas financeiras.

A portaria conjunta MEC/Ministério da Saúde N ° 01 de 1994 estabeleceu os itens que classificaram os Hospitais de Ensino, integrantes do Sistema de Informações Hospitalares para a concessão do Fator de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa – FIDEPS e respectivos percentuais de adicional sobre suas receitas.

O incentivo de 25 a 75% sobre o faturamento das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) significou importante aporte financeiro, especialmente para os HU federais, que preenchiam os critérios para o adicional de 75%.

A portaria conjunta MEC/Ministério da Saúde N ° 01 de 1994 previa a dedicação ao SUS de no mínimo 70% dos leitos disponíveis no hospital, integração ao sistema de referência e contra-referência, e integração no planejamento local e estadual de saúde.

Em agosto de 1999, foi editada a portaria GM/MS N ° 1127 de 1999 que estabeleceu:

revisão, com vistoria in loco, da classificação dos hospitais para efeito de recebimento do FIDEPS;

o valor do FIDEPS não seria mais percentual do faturamento das AIH, e sim valor fixo, cuja sugestão de base para repasse foi a série histórica do incentivo praticada de janeiro a agosto de 1999;

o repasse estaria condicionado à celebração de contrato de gestão do prestador com o gestor, estadual ou municipal, dependendo da habilitação do município no qual se localizava.

No segundo semestre de 1999 foram feitas as reavaliações dos hospitais por profissionais designados pelos dois ministérios (MEC e MS).

O Art. 6 § 1º da Portaria GM/MS N ° 1127/99 estabeleceu que o contrato de metas deveria expressar: metas gerais e específicas a serem cumpridas, perfil assistencial requerido, volume de prestação de serviços, grau de envolvimento do hospital na rede estadual de referência, a humanização do atendimento, a redução de filas, dentre outros fatores que tornassem o hospital um efetivo instrumento assistencial do SUS.

Esta foi a primeira iniciativa após o convênio MEC/MPAS de 1982, em que se reconheceu o distanciamento dos hospitais de ensino da gestão dos sistemas municipais e estaduais do SUS, buscando com o argumento financeiro a real integração como rede.

No entanto, por motivos como a falta de recursos suficientes nos fundos municipais e estaduais de saúde, e/ou por falta de pactos de interesse da gestão do SUS, os valores do FIDEPS tenderam a permanecer fixos ou terem acréscimos aquém do que seriam na lógica anterior. Esse fato contribuiu para agravar a situação de desfinanciamento dos hospitais que faziam jus ao FIDEPS.

Em dezembro de 1999, a portaria GM/MS N ° 1480 mudou o termo “Contrato de Gestão” para “Contrato de Metas” e publicou os valores financeiros calculados para pagamento do FIDEPS a partir de janeiro de 2000. Estabeleceu, também, que o pagamento do incentivo seria suspenso para unidades cujo contrato de metas não estivesse assinado em abril de 2000.

Em maio de 2003, por meio da Portaria Interministerial N ° 562 – MEC/Ministério da Saúde/Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão/ Ministério da Ciência e Tecnologia, foi criada a comissão interinstitucional com o objetivo de avaliar e diagnosticar a situação dos HUE, visando reorientar e/ou formular a política nacional para o setor.

Novos critérios de certificação das instituições como Hospitais de Ensino foram estabelecidos na Portaria Interministerial N ° 1000, de 15 de abril de 2004. Dentre os pré -requisitos obrigatórios colocados para a certificação, podem ser citados a participação nas políticas prioritárias do SUS e colaboração ativa na constituição de uma rede de cuidados progressivos em saúde, estabelecendo relações de cooperação técnica no campo da atenção à saúde e da docência com a rede básica, de acordo com realidades loco -regionais; a destinação de 100% dos seus leitos ao SUS em 04 anos e a manutenção sob regulação do gestor local do SUS da totalidade dos serviços contratados.

A regulação aqui colocada refere-se à regulação do acesso aos serviços que Reis (2004), baseado na Portaria SAS/MS N ° 423 de 09 de julho de 2002, define:

A regulação do acesso à assistência, se inscrita nas diretrizes do SUS de universalidade, integralidade e equidade da atenção, consiste numa organização de estruturas, tecnologias e ações, dirigidas aos prestadores (públicos ou privados), gerentes e profissionais, de modo a viabilizar o acesso do usuário aos serviços de saúde de forma a adequar a complexidade de seu problema aos níveis tecnológicos exigidos para uma resposta humana, oportuna, eficiente e eficaz. (REIS, 2004 p.19)

Ainda em maio de 2004, foi editada a Portaria Interministerial N ° 1006 – MEC/Ministério da Saúde criando o Programa de Reestruturação dos hospitais universitários e de ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde. Nesta portaria foram definidos recursos para o financiamento do programa, que deveriam englobar todos os já existentes (produção, FIDEPS, Programa de Reforço à Manutenção dos Hospitais Universitários), além de incentivo à contratualização que seria repassado pelo Ministério da Saúde e o impacto do aumento da tabela do SUS que estava para ocorrer.

O programa previa a contratualização dos hospitais com os gestores do SUS, estabelecendo termo de referência para os convênios. O termo estabelecia as diretrizes para as estratégias de atenção pactuadas entre hospitais de ensino e gestores do SUS, aspectos relacionados à gestão hospitalar, formação e educação na área de recursos humanos em saúde, e da pesquisa e avaliação tecnológica em saúde.

A portaria MS/GM N ° 1703 de 17 de agosto de 2004 estabeleceu que os convênios deveriam prever o financiamento da produção dos procedimentos da Média Complexidade por valor fixo, baseado em série histórica da produção, acrescido de incentivo 26% sobre esta média. Parte do incentivo teria valor fixo (85%) e parte seria proporcional a indicadores de desempenho e grau de tecnologia de cada hospital (15%). Haveria, ainda, o adicional de 20% sobre o incentivo para hospitais que dedicassem seus leitos exclusivamente ao SUS. Em seguida, a portaria MS/GM N ° 2369 de 27 de outubro de 2004 estabeleceu a lógica anterior para os Hospitais Universitários Federais, diferindo no adicional para dedicação dos leitos exclusivamente ao SUS, que seria de 30%, e no incentivo à produção na alta complexidade, abrindo a possibilidade de incremento nos tetos financeiros dos municípios para custear esta produção.

Tratou-se da primeira iniciativa de financiamento não vinculada exclusivamente à produção, após 30 anos. A possibilidade de remuneração por orçamentação, mesmo que parcial, significa para os hospitais poder fazer planejamento de despesas de médio prazo, não ficando na dependência mensal do valor faturado com a produção. Diferentemente do período pré-pagamento por produção, quando os hospitais vinculados ao MEC tinham orçamentação global porém não vinculada a metas assistenciais, de ensino e de pesquisa, a orçamentação parcial aqui colocada está diretamente relacionada a metas, cujo enfoque maior é a integração ao sistema de saúde, com clareza de missão junto a esse sistema.

### **2.3 - HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG – SUA CRIAÇÃO E EVOLUÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL E DE GESTÃO**

De acordo com Corrêa e Gusmão (1997), em 1911, a Sociedade Médico-Cirúrgica de Minas Gerais fundou a Escola de Medicina de Belo Horizonte, utilizando os serviços da Santa Casa de Misericórdia como campo de ensino. A parceria se deu até a década de 1950.

Já em 1920, foi celebrado acordo entre a Escola de Medicina e o Instituto de Assistência e Proteção à Infância de Belo Horizonte pertencente à Sociedade São Vicente de Paulo. O

convênio viabilizou a conclusão da construção do Hospital São Vicente de Paulo e foram disponibilizadas duas enfermarias, dois consultórios, salas de cirurgia, de curativos e dois gabinetes para os chefes das cadeiras de Clínica Pediátrica Médica e Higiene Infantil e Clínica Pediátrica Cirúrgica e Ortopédica para utilização pela Escola de Medicina.

Ainda em 1920, foi inaugurado o Hospital São Geraldo, para a oftalmologia e em 1922 foi fundado o Instituto Radium, primeiro hospital oncológico do país. Em 1927, a Escola de Medicina foi integrada à Universidade de Minas Gerais e, em 1937, foi efetivada a doação do Hospital São Vicente de Paulo para a Escola de Medicina. Em 1949, ocorreu a federalização da Universidade de Minas Gerais e, em 1955, foi dado o nome de Hospital de Clínicas ao até então denominado Hospital São Vicente de Paulo. Em 1959, foi criado um Instituto de Medicina Preventiva e autorizada a instalação de um Centro de Saúde no andar térreo do Hospital (CORRÊA E GUSMÃO, 1997).

Em debate preparatório para o Seminário do Hospital das Clínicas de 1992, Fonseca (1992) coloca que a extinção das cátedras e criação dos departamentos ocorrida em 1967 levou à existência de diversos modelos assistenciais no hospital, de acordo com as necessidades de cada clínica. O hospital era dirigido em função das necessidades do ensino, sendo a assistência um subproduto.

Fonseca (1992) relata, ainda, que, em 1974, iniciou-se o processo de Reforma Curricular da Faculdade de Medicina, visando à formação de generalistas, com ênfase no trabalho prático e fim da lógica colegialista. Para dar suporte ao novo currículo, o hospital implantou, em 1976, o Sistema de Cuidado Progressivo. A principal característica do novo modelo assistencial era a organização da internação, de acordo com o grau de dependência de cuidados que o paciente exigia (cuidados básicos, intermediários e intensivos).

Mesmo reservando a internação hospitalar a casos de agudos e/ou graves, o regimento do hospital previa, nessa época, que deveria haver unidade de cuidados básicos para o atendimento de pacientes crônicos, convalescentes ou de interesse ao ensino e pesquisa.

A exemplo do modelo anterior, continuava não havendo a interação com os ambulatorios, que mantinham sua lógica colegialista (FONSECA, 1992). O modelo teve curta duração devido à falta de referencial externo e problemas intrínsecos (LEMOS, 1997 *apud* CORREA, 1997).

Ainda de acordo com Fonseca (1992), a assinatura do convênio MEC/MPAS, em 1981, levou a mudanças administrativas e de produção de serviços. Somente em 1990 foi proposto e implementado novo modelo assistencial e de gestão caracterizado pela existência de Unidades de Produção assistenciais e administrativas, com os seguintes pré-supostos: existência de estreita relação das unidades de internação com as unidades ambulatoriais através de equipe única; existência de coordenação médica, de enfermagem e administrativa em cada unidade de produção assistencial e agrupamento das unidades de produção assistencial, de acordo com suas afinidades técnico-operacionais, em grandes divisões assistenciais (ambulatorial, médica, cirúrgica, pediátrica, etc).

Além disso, o hospital passou a ter plano de metas próprio, deixando de se subordinar às demandas do ensino e o Conselho Administrativo passou a ser o único órgão de decisão do hospital. Foi instituída também a remuneração por produtividade.

O Hospital das Clínicas ficou vinculado à Faculdade de Medicina até 1976, quando começou a tornar-se independente administrativamente após discussão na comunidade acadêmica de um novo modelo de Hospital de Ensino. Com isso, os departamentos da Faculdade de Medicina continuaram a existir, porém foram criados serviços com chefias distintas no Hospital.

De acordo com Lemos (1997) *apud* CORREA (1997), a oficialização da desvinculação se deu em 1986, quando o novo Estatuto da UFMG definiu o Hospital como Órgão Suplementar vinculado diretamente à Reitoria. Porém, até o ano de 2004, o Conselho Administrativo do Hospital era presidido pelo diretor da Faculdade de Medicina. Em janeiro de 2004, passou a ser Unidade Especial da Universidade, com o Conselho Diretor sendo o presidido pelo diretor geral do Hospital e com direito a voz e voto no Conselho Universitário.

De 1980 a 1996 o Hospital sofreu as influências da crise da universidade e da crise geral de financiamento das políticas públicas, entre elas a saúde, além das mudanças curriculares da Faculdade de Medicina que se refletiram diretamente no seu interior.

Para Lemos (1997) *apud* CORREA (1997), a proposta de reforma do Estado propiciava, naquele momento, uma organização do Hospital das Clínicas caracterizada por:

- desagregação institucional com formação de grupos corporativos de interesses imediatos, movidos por atender demandas fragmentadas e preocupados com a

sustentação da instituição, mas também buscando a garantia do desenvolvimento individual e coletivo;

- baixa resposta social, considerando os investimentos que são feitos para sua manutenção;
- distanciamento das instâncias que compõem o sistema de saúde;
- distanciamento do quadro sanitário prevalente e condições de atendimento existentes nos serviços, caracterizando responsabilidade social ou assistencial reduzida ou circunscrita
- comportamento de natureza escolar dominante no Hospital, imposta por um dos objetivos definidos para a instituição, a formação de recursos humanos em saúde.

Em 1997, em meio a grave crise financeira, o hospital desativou serviços, chamando a atenção da câmara de vereadores de Belo Horizonte o fechamento de leitos para os partos de alto risco. Houve uma mobilização popular tendo sido um dos marcos principais a campanha “Doe um real, salve um hospital”, que teve adesão de 17 instituições com cinquenta postos de coleta na cidade que conseguiram arrecadar R\$40.946,00. O outro marco foi a realização do abraço no hospital que envolveu cerca de 600 alunos, professores e funcionários (HC/UFMG, 1998).

Surgiu a partir daí a proposta de realização do III Seminário do Hospital das Clínicas (HC/UFMG, 1998), como objetivo de buscar coletivamente saídas para a crise vivida pelo hospital. O texto preparatório para as oficinas de trabalho coloca pressupostos para a criação de um modelo para o hospital que, mesmo sendo a base para a discussão de um modelo assistencial, aborda os aspectos da gestão, do ensino e da pesquisa, a saber: o modelo exige qualidade da assistência, sendo esse fator determinante para o ensino de qualidade; a pesquisa é instrumento importante para qualificar a assistência e o ensino; o Hospital das Clínicas não é a única instituição de formação de recursos humanos para a saúde, mas deve ser a referência do melhor ensino; deve estar inserido na prestação de serviços para a sociedade e ser competitivo, sendo o melhor para o setor público e para o mercado; deve se adequar a todas as formas de financiamento existentes, sem perder sua responsabilidade social; deve ter administração e gerência profissionais, dentro do modelo de empresas complexas, prevendo o ressarcimento das ações desenvolvidas de forma competitiva.

O III Seminário do Hospital das Clínicas (HC/UFMG, 1998) ocorrido em 1998 teve duração de nove meses entre oficinas preparatórias, discussões em grupo e plenárias e contou com a participação de 300 pessoas.

O relatório final do III Seminário do Hospital das Clínicas (HC/UFMG, 1998) reflete a falta de consenso entre os grupos de discussão na descrição da missão do hospital em relação a qual atividade deve ser a base para a definição de sua organização – se o ensino ou a assistência. No entanto, houve consenso quanto à inserção do hospital no Sistema Único de Saúde, constituindo-se como referência terciária e quaternária, mesmo havendo segmentos que defendiam a prestação de serviços em todos os níveis de atenção.

O relatório final do III Seminário do Hospital das Clínicas (HC/UFMG, 1998) aponta, também como uma das linhas mestras que devem nortear o modelo assistencial do HC, a equidade de acesso para os pacientes do SUS, convênios e particulares. No tema do modelo gerencial, foi proposta a implantação de Unidades Gestoras com as seguintes diretrizes: planejamento estratégico de implantação coerente com a missão dos hospitais; existência de contrato-programa com avaliação de metas; investimento inicial em infra-estrutura e informática; existência de colegiados gestores; geração de recursos pela unidade, para sua auto-sustentação; participação das unidades acadêmicas; coletivização da solução de problemas e início de implantação pelas unidades administrativas. E no campo do financiamento surgiram propostas como convênios de prestação de serviços para outras prefeituras, buscar na iniciativa privada financiamento para as pesquisas e estímulo ao crescimento dos pontos de excelência e melhor remuneração para subsidiar os serviços deficitários.

No movimento de reorganização da gestão do hospital, merece detalhar o processo de implantação das unidades gestoras/Unidades Funcionais.

Em 1994, constatando-se que os problemas da instituição eram, em parte, devidos ao alto grau de centralização e poder e de responsabilidade, foi proposto e testado o projeto piloto de descentralização administrativa e financeira das chamadas Unidades Operativas (HC/UFMG, 1995). Os princípios básicos da proposta eram:

- A chefia da unidade deveria fazer a coordenação técnica e a condução dos processos relacionados às atividades fins da propeleutica, terapêutica e atenção direta ao

usuário. Seria também responsável pela coordenação dos processos de gestão de recursos humanos e materiais da unidade;

- Haveria a descentralização orçamentária, com retorno de parte das receitas à Unidade Operativa;
- Seriam estabelecidas e pactuadas com a direção do hospital metas assistenciais, de produção, de ensino e financeiras;
- Haveria informações mensais, que possibilitariam a avaliação do cumprimento das metas;
- A Unidade Operativa seria responsável pelo seu desempenho financeiro – relação receita e despesa.

O serviço de pediatria foi escolhido para ser a unidade piloto devido ao seu grau de organização. Foi criado o Kit Gerencial, conjunto de instrumentos e metodologias gerenciais que englobavam dados relativos à administração de pessoal, financeira, de materiais e indicadores de qualidade e produtividade.

A proposta teve como fatores dificultadores para sua implantação a mudança do eixo de poder da diretoria para a chefia da unidade, a necessária preocupação com o desempenho financeiro, e a motivação dos atores. Como fatores facilitadores e resultados positivos foram citados a mudança da lógica da defesa de interesses individuais pelos coletivos, a responsabilização e ação solidária entre as partes envolvidas no projeto (HC/UFGM, 1995). A experiência teve duração de outubro de 1994 a junho de 1995, porém mudanças na direção do hospital interromperam a sua continuidade.

A partir das diretrizes de criação das Unidades Gestoras, emanadas do III Seminário do HC (HC/UFGM, 1998), iniciaram-se a implantação das Unidades Funcionais (UF), em 1999. Jorge (2001) relata a experiência de criação das UF, informando que a experiência estava em curso, com sucesso, em outros hospitais como no Hospital da Universidade Federal de Pernambuco, Santa Casa do Pará e Hospital Público de Volta Redonda.

Os principais aspectos de sua implantação e da primeira avaliação serão relatados a seguir. As UF seriam responsáveis, em conjunto com a direção do hospital, pelo processo de planejamento e gestão do HC/UFGM, incluindo a captação e alocação de recursos. A busca da qualidade das atividades de ensino, pesquisa e assistência por meio da pactuação coletiva de responsabilidades e compromissos era o mote do projeto.

O critério de definição das UF era a existência de equipes estáveis, com processos de trabalho e produtos semelhantes ou com grande relação entre si. O planejamento seria descentralizado, em consonância com as diretrizes gerais do hospital, havendo o monitoramento de sua execução interno e externo, através dos assessores de referência de cada unidade.

A seguir são transcritos os objetivos do modelo gerencial, de acordo com a descrição de Jorge (2001, p. 01-02):

Ampliar a autonomia gerencial do HC/UFG através da descentralização do planejamento e gestão dos recursos existentes, bem como dos objetivos, metas e desempenho dos serviços ou setores;

Implantar processo gerencial baseado nos resultados e na racionalização dos recursos;

Descentralizar decisões e responsabilidades visando o cumprimento da missão do hospital;

Implantar dispositivos organizacionais que reduzissem a fragmentação das práticas profissionais;

Criar a lógica do compromisso com a qualidade do atendimento aos usuários internos e externos do hospital;

Desenvolver e implantar uma política de pessoal centrada na ética e na responsabilidade.

Toda a concepção e desenvolvimento do projeto foram discutidos, pactuados e aprovados no conselho administrativo do hospital e reitoria da UFG. Foi realizado novo desenho de estrutura gerencial e valores de gratificação financeira, composta de gerentes e coordenadores, de acordo com o perfil de cada unidade, de forma transparente e mantendo a coerência entre as diversas unidades.

Um passo essencial para o desenvolvimento do projeto foi a realização do curso de capacitação gerencial, que teve conteúdos voltados para conhecimentos sobre o SUS, gestão de pessoas, gestão de meios e planejamento. Todo o processo se desenvolveu integrando os conteúdos teóricos às práticas do serviço, essencialmente buscando a reflexão sobre o processo de trabalho das unidades e sua correlação com sua missão e resultados alcançados. O curso teve como exercício final a elaboração do plano de trabalho de cada UF. Definida a composição da unidade e elaborado o seu plano de trabalho, seria celebrado contrato de gestão com a diretoria do hospital, com indicadores e metas quali-quantitativos, através dos quais se buscava o aperfeiçoamento da gestão da estrutura e processos, com vistas ao alcance dos objetivos traçados no plano de ação.

Os resultados positivos poderiam ser revertidos para a UF através de investimentos. No entanto, o projeto previa que a diretoria do hospital deveria propiciar condições de infraestrutura para a consecução dos resultados pactuados. Foi, também, constituído o programa de avaliação de desempenho, através do qual a aferição sistemática e periódica dos resultados de cada unidade seria a base para a definição do percentual de um valor financeiro máximo que seria pago a todos os componentes das unidades com contratos assinados, como gratificação.

A gestão colegiada se daria em todos os níveis – cada UF teria seu colegiado gestor, com representação dos serviços e setores, onde seria pactuado o plano e avaliada sua implementação, além da definição das prioridades de investimento. Cada UF seria representada no colegiado gestor das UF, composto pelas gerências, assessores da diretoria e direção do hospital. Além de espaço de discussão e monitoramento da implantação do projeto, esse seria o principal fórum de pactuação entre as UF.

Jorge (2001) relata que dificultadores da implantação do projeto localizavam -se nos campos político e operacional. No campo político identificou:

(...) as resistências de atores fundamentais para o sucesso do projeto, visto que haveria mudança nas relações de poder instituídas até então no hospital, marcadamente no tocante à categoria médica, que sempre teve a hegemonia nas discussões e decisões. Emergiram conflitos que refletiam as disputa entre os três seguimentos – médico, enfermagem e administrativo, em situações como na definição da estrutura e perfis gerenciais, e entre serviços/setores, no momento de se definir aqueles que seriam agregados para a formação de UF. A democratização do processo decisório e a publicização de conflitos e acordos dificultariam a implementação de projetos de interesses pessoais e/ou corporativos (JORGE, 2001, p.52).

Do ponto de vista operacional, havia morosidade significativa da implantação do projeto, em decorrência das dificuldades políticas apontadas e da excessiva burocratização do hospital. Não havia também um sistema de informação que desse conta da integração dos subsistemas de custos, faturamento, almoxarifado (JORGE, 2001).

O arcabouço jurídico que rege a remuneração do servidor público foi um grande dificultador da implementação das propostas de gratificação da estrutura gerencial e do programa de incentivo ao desempenho.

Foi elaborado um projeto de extensão, compreendendo que a finalidade de se aperfeiçoar os mecanismos de gestão do hospital teriam como resultado a maior eficiência na prestação de serviços à comunidade (JORGE, 2001). Apenas recentemente, após longa discussão com a procuradoria da universidade, o projeto foi aprovado.

As restrições orçamentárias e financeiras do hospital, geradas pela política de financiamento da assistência, ensino e pesquisa, inviabilizavam investimentos de maior vulto na infra-estrutura e condições necessárias para o desenvolvimento dos planos de trabalho das UF.

No entanto, Jorge (2001) avaliou que:

Apesar das dificuldades encontradas para implantação do projeto, o grande e importante mérito deste processo foi a oportunidade de discutir e questionar a dinâmica do poder e relações de trabalho estabelecidas e seus resultados. A possibilidade de repensar os processos de trabalho e a forma como estão organizados, as relações de poder instituídas e a forma como os processos decisórios se dão, as redes formais e informais de disseminação das informações e o mapeamento dos atores estratégicos envolvidos nestes processos de produção de atos de saúde, desencadeou processos outros que questionavam, polemizavam e pressionavam no sentido da busca de alternativas para melhoria do instituído. À medida que se abria a perspectiva da discussão, desencadeavam-se momentos de reflexão e crítica que forçavam uma aventura em direção ao que se pretendia e as alternativas para instituir o novo. E isto era extremamente positivo visto que, para significativa parcela dos trabalhadores do hospital, havia uma avaliação da insuficiente e inadequada forma de funcionamento da instituição, havendo necessidade de mudanças (JORGE, 2001, p.13).

Em documento de avaliação da gestão do hospital no período de 2002 a 2004, são citados os avanços conseguidos com a implantação do projeto das UF: consolidação dos fóruns colegiados; aperfeiçoamento do processo de apuração dos custos e disponibilização das informações para subsidiar o planejamento das unidades; aperfeiçoamento do controle de consumo de medicamentos e materiais; aperfeiçoamento da auditoria e faturamento de procedimentos dos SUS e aperfeiçoamento da gestão dos leitos hospitalares.

O complexo Hospital das Clínicas da UFMG possui prédio central e oito anexos ambulatoriais, sendo que o anexo São Geraldo/Oftalmologia possui também leitos hospitalares. Ocupa área de 50.053 m<sup>2</sup> na região hospitalar de Belo Horizonte. Constitui-se como a principal referência para a região metropolitana e estado, ou a única em algumas áreas como a abordagem e tratamento de portadores de patologias complexas como doenças hematológicas, fibrose cística, hipotireoidismo congênito, fenilcetonúria, infertilidade, imunodeficiências congênitas ou adquiridas, nefropatias, hepatopatias, medicina fetal; a realização de transplantes de rim, fígado, pulmão, medula óssea e córnea; diagnóstico e tratamento de doenças infecciosas e parasitárias; referência para gravidez de alto risco; e outros. A tabela 1 apresenta a estrutura, os projetos, projetos de pesquisa e o alunado do Hospital das Clínicas da UFMG (2005) e a tabela 2 demonstra que 37,8% do pessoal não estão vinculados ao MEC.

TABELA 1 – Estrutura, projetos, projetos de pesquisa e alunado do Hospital das Clínicas da UFMG - 2005

| Item                          | Número       |
|-------------------------------|--------------|
| <b>Leitos Hospitalares</b>    |              |
| Clínica médica                | 134          |
| Pediatria                     | 87           |
| Cirurgia                      | 145          |
| Ginecologia e obstetrícia     | 50           |
| Convênios e particulares      | 44           |
| CTI                           |              |
| Neonatal                      | 17           |
| Pediátrico                    | 11           |
| Adulto                        | 12           |
| <b>Total de leitos</b>        | <b>500</b>   |
| Consultórios                  | 257          |
| Internações                   | 1.6302       |
| Consultas médicas             | 317.618      |
| Dialisadores                  | 18           |
| Usuários/mês em quimioterapia | 1.147        |
| Projetos de pesquisa          | 116          |
| <b>Alunado*</b>               |              |
| Graduação                     | 1.634        |
| Especialização                | 331          |
| Interno                       | 320          |
| Mestrado                      | 322          |
| Doutorado                     | 196          |
| Outros                        | 94           |
| <b>Total Alunado</b>          | <b>2.897</b> |

\* Os alunos estão inseridos em 21 cursos de nível médio e superior.

Fonte: Assessoria de Planejamento – HC/UFMG.

TABELA 2 – Recursos Humanos do Hospital das Clínicas da UFMG – 2005

| Tipo de vínculo           | N Trabalhadores |
|---------------------------|-----------------|
| MEC                       | 1.905           |
| Celetistas                | 516             |
| Contratados/Terceirizados | 710             |
| <b>Total</b>              | <b>3.131</b>    |

Fonte: Assessoria de Planejamento – HC/UFMG.

## 2.4 - O SISTEMA DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE

A Prefeitura de Belo Horizonte, em 1938, criou modelo de assistência ambulatorial em atenção primária articulada à atenção hospitalar, através de contrato com o Hospital São Vicente de Paulo, para atendimento de funcionários públicos e indigentes. O convênio foi

realizado pelo então prefeito Otacílio Negrão de Lima. O prefeito Juscelino Kubitschek, em seu relatório de 1942, refere-se a uma atenção nos ambulatorios municipais com a retaguarda do Hospital Santa Casa. Durante o governo municipal Juscelino Kubitschek, Belo Horizonte teve construído seu hospital municipal destinado ao atendimento de funcionários públicos e indigentes (REIS, 2002).

De acordo com Velloso e Matos (1998), em 1948 foi criado o Departamento de Assistência à Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte, que tinha a função de prestar assistência médico - odontológica à população comprovadamente muito pobre, aos servidores municipais e a instituições conveniadas. Tinha ainda as funções de profilaxia de moléstias endêmicas e de assistência social.

Velloso (1995) *apud* Reis (2002) relata, ainda, que o rompimento com a realidade de insuficiência da oferta assistência à saúde pelo poder municipal e estadual e o caráter excludente da atenção pela previdência social apenas aos seus beneficiários iniciou-se com a criação da população organizada em associações de bairros. Eram criadas estruturas desvinculadas do poder público que se resumiam, em sua maioria, a uma sala com um médico fazendo atendimento de consultas. Posteriormente, parcerias entre o poder público e as associações ampliaram a cobertura dessa modalidade de prestação de serviços. Em 1983, foi criada a Secretaria Municipal de Saúde, já se desvinculando das ações de assistência social.

O convênio das Ações Integradas de Saúde, assinado em 1984, viabilizou a ampliação da rede municipal de prestação de serviços de saúde, sendo ainda o Estado o gestor das unidades básicas. O município era prestador de serviços.

Nesse contexto, segundo Velloso e Matos (1998) foram criadas as gerências e unidades básicas de saúde do município e coordenações técnicas do nível central da Secretaria de Saúde, responsáveis pela supervisão e acompanhamento de um grupo de unidades. Iniciou-se assim o processo de aproximação dos gerentes dos serviços com a realidade da população usuária.

À criação dos Distritos Sanitários seguiu-se à criação das Administrações Regionais da prefeitura, em 1989. Estes incorporaram o papel de gestão de sistemas regionais de atenção básica com a municipalização das unidades sob gestão do Estado.

O processo de territorialização, ocorrido de forma mais intensa no período de 1989 a 1993, com a articulação de serviços e comunidades, no sentido de se desvendar os territórios, seus recursos de saúde, relações sociais e barreiras geográficas. A criação de metodologia de conhecimento da realidade sócio-sanitária das populações das denominadas áreas de abrangência tornou-se ferramenta fundamental para o planejamento local e distrital.

A identificação de critérios e áreas de risco iniciada naquela ocasião é hoje a base da prática da equidade ao se definir prioridades de investimentos e ações no sistema municipal de saúde de Belo Horizonte (VELLOSO; MATOS, 1998).

A municipalização da saúde em Belo Horizonte desenvolveu-se entre 1990 e 1993 com a transferência da rede básica, rede especializada da Secretaria de Estado da Saúde/SES e do ex INAMPS, e ações de controle e avaliação da SES para a Secretaria Municipal de Saúde.

A municipalização exigiu a capacitação da equipe e criação de estruturas que respondessem às necessidades de gerenciamento e gestão das unidades de saúde municipalizadas e todos os procedimentos de gestão da rede não própria – serviços públicos estaduais e federal, filantrópicos e privados vinculados ao SUS.

Em 1991, foi criado o Conselho Municipal de Saúde e, em 1992, o Fundo Municipal de Saúde com a secretaria municipal já fazendo a gestão dos recursos provenientes da prestação de serviços feita por suas unidades e de recursos de convênios com outros níveis de governo (PBH/SMSA, 2005).

A Norma Operacional Básica de 1993 (NOB) criou o sistema de gestão semiplena, transferindo aos municípios que se habilitassem à totalidade dos recursos financeiros da prestação de serviços de saúde, assumindo Belo Horizonte a gestão semiplena em 1994.

Consolidou-se assim a implementação dos princípios de descentralização, comando único em cada esfera de governo, controle social e transferência fundo a fundo dos recursos da saúde previstos nas Leis 8.080 e 8.142 de 1990.

Os movimentos de estruturação e criação de inteligência para a gestão do sistema não próprio foram intensificados e foi feita a transferência da Central de Marcação de Consultas Especializadas e Central de Internações da Secretaria de Estado da Saúde (SES) para o

município, assim como o aperfeiçoamento da gestão da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) com a capacitação da equipe de Supervisão Hospitalar.

Foram desenvolvidos sistemas informatizados e criadas novas comissões para a gestão da alta complexidade e gestão da média complexidade ambulatorial por meio das equipes de nível central e distrital de controle e avaliação, em Belo Horizonte. Nesse mesmo período iniciou-se a participação ativa dos gestores nas Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite, e nos fóruns de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS e CONASEMS).

No modelo médico assistencial privatista que teve seu apogeu na década de 1970, segundo Mendes (1991), o subsistema hegemônico era o contratado e conveniado e o núcleo ideológico do modelo estava na “tecnocracia esclarecida situada na Previdência Social”. A partir da gestão semiplena, o “núcleo ideológico” do sistema municipal de saúde de Belo Horizonte localiza-se na gestão direta, dentro dos princípios do SUS, mudando a lógica do sistema médico assistencial privatista, vivenciando conflitos de diversas naturezas com o setor contratado-conveniado, setor público não próprio e com a gestão estadual. O município passou a gerir o sistema de saúde que, em 1996, tinha os serviços apresentados na tabela 3.

TABELA 3 – Distribuição dos serviços de saúde vinculados ao SUS – Belo Horizonte (1996)

| Tipologia de serviço                                                          | Quantidade |
|-------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Unidades próprias de atenção básica e média complexidade (exceto odontologia) | 144        |
| Unidades não próprias de diagnose e terapia de média complexidade             | 85         |
| Unidades não próprias de alta complexidade                                    | 23         |
| Unidades odontológicas próprias e não próprias                                | 293        |
| Unidades hospitalares públicas, filantrópicas e privadas                      | 55         |
| Leitos hospitalares cadastrados                                               | 7.832      |

Fonte: Controle e Avaliação (DEPLAR/SMSA)

Em 1996, após vencidas as questões legais e normativas para a regularização dos contratos e convênios com os prestadores de serviços, iniciou-se o cadastramento de todos os serviços interessados em participar do SUS/BH.

Em 1996 e 1997 ocorreu o primeiro processo licitatório para a compra de serviços de saúde pelo município, ação pioneira no país. O processo foi precedido de amplos e descentralizados estudos, com as equipes dos distritos sanitários, sobre as necessidades de compra e perfil de serviços.

Houve resistência dos hospitais ao processo licitatório, capitaneados pela Associação de Hospitais de Minas Gerais, presidida na época pelo presidente da Federação Brasileira de Hospitais. Os argumentos objetivos colocados eram em relação às apenações previstas para o descumprimento de cláusulas contratuais e a tentativa por parte da Associação de Hospitais de Minas Gerais de incluir cláusula nos contratos que garantisse o pagamento dos serviços prestados mesmo em caso de descontinuidade de repasse dos recursos para o município, por parte do Ministério da Saúde.

Neste período (1996-1997), houve a contratação da grande maioria dos serviços ambulatoriais e de apenas 02 hospitais - Santa Casa de Misericórdia e Fundação Benjamin Guimarães/Hospital da Baleia.

Assumir as ações de controle e avaliação do sistema significou acúmulo significativo de recursos oriundos de ações de compra racional de serviços dentro das reais necessidades da população usuária e do correto registro e cobrança dos procedimentos realizados.

De acordo com Campos (1998), estes recursos foram utilizados, no período de 1994 a 1996, na construção, reforma e equipamento de unidades de saúde e criação novos serviços, incluindo unidades de pronto atendimento, saúde mental, laboratórios e farmácias. Foi reformado e equipado o Hospital Municipal Odilon Behrens.

Neste mesmo período, foi implementado o programa de avaliação de desempenho dos trabalhadores da rede municipal de saúde, com a construção de indicadores de processos e resultados direcionados para os projetos assistenciais e indicadores epidemiológicos prioritários para a gestão. Também aqui, as equipes tinham retorno financeiro, na forma de gratificação, proporcional aos resultados obtidos. Foram financiados o investimento e custeio para a abertura de leitos de CTI neonatal e recém nascidos de alto risco na Santa Casa de Misericórdia e celebrado o convênio entre a Prefeitura Municipal de Belo Horizonte/Secretaria Municipal de Saúde e a Universidade Federal de Minas Gerais/Hospital das Clínicas para a criação do Pronto Atendimento no hospital.

No âmbito da assistência, foram criados, conforme já relatado, serviços substitutivos aos manicômios, o serviço de atenção pré-hospitalar para atendimento do trauma/Resgate, e implantado o Projeto Vida. Este último consistia em investimentos em recursos humanos e

materiais da rede própria, e gestão das maternidades e unidades de neonatologia dos serviços contratados e conveniados, aprimorando a atenção materno -infantil.

De acordo com dados do Plano Municipal de Saúde para o período 2005 a 2008 (PBH/SMSA, 2005), houve redução da mortalidade infantil de 34,4 /1.000 nascidos vivos em 1993 para 13,3/1.000 nascidos vivos em 2004, além da redução na razão de morte materna de 53/100.000 nascidos vivos em 1997 para 27,4/100.000 nascidos vivos em 2004.

O Projeto BH Vida – Saúde Integral, concebido em 2003 é a base do Plano Municipal de Saúde 2005 – 2008 (PBH/SMSA, 2005) e tem sido implementado desde então, sendo nele especificados quatro eixos, a saber:

- Reorganização do processo de trabalho na atenção básica. A estratégia continua sendo o Programa de Saúde da Família, o maior do país, com mais de 70% de cobertura da população e cerca de 500 equipes. A organização da assistência deve ser usuário - centrada, tendo como pressupostos o acolhimento, a responsabilização e o vínculo, e a busca da integralidade;
- Estruturação de atenção secundária que dê conta de reduzir significativamente a demanda reprimida de exames e consultas especializadas, motivo de insatisfação dos usuários com o sistema;
- Ampliação e qualificação das ações de Vigilância da Saúde, com intensificação e qualificação das ações no campo Epidemiologia, Vigilância Sanitária, Zoonoses e Saúde do Trabalhador;
- Qualificação da Gestão em seu sentido amplo, envolvendo a gestão de recursos humanos, materiais e logísticos, recursos informacionais e informação. A gestão do sistema exigirá sempre a relação com serviços não próprios compatível com a prática da integralidade e de garantia das linhas do cuidado prioritárias. A cidade possui serviços próprios de atenção básica e da média complexidade, ficando ainda os leitos hospitalares e serviços de alta complexidade concentrados em serviços não próprios, exigindo um grande esforço de gestão. As boas relações com atores externos como representações dos trabalhadores, conselhos de categorias, ministério público e outros devem ser priorizadas, na busca de aliados para o projeto. O Controle Social deve continuar merecendo o respeito e os investimentos feitos ao longo de sua existência, mantendo-se como parceiro crítico e fiscalizador da gestão.

Em 2005, o sistema municipal de saúde apresentava a composição de serviços de saúde demonstrada na Tabela 4.

TABELA 4 – Distribuição das assistenciais do SUS/BH por tipo de unidade e vínculo com a Secretaria Municipal de Saúde - 2005

| <b>Tipo de unidade</b>                                   | <b>Própria</b> | <b>Setor<br/>Contratado/Conveniado</b> |
|----------------------------------------------------------|----------------|----------------------------------------|
| Básica                                                   | 139            |                                        |
| Referência secundária                                    | 6              | 28                                     |
| Central de Referência em Saúde do Trabalhador - CERSAT   | 1              |                                        |
| Central de Referência em Saúde Mental - CERSAM           | 7              |                                        |
| Centro de Convicência - CV                               | 8              |                                        |
| Serviço Residencial Terapêutico                          | 8              |                                        |
| Centro de Referência da Infância e Adolescência - CRIA   | 2              |                                        |
| Centro de Referência em Imunobiológicos Especiais - CRIE | 1              |                                        |
| Apoio Diagnóstico                                        | 13             | 28                                     |
| Farmácia Distrital                                       | 9              |                                        |
| Unidade de Urgência                                      | 7              | 7                                      |
| Hospital                                                 | 1              | 35                                     |
| Leitos Hospitalares                                      | 437            | 6.403                                  |
| Serviço de Reabilitação                                  | 2              | 1                                      |
| Núcleo de Reabilitação - Barreiro                        | 2              |                                        |
| Núcleo de Saúde do Trabalhador                           | 1              |                                        |
| Núcleo de Cirurgia Ambulatorial                          | 1              |                                        |
| Unidade de Ultrassom                                     | 1              |                                        |

Fonte: SMSA/PBH

Os avanços descritos no Relatório de Gestão de 2004 (PBH/SMSA, 2004) contemplam a ampliação da oferta e reorganização do processo de trabalho na atenção básica; a formatação de projeto e explicitação do prefeito municipal de investimento prioritário na atenção secundária; a celebração de contratos com prestadores de serviços, através do segundo edital de chamamento público para tal fim; a contratualização com a Santa Casa e Hospital das Clínicas da UFMG, dentro da nova política ministerial para os hospitais de ensino; a redução dos casos de dengue e a formatação e início de implementação de plano de controle da leishmaniose; a criação do Centro de Educação em Saúde do SUS/BH; a readequação e construção de novas áreas físicas de dezenas de unidades próprias; a continuidade do processo de informatização da rede.

No entanto, o maior problema apontado no Plano Municipal de Saúde de 2005 está no financiamento do sistema. O município investiu 18,95% dos recursos do tesouro em saúde, no ano de 2004, enquanto a EC 29 estabelece o percentual de 15% (TABELA 5).

TABELA 5 – Aplicação de recursos orçamentários em saúde pela PBH

| <b>Receitas</b>                            | <b>2001</b>        | <b>2002</b>          | <b>2003</b>          | <b>2004</b>          |
|--------------------------------------------|--------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Valores (R\$) em impostos e transferências | 933.599.376,4<br>2 | 1.078.254.374,7<br>3 | 1.175.367.221,0<br>3 | 1.407.042.060,9<br>7 |
| Valores (R\$) aplicados em saúde           | 174.488.550,3<br>7 | 180.880.272,25       | 226.799.391,98       | 266.699.414,63       |
| % aplicado                                 | 18,69%             | 16,78%               | 19,30%               | 18,95%               |
| % fixado pela EC 29/2000                   | 8,60%              | 10,20%               | 11,80%               | 15,00%               |

Fonte: Relatório financeiro 2004 SMSA/SUS -BH

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 - OBJETIVO GERAL**

Descrever a experiência de integração entre o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais – HC/UFGM e o Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte, no período de 1996 a 2004.

#### **3.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Identificar os fatores dificultadores e facilitadores do processo de integração entre o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais – HC/UFGM e o Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte, no período de 1996 a 2004.

Demonstrar a possibilidade de um processo de integração que atenda aos interesses dos diversos atores envolvidos.

#### 4. METODOLOGIA

Minayo (1999) define o método como caminho e instrumental próprios de abordagem e apreensão da realidade e também do potencial criativo do pesquisador. Serão descritos a seguir os caminhos e instrumentos utilizados para a consecução dos objetivos deste trabalho.

O estudo da integração do Hospital das Clínicas ao Sistema Único de Saúde constitui-se como estudo de caso, pois, em 2004, o país contava com 147 hospitais universitários e de ensino, cuja trajetória em relação ao sistema de saúde deveria ter alguma relação com a experiência abordada neste estudo.

Considerando as características apontadas por Tobar e Yalour (2001), trata-se de estudo qualitativo, por utilizar múltipla fonte de dados, entrevista com perguntas abertas e relatos e ocupar-se mais do significado do que da frequência dos fatos.

Ainda de acordo com a classificação de Tobar e Yalour (2001), é um estudo de caráter descritivo com a finalidade de intervenção em uma dada realidade. Ou seja, a descrição e análise da experiência aqui abordada deverão contribuir para outras experiências.

Para a consecução dos objetivos do estudo, foram escolhidos o levantamento bibliográfico, a pesquisa documental e a realização de entrevistas.

A história do surgimento e trajetória da instituição hospital foi extraída de levantamento bibliográfico. Os escritos sobre a criação dos hospitais universitários e de ensino e a evolução de sua relação com o sistema de saúde, a criação do Hospital das Clínicas da UFMG e sobre a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte tiveram como referência livros, artigos, teses, leis e documentos como planos diretores do hospital, planos municipais de saúde, relatórios de gestão das duas instituições, relatórios de seminários do hospital, projeto de gestão do hospital, documento do conselho de saúde do hospital e portarias ministeriais. As portarias foram intensamente utilizadas por serem os documentos que mais retratam as políticas traçadas pelo MEC e Ministério da Saúde para os hospitais universitários e de ensino.

As categorias buscadas para a descrição da trajetória do hospital foram a gestão e o modelo assistencial. Para a descrição da evolução da Secretaria Municipal de Saúde, foi escolhida

como categoria principal a gestão, especialmente o aspecto da municipalização da gestão do sistema.

Para a descrição dos movimentos de integração, a pesquisa foi basicamente documental. De acordo com Belisário (2001):

A pesquisa documental utiliza materiais que ainda não receberam tratamento analítico (documentos de primeira mão), ou que podem ser re-elaborados de acordo com os objetivos da pesquisa ( documento de segunda mão), ou seja , relidos pelo pesquisador em função de recortes previamente fixados nos objetivos (BELISÁRIO, 2001 p. 56).

Utilizou-se os planos diretores do hospital, localizando nestes a expressão da intenção e forma de se relacionar com o SUS e Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Também foram pesquisados e utilizados convênios, relatórios estatísticos, relatórios das centrais municipais de regulação e relatórios de avaliação de projetos implementados. O período escolhido para a delimitação do estudo dos movimentos de integração foi de 1996 a 2004. Justifica-se a escolha deste período por ter sido criado, em 1996, o serviço de Pronto Atendimento, considerado o marco principal para a equidade do acesso e abertura do hospital para seu funcionamento na lógica do SUS. Em 2004, foi celebrado o convênio de gestão entre o hospital e a Secretaria Municipal de Saúde, concluindo um período de oito anos de negociações.

A pesquisa bibliográfica e documental teve como fontes a internet, documentos fornecidos pelo MEC/Coordenação Geral dos Hospitais Universitários, pela ABRAHUE, pelo Hospital das Clínicas da UFMG e pela Secretaria Municipal de Saúde.

O projeto de pesquisa foi apresentado, avaliado e aprovado pelos comitês de ética das duas instituições envolvidas. Neste sentido, não houve restrições ao acesso aos documentos por meio de gerências e assessores.

Para conhecer a percepção de parte dos atores envolvidos no processo de integração, foi escolhida a entrevista semi-estruturada (ANEXO II). Através das entrevistas procurou-se identificar no discurso dos entrevistados, além de suas percepções, a maneira própria de interpretar o tema em questão (TOBAR, 2001). Foram eleitos três atores que compõem o triângulo central da relação – o gestor municipal, o diretor geral do hospital e a presidente do Conselho de Saúde do hospital. O primeiro, enquanto gestor municipal, tem participado das discussões nacionais sobre a contratualização dos hospitais de ensino. O diretor do hospital

tem participação significativa nas discussões nacionais sobre a contratualização dos hospitais de ensino através da ABRAHUE. A presidente do Conselho de Saúde do hospital pertence ao segmento dos usuários. É conselheira distrital e municipal de saúde. É reconhecido, no entanto, que outros atores têm forte influência no cotidiano destes movimentos de integração e nas relações de poder que os determinam.

Ao gestor municipal e ao diretor geral do hospital a pergunta feita foi "quais os fatores dificultadores e fatores facilitadores da integração do Hospital das Clínicas no SUS". Com essa esperou-se ter por parte deles a explicitação dos entraves e conflitos internos e externos às suas organizações que dificultam a integração. Explicitariam também os aspectos positivos para a condução das ações de integração. À presidente do Conselho de Saúde a pergunta feita foi sua visão sobre as relações do hospital com a gestão local do SUS e suas consequências para os usuários. O objetivo da pergunta foi identificar quais as consequências dos projetos conjuntos e da regulação do acesso para os usuários.

As entrevistas com o diretor do hospital e com a presidente do Conselho de Saúde foram gravadas com a permissão dos entrevistados. O gestor municipal respondeu à pergunta por escrito. Todos os entrevistados receberam e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO I). Foi realizada a transcrição das fitas e análise dos discursos dos entrevistados utilizando-se o material escrito.

Foram identificadas no texto as congruências de visão do gestor municipal e do diretor do hospital sobre os fatores facilitadores e dificultadores da integração. O produto das entrevistas foi sistematizado em um quadro que nos permite analisar as congruências e especificidades da visão de cada um.

À luz dos princípios do SUS, dos movimentos descritos de integração e do referencial teórico, discutiu-se as observações feitas, os resultados alcançados e a visão dos principais atores envolvidos no processo.

O projeto foi aprovado na Câmara Departamental do Departamento de Medicina Preventiva e Social e no Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG.

## **5. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **5.1 - HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS - DE LABORATÓRIOS DE ENSINO À FORMAÇÃO DE REDE COM O SISTEMA DE SAÚDE**

Colossi (1998) definiu os HUE como laboratórios destinados à prática do ensino.

Pode-se observar que, com o sistema de cátedras, estes hospitais tinham o começo e fim de sua razão de existir na formação de profissionais para o mercado da saúde, pública e /ou privada, e na produção de conhecimento através de pesquisas. A interação com a sociedade usuária do sistema de saúde ocorria de forma totalmente regulada pelos atores internos das instituições hospitalares, ora com interesses acadêmicos, ora com interesses clientelistas, ora com interesses privados.

A democratização do poder interno proposta pela reforma universitária e a forma de organização dos departamentos não conseguiram romper com a lógica da assistência baseada na doença, fragmentando a condução do cuidado e, ainda, não construindo alternativas, com movimentos de dentro para fora, com vistas à maior abertura destes hospitais para a real integração ao sistema de saúde.

A inevitável venda de serviços para o sistema, desde a previdência social até o SUS, tem como objetivo primordial a sustentabilidade financeira dos hospitais.

Poucos foram os resultados obtidos com a regulamentação da relação destes hospitais com o sistema, no aspecto da participação destes no planejamento das redes regionalizadas de saúde, prevista no convênio MEC/MPAS do início da década de 1980, ou no sistema de referência e contra-referência previsto na portaria que regulamentou a criação do FIDEPS em 1994.

Apesar da regulamentação das relações buscar a inserção dos HUE, ainda que tímida no sistema de saúde, o não cumprimento das regras se dava sem um eficiente sistema de monitoramento e medidas punitivas por parte do MEC e do Ministério da Saúde, reforçando a continuidade do caráter endógeno de funcionamento dos hospitais.

O início da abertura se deu com o condicionamento do pagamento do FIDEPS à disponibilização das agendas para acesso aos ambulatórios e internações para as estruturas de regulação da gestão do SUS, a partir do ano 2000.

O aparato normativo interministerial que hoje rege as relações atua de forma incisiva na indução da integração, mesmo usando como principal estratégia para isto o argumento financeiro. Ou os HUE se integram, de fato, ao SUS com seu sistema de regulação, ou não terão sustentabilidade financeira.

Com isto, tem sido possível observar movimentos cuja imagem objetivo é o HUE se constituir em unidade integrante do sistema, constituindo-se redes nas quais as partes integrantes reconheçam a essencialidade de todas.

## 5.2 - OS PRINCÍPIOS DO SUS NO HC/UFGM

O principal determinante da criação dos Hospitais Universitários Federais foi atender às necessidades de ensino e pesquisa. Nesse sentido, o modelo de financiamento, as relações internas de poder caracterizadas pela hegemonia do corpo docente, a alta concentração de tecnologia, o modelo assistencial e as linhas de pesquisa desenvolvidas por estes hospitais ainda geram conflitos com os gestores do SUS no movimento de compatibilização entre os interesses do sistema de saúde e os interesses da organização hospitalar.

Faz-se necessária reflexão e discussão sobre a real implementação dos princípios do SUS no interior dos Hospitais Universitários e de Ensino e como estão relacionados com a dinâmica do Hospital das Clínicas da UFGM.

**Universalidade:** muitos HUE iniciaram a prestação de serviços à saúde suplementar (planos e seguros de saúde) e clientela particular, seja pelas dificuldades de financiamento, seja por terem serviços de excelência que captam clientela com maior poder aquisitivo. A normatização que rege o funcionamento dos Hospitais Universitários do MEC permite a utilização de 30% dos serviços/leitos para o sistema suplementar. Assim, foram criadas duas portas de entrada para os usuários de alguns HU federais, mesmo tendo estes como a maior fonte de seu financiamento os recursos públicos. A principal justificativa apresentada pelos gestores dos hospitais públicos universitários para esta prestação de serviços é o aporte de recursos financeiros que viabilizam as instituições ou reduzem o déficit destas. A dedicação de parte do tempo de trabalho dos médicos à clientela da saúde suplementar e particular pode significar prestígio profissional e maior satisfação por também ser modalidade de clientela que reforça o caráter autônomo da profissão. Segundo Cherchiglia (2002), a restrição de recursos orçamentários e a grande dependência de comprador único levaram o HC/UFGM a entrar no mercado da saúde suplementar. Em 1995, o Conselho Administrativo do hospital

aprovou a celebração de convênio com a UNIMED. Cerca de 10% dos leitos do HC/UFMG é destinado à saúde suplementar. Houve a opção clara pela existência de apenas uma porta de entrada, sendo limites na competitividade com outros serviços as instalações do Pronto Atendimento, sempre com sua capacidade esgotada e o serviço de hotelaria que não preenche as exigências de usuários da saúde suplementar e particulares. Além de parte dos recursos do SUS que são destinados aos profissionais que dedicam carga horária além da contratual pela atividade docente à prestação de serviços assistenciais, os honorários da prestação de serviços à saúde suplementar se constituem em mecanismo de fixação dos profissionais no hospital, confirmando as considerações de Carvalho (2004).

No entanto, discute-se a utilização de recursos comuns para subsistemas diferenciados, SUS e saúde suplementar (BAHIA, 2001). Os hospitais públicos universitários utilizam recursos humanos e materiais financiados pelo setor público para a prestação de serviços à saúde suplementar e clientela particular. Em 2004, a arrecadação de recursos provenientes da prestação de serviços à saúde suplementar no HC/UFMG significou 14% das receitas do hospital. Neste sentido, a despeito das resistências a esta modalidade de prestação de serviços, especialmente por parte dos trabalhadores técnico-administrativos, deve ser encontrada fonte alternativa de arrecadação de recursos e de remuneração dos docentes que prestam serviços no hospital para que se cumpra o exigido na Portaria Interministerial N° 10 00 de 15 de abril de 2004 que estabelece a destinação de 100% dos leitos ao SUS, em 04 anos.

**Equidade do acesso:** O acesso dos usuários aos serviços dos HUE obedecia a interesses acadêmicos e de pesquisa e não a uma nosologia prevalente ou situações clínicas cuja intervenção seria prioritária. Além disso, havia alto grau de clientelismo por parte das corporações que entendiam que o acesso próprio, de parentes e de amigos deveria ser privilegiado. Sendo o corpo clínico formado por profissionais que têm atuação também no sistema suplementar, era comum o acesso privilegiado de clientela proveniente dos consultórios particulares, competindo com a fila dos ambulatórios, internação e centro cirúrgico para procedimentos não cobertos pelo plano de saúde ou com ônus e levado para o pagamento na categoria particular, ou seja, a privatização do espaço público. De acordo com Carapinheiro (1998), existe uma rede de colegas que encaminham casos para profissionais médicos de hospitais universitários e não universitários, de acordo com o interesse pela investigação do caso clínico, para a utilização de recurso propedêutico disponível naquele hospital, ou como estratégia de viabilizar o atendimento da clientela particular. São criados

privilégios na forma de acesso, que a autora considera representarem a extensão do modelo liberal da medicina privada à prática médica hospitalar. Há uma inversão da relação médico - paciente, sendo a escolha do paciente feita pelo médico, e não o inverso.

As discussões da contratualização ocorridas ao longo dos anos tinham, ao lado do aspecto financeiro, a discussão da regulação do acesso aos serviços com ponto central. A disponibilização da totalidade das primeiras consultas especializadas para a Central de Marcação de Consultas foi o item de maior pontuação no convênio celebrado em 2004. Com o convênio de metas do FIDEPS o percentual já havia atingido 59%. As consultas especializadas de primeira vez tiveram 80% de sua marcação inserida na Central de Marcação de Consultas, após a contratualização. A regulação do acesso ao ambulatório de especialidades significa maiores controles sobre a procedência dos usuários, no sentido de se fazer cumprir a Programação Pactuada e Integrada entre os municípios. Significa, principalmente, a regulação assistencial, ou seja, a definição dos perfis mais adequados de usuários para as características do serviço que vai recebê-los e a equidade no acesso, já que a lógica que prevalece na marcação das consultas é a lógica clínica. As agendas da alta complexidade já estavam com as centrais de regulação municipal, considerando que já havia a regulação total dos procedimentos há mais tempo não vinculada à existência de contratos dos prestadores com a gestão municipal - terapia renal substitutiva, quimioterapia, radioterapia, cirurgias cardiovasculares e propedêutica da alta complexidade. O limite de internações via Central de Internação se deu devido à forte pressão da demanda pela ocupação dos leitos por usuários do Pronto Atendimento do próprio hospital.

Ao descrever a experiência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP, seu diretor se coloca “entre a cruz e a caldeirinha” ao se deparar com a pressão do gestor que paga a conta para atender sua demanda e a pressão do corpo docente que rejeita que lhe seja imposta clientela não selecionada por ele, e que ainda insiste que o HU possa se dar ao luxo de selecionar pacientes exclusivamente para suas atividades didáticas (SÀ, 2002).

A postura dos docentes aqui relatada nos leva a refletir sobre qual modalidade de ensino reflete a realidade do sistema de saúde, se os casos idealizados pelos docentes ou se o perfil nosológico que chega aos serviços de saúde.

A garantia da disponibilização destas agendas para o sistema municipal de regulação exigiu intenso processo de negociação interno feito pela direção do hospital com os médicos, particularmente com os docentes.

**Integralidade:** a gestão administrativo-financeira com base na disponibilidade de recursos desvinculada da produção, a falta de regulação pública do acesso e a demanda interna por campos de ensino e pesquisa levaram à criação de diversos serviços de forma que os Hospitais Universitários e de Ensino tornaram-se sistemas completos em termos de perfil de procedimentos com oferta de atenção básica até a alta complexidade.

Interessava também às unidades acadêmicas dispor de campo de ensino no complexo hospitalar sem a necessidade de saída do ambiente intra-muros.

Assim foi com o Hospital das Clínicas da UFMG. Sua história de criação, com as cátedras, tendo cada uma sua forma de organização, definia espaços específicos de funcionamento. Os oito anexos do prédio central hoje existentes foram espaço de atuação de serviços isolados, citando com o exemplo o anexo São Geraldo e em seguida ocupados pelas cátedras ao haver a junção dos serviços para formar o Hospital de Clínicas. Cada espaço destes pretendia ter o máximo de autonomia, do ponto de vista assistencial e de apoio. Na história recente do hospital, as diversas especialidades se organizam em serviços, que reproduzem, de alguma forma, a lógica das cátedras. Houve a construção de centro cirúrgico específico no anexo São Geraldo, para atender à otorrinolaringologia e oftalmologia. No anexo Borges da Costa também há centro cirúrgico para procedimentos de menor complexidade. Há estruturas de apoio diagnóstico em diversos pontos do complexo hospitalar, caracterizando superposição e duplicidade de serviços. Há demanda para a utilização de toda a capacidade de produção destes serviços. No entanto, a discussão se dá em torno da possibilidade de otimização da gestão e operação destes equipamentos, na hipótese de concentrá-los em estruturas matriciais de apoio diagnóstico que pudessem atender a todos os serviços. Mesmo assim, a quantidade de procedimentos propedêuticos e terapêuticos ofertados não é suficiente para cobrir toda a demanda gerada pela grande clientela que acessa os ambulatorios e leitos hospitalares nas diversas especialidades, gerando filas para a marcação ou exigindo a realização de alguns procedimentos fora do complexo hospitalar, comprometendo a integralidade da atenção. Além disso, a utilização pouco crítica das inovações tecnológicas pode gerar solicitações desnecessárias de exames para casos que não os requerem. A tendência observada de inversão da investigação clínica do campo da semiologia e do raciocínio clínico para a utilização de

tecnologias vinculadas a métodos diagnósticos dependentes de equipamentos aumenta essa demanda por exames complementares, sobrecarrega os serviços de apoio diagnóstico, aumenta os custos da assistência e retarda a resolução dos casos, com transtornos para os usuários.

No campo da coordenação do cuidado, observa-se que quem mais se aproxima desse processo é a enfermagem. Portanto, a coordenação da atividade central do ambiente hospitalar não é feita pela categoria que mais detém o poder na instituição (CECÍLIO, 1999). A consequência direta é a fragmentação do cuidado por não se conseguir que o trabalho seja de equipe.

**Resolubilidade:** Os HUE federais são hospitais de grande potencial de resolubilidade, considerando que neles se concentra a alta tecnologia do conhecimento e de equipamentos. Porém, nem sempre a forma de organização dos processos assistenciais neles existentes garante que o usuário que consegue acesso tenha suas necessidades atendidas da forma mais ágil e humanizada. Jorge (2002), ao analisar a trajetória de dois usuários no hospital, observou, entre outros aspectos, que a fragilidade das redes de contratualidades entre os serviços (CECÍLIO, 1999), a lógica burocrática que permeia as relações entre estes, a fragmentação da coordenação do cuidado e a fraca vinculação e responsabilidade diluída em relação ao usuário, podem comprometer a resolubilidade dos serviços, compreendendo-a não só como a disponibilidade das tecnologias, mas também como a forma de utilização delas.

No entanto, a oportunidade de se ter assistência resolutiva e integral amplia a adesão dos que conseguem acesso e aumenta a procura individual e institucional pelo hospital universitário, respeitando ou não os fluxos regulatórios. Por mais avanços que já se tenha conseguido na pactuação entre municípios e no estabelecimento de referências no sistema de urgência e emergência, as portas do hospital universitário são cenários de concentração de ambulâncias e outros veículos que trazem usuários do interior em busca não só da assistência de alta complexidade e alto grau de especialização, mas também de serviços que deveriam ser oferecidos em seus municípios de origem.

### 5.3 - A INTEGRAÇÃO HOSPITAL DAS CLÍNICAS/UFMG AO SUS BH – DA ABERTURA DO PRONTO ATENDIMENTO AO CONVÊNIO DE GESTÃO

#### 5.3.1 AS INTENÇÕES REGISTRADAS NOS PLANOS DIRETORES

Ao analisar os conteúdos dos planos diretores do hospital no período em estudo, pudemos identificar aqueles que se relacionavam com a integração do hospital ao SUS, de acordo com o Quadro I.

QUADRO I – Conteúdos dos planos diretores do HC/UFMG relacionados à integração ao Sistema Único de Saúde

| Plano Diretor/<br>Período de<br>Gestão | Conteúdo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1996 a 1998                            | O hospital deve consolidar a relação com o SUS, através de convênio específico, de acordo com a minuta padrão aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, e dentro do previsto na lei 8080 de 1990 – preservação de sua autonomia administrativa, patrimonial, de recursos humanos e financeiros, de ensino, pesquisa e extensão, em acordo com as decisões de seus órgãos superiores. A integração implicaria em compromissos sociais de parceria. |
| 1998 a 2000                            | Ampliar o número de leitos para o SUS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                                        | Migrar gradativamente da marcação de consulta via Central de Marcação de Consultas da Secretaria Municipal de Saúde.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                        | Credenciar o hospital na Rede Estadual de Referência para o Atendimento da Urgência e Emergência, Neurocirurgia de Alta Complexidade e reclassificar os leitos de CTI para tipo III.                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                        | Assinar o convênio global com a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, ampliando a oferta de procedimentos ambulatoriais, incluindo a alta complexidade, e internações hospitalares, com ampliação também de setores de ponta, como a oftalmologia e transplantes.                                                                                                                                                                      |
| 2000 a 2002                            | Ampliar o número de leitos para o SUS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                                        | Ampliar o percentual de consultas marcadas via Central de Marcação de Consulta da Secretaria Municipal de Saúde de 35 para 70%.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                        | Credenciamento do hospital para a realização de cirurgia bariátrica, cirurgia de epilepsia, transplante de pulmão e atenção domiciliar.                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                        | Mantém a intenção de assinar o convênio global com a Secretaria Municipal de Saúde. Avaliou-se que as mudanças ocorridas na gestão municipal, a mudança da lógica de pagamento do FIDEPS e na tabela SUS levaram a retrocessos na discussão do convênio global.                                                                                                                                                                                   |

| Plano Diretor/<br>Período de<br>Gestão | Conteúdo                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2003 a 2004                            | Assinar e implementar o Contrato de Gestão com o município de Belo Horizonte.                                                                                                        |
|                                        | Estabelecer espaços de discussão na comunidade hospitalar para divulgar o contrato de Gestão com o SUS.                                                                              |
|                                        | Estabelecer fórum HC-SUS permanente de planejamento e avaliação do Contrato de Gestão.                                                                                               |
|                                        | Com relação à Central de Marcação de Consultas                                                                                                                                       |
|                                        | ✓ Definir cota de consultas para SUS (60%) e HC (40%)                                                                                                                                |
|                                        | ✓ HC como referência para estabelecimento de protocolos assistências para melhor utilização das consultas especializadas                                                             |
|                                        | ✓ Definições para reduzir o absenteísmo e utilizar as consultas vagas com pacientes do HC                                                                                            |
|                                        | ✓ Garantir continuidade do atendimento do paciente do HC no próprio HC                                                                                                               |
|                                        | Com relação à Central de Internação:                                                                                                                                                 |
|                                        | ✓ Avaliar o percentual de pacientes internados no HC provenientes da Central de Internação e percentual de pacientes transferidos para outros hospitais via CI.                      |
|                                        | Priorizar o HC como parceiro estratégico na alta complexidade.                                                                                                                       |
|                                        | Contemplar metas relativas ao ensino no Contrato de Gestão.                                                                                                                          |
|                                        | Participar da distribuição dos medicamentos de alto custo ou especiais fornecidos pela SES através da Farmácia ambulatorial do HC cumprindo exigências e protocolos já normatizados. |
|                                        | Solicitar relatório detalhado sobre as glosas.                                                                                                                                       |
|                                        | Aprimorar o modelo institucional de assistência à saúde e a inserção do HC no sistema único de saúde.                                                                                |
|                                        | Definir a missão assistencial do HC com relação à população de referência e inserção no SUS, considerando a estrutura existente e as adequações necessárias.                         |

Fonte: Assessoria de Planejamento – HCU/FMG

Observa-se que, mesmo existindo a explicitação da intenção de integração ao SUS no plano diretor de 1996 a 1998, esta se dá de forma genérica, sem a definição clara de metas a serem cumpridas, o que já não ocorre nos planos seguintes. A crescente tendência de integração ao SUS manifestada nos planos avaliados reflete as políticas de relação do sistema de saúde com os HUE no período.

### **5.3.2 AS PARCERIAS E MOVIMENTOS DE INTEGRAÇÃO REALIZADOS**

#### **Abertura do Pronto Atendimento**

De acordo com Magalhães Júnior (1998), os motivos que levaram à celebração de convênio entre a Prefeitura Municipal de Belo Horizonte/Secretaria Municipal de Saúde e a Universidade Federal de Minas Gerais/Hospital das Clínicas, em 1996, para abertura do pronto atendimento foram: a grave crise financeira e de gestão pela qual passava o hospital, a necessidade de uma Unidade de Pronto Atendimento mais completa na região Centro-Sul e a necessidade de serviço substitutivo para viabilizar as obras de reforma do Hospital Odilon Behrens (HMOB).

O convênio foi assinado em abril de 1996 e tinha o propósito explicitado em seu plano de trabalho de:

(...) estabelecer as bases de uma relação inovadora de compromisso e cooperação entre a universidade e serviços no sentido de viabilizar, respeitadas a autonomia e características do seu papel de formação profissional, a ampliação dos serviços de saúde ofertados à população, não só durante as obras do HMOB, mas no sentido universal da consolidação do direito dos cidadãos de atenção à saúde (PBH/SMSA/UFMG/HC, 1996, p.5).

E como objetivos específicos foram colocados:

(...) ampliar o hospital como referência privilegiada do SUS/BH para a assistência, ensino e pesquisa de interesse público; ampliar a oferta de serviços de urgência e emergência no município de Belo Horizonte; ampliar a oferta de leitos para a assistência em regime de internação e de propedêutica de alta complexidade em Belo Horizonte e consolidar o SUS em Belo Horizonte dentro de seus pressupostos de universalidade, equidade e descentralização (PBH/SMSA/UFMG/HC, 1996, p.5).

As obrigações da Secretaria Municipal de Saúde e HMOB seriam fazer o repasse financeiro para investimentos no valor de R\$ 3.000.000,00 e 24 parcelas mensais de R\$300.000,00 cada para custeio, além da cessão de parte da equipe necessária ao desenvolvimento das atividades durante a reforma do HMOB.

As obrigações do Hospital das Clínicas seriam realizar o atendimento de urgência e emergência, ativar 150 leitos de retaguarda, e realizar os exames complementares e atividades de apoio, mantendo o funcionamento da unidade após o término das obras do HMOB.

Os atendimentos de urgência foram e continuam sendo realizados. Dos 150 leitos previstos, foram abertos 82 até o final de 1996. Na documentação da prestação de contas não há menção de abertura dos novos leitos previstos no convênio. Foram realizadas obras de adequação no serviço de nutrição e dietética, construção de nova farmácia hospitalar e reforma na pediatria e no anexo Bias Fortes, estas duas últimas não previstas no plano original. Em 1997, conforme já relatado, o hospital atravessou grave crise financeira. A direção do hospital justificou, na ocasião, a não ativação dos leitos previstos e a demissão de mais de 500 funcionários contratados pela fundação de apoio da universidade.

#### **Abertura de Leitos de Pediatria e Cuidado Intensivo Neonatal**

Em 1999, em decorrência de mortes de recém-nascidos ocorridas no município atribuídas à insuficiência de leitos de UTI neonatal, a gestão municipal propôs a abertura de novos leitos no hospital. Foram abertos 09 leitos, utilizando-se recursos provenientes de uma 25ª parcela, inicialmente não prevista, do convênio de abertura do Pronto Atendimento. A abertura destes leitos e mais dezenas de outros em outras maternidades equilibraram a relação demanda e oferta de leitos de UTI neonatal no município.

Também, no mesmo ano, o aumento da demanda de leitos qualificados para o atendimento de crianças com doenças respiratórias agudas gerou a abertura de uma ala de 30 leitos pediátricos para crianças com casos agudos.

A ocupação dos leitos é feita por demandas da Central de internações e do próprio Pronto Atendimento do hospital.

#### **Criação do Programa Conjunto de Diagnóstico e Tratamento de Casais Inférteis**

No ano de 1999, o convênio assinado entre as partes viabilizou a destinação de recursos financeiros pela Prefeitura de Belo Horizonte ao Hospital das Clínicas para a compra de um equipamento micro-manipulador de gametas. O convênio, em vigência, prevê também a cessão de recursos humanos para atividades ambulatoriais em serviço especializado da Secretaria Municipal de Saúde, e em nível hospitalar, no Hospital das Clínicas, para o

diagnóstico e tratamento da infertilidade. Trata-se do único serviço público da área, com oferta de propedêutica e terapêutica em todos os níveis de atenção.

### **Celebração do Convênio de Metas do FIDEPS**

Conforme previsto nas Portarias GM/MS 1127 de agosto de 1999 e GM/MS 1480 de dezembro de 1999, foi celebrado o contrato de metas do FIDEPS em junho de 2000. O convênio tinha por objeto a humanização do atendimento, a melhoria da qualidade dos serviços prestados e do ensino, o envolvimento do hospital na rede de referência e outros fatores que tornassem o hospital um efetivo instrumento assistencial do SUS/BH.

O plano operativo foi acompanhado das planilhas com metas de produção ambulatorial e de internações. O foco central do convênio era a ampliação e regulação das consultas através da Central de Marcação e a regulação dos leitos através da Central de internações. Além disso, o hospital se comprometia a assinar convênio global com o município no prazo máximo de seis meses após a celebração do convênio de metas do FIDEPS.

O relatório de avaliação do convênio, realizado em abril de 2001, constata que não foram cumpridas as metas propostas em relação à disponibilização de 70% das consultas para marcação via Central de Marcação de Consultas do município (atingiu 59%). Também não houve o quantitativo esperado de internações via Central de Internação do município e não foi assinado convênio entre as partes no período esperado.

Foi mantida a lógica do pagamento por produção e a possibilidade de incremento nos valores do FIDEPS, mesmo observando-se incremento da produção, foi inviabilizada pela indisponibilidade de recursos pelo Fundo Municipal de Saúde.

### **Criação do Ambulatório de Regulação dos Procedimentos de Alta Complexidade em Cardiologia**

Conforme já proposto pela ABRAHUE em 2002, os hospitais universitários e de ensino devem estabelecer padrões de uso de tecnologias em saúde, evitando o uso indiscriminado de intervenções e o desperdício (ABRAHUE, 2002). Também o termo de referência para a contratualização dos hospitais de ensino, que consta na Portaria Interministerial MEC/MS N° 1006 de maio de 2004, prevê que estes devem elaborar, em conjunto com os gestores, protocolos clínicos, técnico-assistenciais, e operacionais para integrar as ações de saúde da rede SUS. Com o objetivo de constituir um sistema de regulação mais qualificado para os

procedimentos de alta complexidade em cardiologia, foi criado, em 2003, o ambulatório específico para este fim no Hospital das Clínicas. O ambulatório funciona com profissionais da Secretaria Municipal de Saúde e profissionais do hospital. As solicitações de procedimentos eletivos de Belo Horizonte e interior são protocoladas na coordenação de regulação da alta complexidade do município e as consultas para a avaliação dos usuários e exames complementares já realizados são agendadas para este ambulatório.

No período de 2003 a junho de 2005, foram realizados 11.192 procedimentos de cirurgia cardiovascular em Belo Horizonte. Cerca de 75% das solicitações que deram entrada na coordenação da alta complexidade foram avaliadas neste ambulatório de regulação.

### **Projeto de TELESAÚDE**

Trata-se de sistema de segunda opinião médica através das discussões de casos entre os especialistas do Hospital das Clínicas e outras instituições da UFMG e profissionais da rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, além de atividades de educação continuada para os mesmos profissionais. Os objetivos do projeto são oferecer atividades de educação permanente para os profissionais da rede básica, em serviço, e aumentar a capacidade de resolução da rede básica, considerando que a atenção especializada é um dos principais estrangulamentos do sistema de saúde.

O projeto foi implantado em 2003 com financiamento da Comunidade Européia, através da linha @lis de financiamento, e do Ministério da Saúde. O desenvolvimento se dá através de parceria entre o Laboratório de Computação Científica da UFMG, Prodabel, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Escola de Enfermagem e Faculdade de Odontologia.

Consiste na utilização de recurso off line por meio de mensagens eletrônicas para os casos mais simples e recurso on line com transmissão de voz e imagem, incluindo o prontuário eletrônico e exames complementares para casos mais complexos. Outros profissionais não envolvidos diretamente na condução do caso podem participar das discussões por meio de chat.

De acordo com Santos *et al* (2004), existem atualmente 25 unidades básicas no projeto, com perspectiva de ampliação para todas as 139 unidades com o projeto de informatização da rede de saúde de Belo Horizonte. Santos *et al* (2004) relatam, ainda, que, no período avaliado, foram realizadas 140 atividades de teles saúde, sendo 101 teleconsultorias, 08 capacitações em

medicina, 13 em enfermagem, 05 em odontologia e 13 videoconferências nacionais e internacionais, envolvendo 1.500 profissionais da rede básica. O principal resultado positivo é que 75% dos possíveis encaminhamentos para a atenção especializada tiveram resolução com o uso desta tecnologia, cumprindo um dos principais objetivos do projeto.

### **Abertura de Leitos de Clínica Médica**

Em 2004, com o agravamento da demanda reprimida de leitos clínicos para retaguarda de urgência e emergência, por solicitação da Secretaria Municipal de Saúde o hospital ativou 28 leitos em área desocupada com a conclusão da reforma do serviço de Gastroenterologia, Nutrição e Cirurgia do Aparelho Digestivo, para atender a urgência e emergência e também à retaguarda do pronto Atendimento. Não havendo sido feita a contratualização entre as partes, de acordo com a política que estava sendo desenhada pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação e para não agravar a situação financeira do hospital, a Secretaria Municipal de Saúde fez a contratação e cessão ao hospital de profissionais de enfermagem para atender a estes leitos.

### **Celebração do Convênio de Gestão**

Inicialmente cabe discutir o termo utilizado para o instrumento formal do acordo celebrado. Ferreira (1986, p. 468) define contrato como o “acordo entre duas ou mais pessoas que transferem entre si algum direito ou se sujeitam a alguma obrigação” e convênio como “contrato entre dois ou mais órgãos públicos”.

As nomenclaturas convênio global, contrato de gestão e convênio de gestão foram utilizadas para expressar a intenção de celebração de acordo que contemplasse as obrigações bilaterais, com possível pagamento por valores globais e existência de monitoramento e avaliação permanentes.

As discussões de 1996 e 1997 não tiveram sucesso devido às diferenças de expectativas entre a direção do hospital e gestor municipal.

Em 1998, a direção do hospital, com a intenção clara de maior integração ao SUS, provocou a retomada da discussão do convênio. No entanto, até o ano de 2003, apesar de acúmulos alcançados, o instrumento celebrado para formalizar a relação foi o convênio de metas do FIDEPS.

No ano de 2004 consolidou-se o Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários, de cuja formulação o Hospital das Clínicas teve ativa participação por meio da ABRAHUE.

O Ministério da Saúde, por meio de sua coordenação de Atenção Hospitalar, concentrou esforços na política de contratualização dos hospitais universitários e de ensino e dos grandes hospitais filantrópicos do país.

No mesmo período, a Secretaria Municipal de Saúde estava em processo de celebração de contratos e convênios com a rede de serviços por meio do 2º Edital de Chamamento Público publicado para tal fim.

Após exaustiva discussão das bases do convênio, tanto no interior do hospital no âmbito dos diversos serviços e em suas instâncias deliberativas quanto entre o gestor e o hospital, e com dificuldades jurídicas encontradas pelas respectivas procuradorias, em dezembro de 2004 foi concluída a negociação, tendo a assinatura formal ocorrido em janeiro de 2005.

Com a publicação da Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.704 de 17 de agosto de 2004, o Hospital das Clínicas foi certificado como Hospital de Ensino de acordo com as exigências da Portaria Interministerial N º 1000 de 15 de abril de 2004.

O convênio tem a lógica dos contratos de gestão. Diaz *et al* (2003) citando André (1994), Silva (1995), Lima (1996) e Barbosa (2000) conceitua e faz outras considerações sobre os contratos de gestão:

- substituem controles “a priori” por resultados “a posteriori” (André, 1994);
- trabalham com metas intermediárias (eficiência) e de resultados (eficácia e efetividade) (Silva, 1995);
- são instrumentos da Administração por Objetivos (APO) – o foco do contrato deixa de ser o “como” e passa a ser o “porque” e “para que” (Lima, 1996);
- são veículos de implantação de gestão pública por objetivos, mediante a racionalidade de controles burocráticos e sistemas eficientes de planejamento, controle e avaliação de desempenho (Barbosa, 2000).

Os princípios gerais do convênio seguiram o previsto no termo de referência da Portaria Interministerial N º 1006 de maio de 2004: as portas de entrada seriam as unidades básicas de saúde; os fluxos seriam via centrais de regulação e haveria a observância dos protocolos e a

participação do hospital nas políticas prioritárias do MS. Quanto à destinação de 100% dos leitos ao SUS nos próximos 04 anos, esta foi condicionada à existência de mecanismo de substituição dos recursos financeiros gerados pela prestação de serviços a usuários da saúde suplementar e particulares.

Os compromissos específicos feitos pelo hospital, além das ações assistenciais já em curso, foram:

- constituir-se como referência para o Programa de Saúde da Família;
- manter a maternidade de referência para gestante de alto risco;
- manter a participação na rede de referência para urgência e emergência através do serviço de Pronto Atendimento;
- manter sua participação no Centro de Triagem Neonatal;
- manter sua participação no programa Hospital Sentinela da ANVISA, em Tecno/Hemo/Farmacovigilância;
- manter a co-gestão do CTR/DIP com o município;
- manter o Programa de Atenção Domiciliar;
- manter e intensificar as atividades do Telessaúde;
- manter-se como braço regulador do SUS/BH por meio do ambulatório de regulação da cirurgia cardiovascular e outras possíveis frentes;
- manter-se como centro de concessão de próteses auditivas;
- manter-se e intensificar as atividades como centro de captação de órgãos e de transplantes;
- participar do PROMED, de ações de educação continuada e elaboração de protocolos.

Foram estabelecidos indicadores e metas quantitativos e qualitativos, sendo o principal a destinação de 80 % das consulta especializadas de primeira vez para a marcação via Central de Marcação de Consultas do município, ficando cerca de 20% para as interconsultas. O número absoluto de consultas de primeira vez para a Central seria de 5.606 por mês. No entanto, ainda persistiu grande número de consultas para retorno, sendo cerca de 70% do total das consultas ofertadas pelo hospital.

Os indicadores qualitativos estabelecidos receberam pontuação que seria a base de cálculo dos recursos financeiros a serem repassados, no componente variável do incentivo da remuneração do convênio, de acordo com a tabela 6.

TABELA 6 – Itens de avaliação do índice de valorização da qualidade e sua pontuação

| Item de avaliação                                                 | Número de pontos |
|-------------------------------------------------------------------|------------------|
| Existência de comissões                                           | 40               |
| Consultas especializadas na central                               | 350              |
| Satisfação do usuário                                             | 150              |
| Integração à urgência e emergência (acolhimento gestantes e SAMU) | 70               |
| Projeto de humanização                                            | 100              |
| % de ocupação e média de permanência                              | 80               |
| Modernização administrativa, controle social e gestão             | 100              |
| Controle de fluxo de pacientes do interior                        | 30               |
| Participação em projetos prioritários do MS                       | 80               |
| <b>Total</b>                                                      | <b>1.000</b>     |

Fonte: Gerência de Regulação – SMSA/BH.

Observa-se que foi colocada pontuação maior na inserção das consultas especializadas na Central de Marcação de Consultas, seguida pelo projeto de humanização e aspectos relacionados à modernização administrativa, controle social e gestão.

O financiamento do convênio teve sua composição, de acordo com a tabela 7.

TABELA 7 - Composição e valores financeiros do convênio SMSA/BH – HC/UFMG 2004

| Item                                                | Valor anterior ao convênio ou estabelecido pelo MS (R\$) | Valor do Convênio (R\$) | Incremento e fonte (R\$) |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------|
| FAEC - extra teto - pagamento por produção*         | -                                                        | -                       | -                        |
| Alta complexidade - pagamento po produção           | 1.826.104,69                                             | 1.826.104,69            | -                        |
| Média complexidade - valor fixo SMSA                | 1.150.000,00                                             | 1.296.098,92            | 146.098,92               |
| Incentivo à contratualização - MS                   | -                                                        | 268.337,11              | 268.337,11               |
| FIDEPS - SMSA                                       | 385.330,00                                               | 585.330,00              | 200.000,00               |
| PRÓ-HOSP (SES)                                      | 140.000,00                                               | 140.000,00              | -                        |
| Programa Interministerial de Reforço ao HU (MEC/MS) | 145.192,83                                               | 145.192,83              | -                        |
| <b>Total</b>                                        | <b>3.646.627,52</b>                                      | <b>4.261.063,55</b>     | <b>614.436,03</b>        |

\* Valores não especificados – recursos não compõem o teto financeiro de Belo Horizonte.

Fonte: Gerência de Regulação SMSA/BH.

#### **5.4 - OS MOVIMENTOS DE PARCERIA E SEUS RESULTADOS**

A criação do Pronto Atendimento, ocorrida em 1996, foi o marco da abertura do hospital para o sistema municipal de saúde e de sua reestruturação interna.

A dinâmica do serviço de urgência se refletiu em todo o complexo hospitalar ao exigir mudanças na forma de ocupação dos leitos hospitalares: aumentou a taxa de ocupação, reduziu as médias de permanência e iniciou a ruptura com a lógica da propriedade dos leitos pelas diversas especialidades e docentes. Os serviços de apoio tiveram que ganhar maior agilidade e produtividade. O ambulatório passou a ser referência de egressos do Pronto Atendimento que necessitavam da continuidade do cuidado. Magalhães Júnior (1998) considerou a experiência pioneira e positiva, atribuindo o não alcance total das metas traçadas no convênio ao descompasso entre o ritmo de gestão da estrutura e a forma de organização gerencial do HUE e a resposta à demanda da porta de entrada e retaguarda de urgência. A situação atual do serviço é de constante superlotação, com usuários portadores de doenças complexas, para os quais a Central de Internação não consegue dar vazão, encaminhando a outros hospitais. As condições de área física e número excessivo de usuários tornam o ambiente inadequado para usuários e trabalhadores.

Não é incomum a interrupção do atendimento de novos casos devido à superlotação. Esta realidade gerou a elaboração de projeto e captação de recursos pela gestão municipal para a construção de Unidade de Pronto Atendimento na região hospitalar, que deverá se efetivar em 2006.

A ampliação de leitos no Hospital das Clínicas significa a redução da demanda reprimida de leitos qualificados, sendo estratégica para a gestão municipal.

A falta de política e baixos investimentos na média complexidade quase que inviabilizam a integralidade da atenção. Do ponto de vista assistencial, os principais estrangulamentos do sistema municipal de saúde estão na oferta insuficiente de procedimentos da média complexidade, especialmente consultas e exames especializados e na oferta insuficiente de leitos qualificados para a retaguarda da urgência e emergência, marcadamente em cuidado intensivos para adultos e clínica médica. A insuficiência é agravada pelo grande número de usuários do interior que busca este tipo de assistência na capital. Independentemente de haver pactuação de recursos financeiros entre municípios, é muito elevado o percentual da

referência. Cerca de 40% das internações realizadas na capital são de usuários procedentes de outros municípios. Faz-se necessária a intensificação de esforços para a ampliação de oferta em procedimentos de média complexidade no interior, reservando para a capital apenas a referência dos casos mais complexos que exijam tecnologias de equipamento e conhecimento cujas características não justifiquem a pulverização.

A maternidade do HC/UFG, além de aumentar significativamente sua produção, tem participação sistemática na Comissão Perinatal do município. Implantou o acolhimento das gestantes, não deixando a definição de quem entra ou não no serviço a cargo de funcionários da portaria. As gestantes são acolhidas, examinadas e internadas ou encaminhadas para outras maternidades via Central de Internação.

Além de atender à necessidade do sistema de saúde, a criação dos leitos de pediatria com novo perfil significou a possibilidade de aprendizado para estudantes da graduação e médicos residentes, atendendo usuários com doenças agudas, ao contrário da predominância anterior de usuários com doenças crônicas.

No seminário de avaliação das atividades do ambulatório de regulação das cirurgias cardiovasculares, realizado em 2005, foram apontados como pontos positivos: maior qualidade na avaliação dos laudos que passam a incluir história, exame clínico e análise do CAT; maior aceitação por parte da rede própria e dos prestadores sobre as vantagens do novo método; maior qualidade dos laudos de AIH procedentes de BH e outros municípios e constatou-se que a análise da maneira anterior era imprecisa e mais sujeita a erros.

A montagem do ambulatório enfrentou, inicialmente, forte resistência dos cardiologistas e cirurgiões cardiovasculares vinculados à rede prestadora de serviços de Belo Horizonte devido ao fato de um serviço ser a referência para a segunda opinião de procedimentos por eles indicados.

A celebração do convênio nos moldes do contrato de gestão (DIAZ *et al*, 2003) entre as duas instituições provocou no interior do hospital a negociação com cada serviço para pactuar os compromissos a serem feitos com a gestão municipal e as estratégias a serem utilizadas para o seu cumprimento. A etapa de negociação com os atores responsáveis pela operacionalização dos serviços é condição essencial para se fazer cumprir os compromissos feitos pela direção. Concomitantemente, estavam sendo celebrados os contratos de gestão das Unidades

Funcionais, que contemplavam também os aspectos relacionados a os compromissos do convênio com a Secretaria Municipal de Saúde. Também na gestão municipal o processo preparatório e a celebração do convênio mobilizaram as gerências assistenciais na definição do cardápio a ser negociado com o hospital. A relação das clínicas básicas com a rede municipal de saúde; a busca de mecanismos conjuntos de “desmame” dos usuários vinculados ao ambulatório de especialidades, fazendo a contra-referência para a rede básica; a definição de números e percentuais de consultas especializadas a serem disponibilizadas para a regulação municipal; a relação dos diversos serviços com a rede; a discussão da operacionalização dos projetos conjuntos; a forma de regulação das internações de urgência e eletivas; a definição e pontuação dos indicadores de qualidade e, por fim, a negociação dos valores financeiros do convênio foram etapas que contribuíram para a formação da equipe, conforme o relato do gestor em entrevista.

Buscou-se nas cláusulas contratuais e em seu processo de implementação, a integralidade da atenção aos usuários que teriam acesso ao hospital após sua abordagem na rede básica, por meio da garantia da oferta de procedimentos dos diversos níveis de complexidade e das diversas especialidades, em linhas do cuidado como das doenças cardiovasculares, renais crônicas e oncológicas, leucemias, fibrose cística, e outras.

Avalia-se que ainda são insuficientes as ações e indicadores previstos no campo do ensino e da pesquisa.

## **5.5 - O FINANCIAMENTO**

A criação da unidade de serviço em 1974, a criação da AIH em 1981, e a celebração do convênio MEC/MPAS também em 1981 extinguiram o formato de financiamento totalmente feito por orçamentação para os hospitais universitários federais. Estes passaram a ser remunerados por produção. O pagamento por produção exigia racionalidade na captação e utilização dos recursos financeiros destas unidades que se transformaram também em prestadoras de serviços para a previdência social, além de manterem sua função de formação de recursos humanos para a saúde.

A mudança na forma de financiamento exigiu que a gestão desses hospitais compatibilizasse as demandas de insumos, recursos tecnológicos e recursos humanos trazidas pela clínica, com a disponibilidade de recursos financeiros agora diretamente relacionados ao desempenho da produção. Isto aumentou a necessidade de racionalização da prática clínica com vistas à

redução de custos. Nesse cenário, o custo do ensino tornou-se fator relevante a ser considerado para as finanças do hospital. Iniciou-se assim, o desafio de compatibilizar a lógica da produção direcionada para o ensino e pesquisa com a lógica da venda de serviços assistenciais, onde o comprador possui parâmetros de produtividade. O atendimento feito por serviços sem a presença do aluno e sua necessária disponibilidade de tempo para o aprendizado em ato é mais ágil, significando maior volume para o comprador.

Carapinheiro (1998) observa que a lógica racionalizadora introduz mudanças na estrutura de decisão dos hospitais. A tendência é o de embate entre o corpo clínico e a administração hospitalar. A adesão do corpo clínico aos instrumentos racionalizadores dependerá então das relações políticas privilegiadas e das alianças que mantiverem com a administração hospitalar. No entanto, Carapinheiro (1998) coloca como possibilidade a existência de um sistema consultivo entre a clínica e a administração, aproximando os dois poderes. O grau de aliança que se estabelece entre esses define os rumos da gestão dos hospitais.

Constitui-se, então, entre o poder da administração e o poder médico, a ordem negociada de Strauss (1978), referida por Carapinheiro (1998). Neste caso, médicos e administradores escondem e legitimam formas de dominação mútuas. No entanto, o poder médico sempre se sobrepõe, pois o limite dessa relação é a geração de conflito com seus interesses.

Merhy (2002), ao discutir a Atenção Gerenciada, destaca que nesta há a forte atuação dos setores administrativos no sentido de substituir os microprocessos decisórios baseados na clínica, pela racionalidade administrativo-financeira, com vistas à redução de custos.

Merhy (2002) aponta, ainda, como vias possíveis que compatibilizem as duas racionalidades (administrativo-financeira e clínica), a incorporação da escuta do usuário e sua visão do processo, a criação da gestão colegiada com a possibilidade da discussão e decisão coletiva com a participação dos trabalhadores e a celebração de contratos de gestão entre as unidades produtoras de serviços e seus gestores, com a lógica usuário-centrada.

Os valores da tabela 7 demonstram que R\$1.284.965,00 compostos pelo FIDEPS, PRÒ-HOSP e os incrementos trazidos pelo convênio são recursos extra-produção, significando importante fator para a melhoria da relação custo/arrecadação do hospital. No entanto, os valores não atenderam completamente às expectativas da direção do hospital.

Cherchiglia (2002) considera o descompromisso financeiro do governo federal com os hospitais universitários como fator indutor da celebração de convênios com transferência de recursos entre o HC/UFMG e órgãos públicos. Considera que a celebração dos convênios é mecanismo de maior integração, hierarquização e capacidade de regulação dos diferentes níveis de governo sobre a gestão da saúde.

A insuficiência de recursos do nível federal e a falta de cumprimento da Emenda Constitucional 29 pelos níveis estaduais deixam os municípios em situação de grande dificuldade, especialmente em ambientes de grandes demandas sociais e assistenciais, como nas regiões metropolitanas. A expansão da rede e oferta de serviços não é acompanhada do aporte proporcional de recursos. Partindo-se do pressuposto de que os recursos disponíveis estão sendo bem utilizados, gestores, trabalhadores e usuários apostam na regulamentação da Emenda Constitucional 29 e seu cumprimento pelos Estados, o que deverá significar importante injeção de recursos financeiros no SUS. Uma das consequências diretas poderá ser a maior capacidade de investimento dos municípios nos hospitais âncoras de seus sistemas locais, incluindo os HUE.

Conforme relato de Chioro (2004), o grande comprometimento da receita dos hospitais universitários e de ensino com pagamento de pessoal é o principal determinante das crises financeiras. As tabelas a seguir ilustram esta realidade.

A tabela 8 demonstra que mais de 30% da receita do hospital é gasto, sistematicamente, com pessoal, confirmando o relato de Chioro (2004). Comparando esses dados com os resultados da receita e despesa (TABELA 9), verifica-se que, se o MEC se responsabilizasse integralmente pela folha de pessoal do hospital, haveria superávit, possibilitando investimentos em estrutura e na qualidade dos serviços prestados.

TABELA 8 - Comprometimento da receita com pagamento de pessoal\* Hospital das Clínicas da UFMG – 2002 a 2004

| Ano  | Receita (R\$) | Despesa com pessoal (R\$) | Percentual da Receita |
|------|---------------|---------------------------|-----------------------|
| 2002 | 49.751.587,00 | 16.476.634,00             | 33%                   |
| 2003 | 55.291.589,00 | 20.785.483,00             | 37%                   |
| 2004 | 63.461.045,00 | 20.420.568,00             | 32%                   |

\* As despesas são compostas por pessoal celetista, plantonistas pagos via co-operativa, bolsas para extensão de jornada, empresa terceirizada de limpeza (nos valores estão incluídos os metais gastos) e office boys contratados da Cruz Vermelha.

Fonte: Diretoria Administrativa – HC/UFMG.

TABELA 9 - Evolução da receita e despesa do Hospital das Clínicas da UFMG (2002 a 2004)

| Ano  | Receita (R\$) | Despesa (R\$) | Diferença (R\$) |
|------|---------------|---------------|-----------------|
| 2002 | 49.751.587,00 | 49.673.425,00 | 78.162,00       |
| 2003 | 55.291.589,00 | 58.222.879,00 | (2.931.290,00)  |
| 2004 | 63.461.045,00 | 68.329.435,00 | (4.868.390,00)  |

Fonte: Assessoria de Planejamento – HC/UFMG.

A evolução da arrecadação de recursos advindos da produção de serviços para o SUS demonstra incremento de 178%, comparando-se os valores de 1996 e de 2004 (TABELA 10). O incremento pode ser atribuído aos aumentos da tabela, ao aumento da produção, aos credenciamentos na alta complexidade e aos incrementos nos incentivos (FIDEPS).

TABELA 10 - Evolução da receita proveniente do SUS e percentuais de incremento Hospital das Clínicas da UFMG – 1996 a 2004

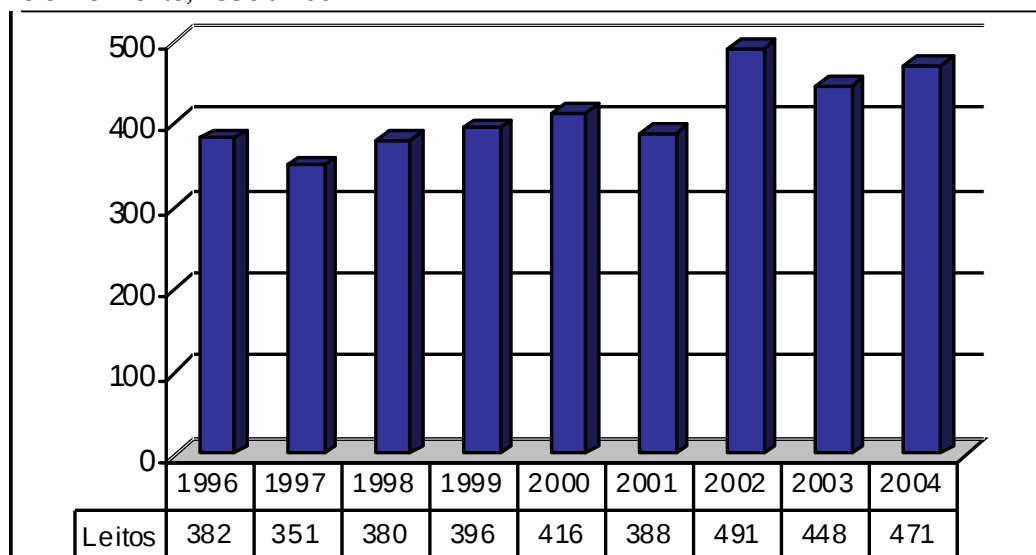
| Ano  | Receita SUS (R\$) | Incremento com base na receita 1996 |
|------|-------------------|-------------------------------------|
| 1996 | 16.349.531,00     |                                     |
| 1997 | 19.307.320,00     | 18%                                 |
| 1998 | 19.535.676,00     | 19%                                 |
| 1999 | 23.508.578,00     | 44%                                 |
| 2000 | 27.267.961,00     | 67%                                 |
| 2001 | 29.858.452,00     | 82%                                 |
| 2002 | 31.599.799,00     | 93%                                 |
| 2003 | 39.313.281,00     | 140%                                |
| 2004 | 45.506.798,00     | 178%                                |

Fonte: Diretoria Administrativa – HC/UFMG.

A discussão do financiamento dos hospitais universitários e de ensino não deve se ater apenas à reposição da força de trabalho pelo MEC. O SUS também tem a responsabilidade pela formação de recursos humanos para o setor saúde. Ensino da saúde em serviço torna maiores os custos da assistência. As iniciativas já tomadas pelos dois ministérios – MEC e Ministério da Saúde – têm contribuído para reduzir a situação de déficit destes hospitais, mas não têm sido suficientes.

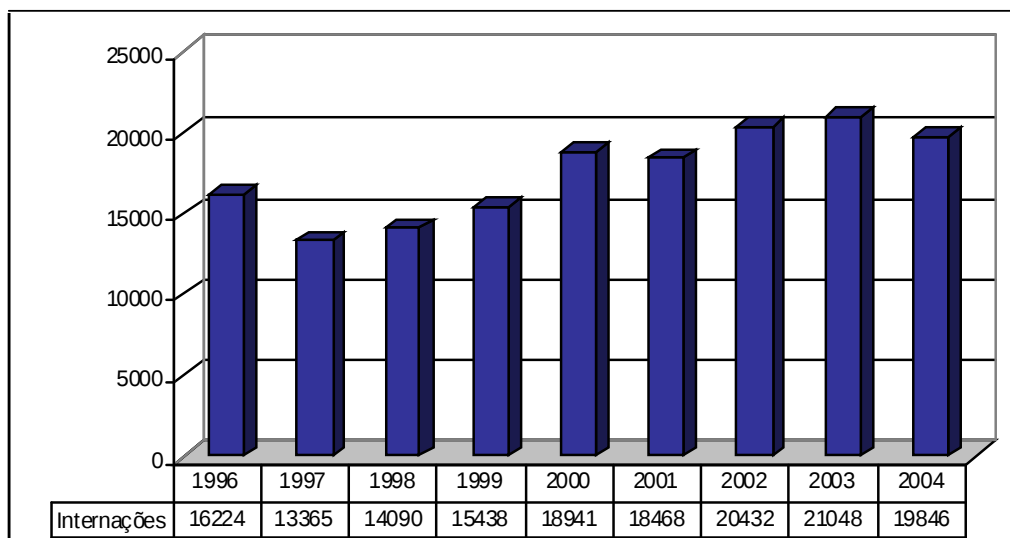
Os gráficos de 1 a 7 abaixo ilustram a evolução da capacidade operacional e a produção do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais no período de 1996 a 2004.

GRÁFICO 1 – Distribuição dos leitos do Hospital das Clínicas UFMG, segundo ano, Belo Horizonte, 1996 a 2004



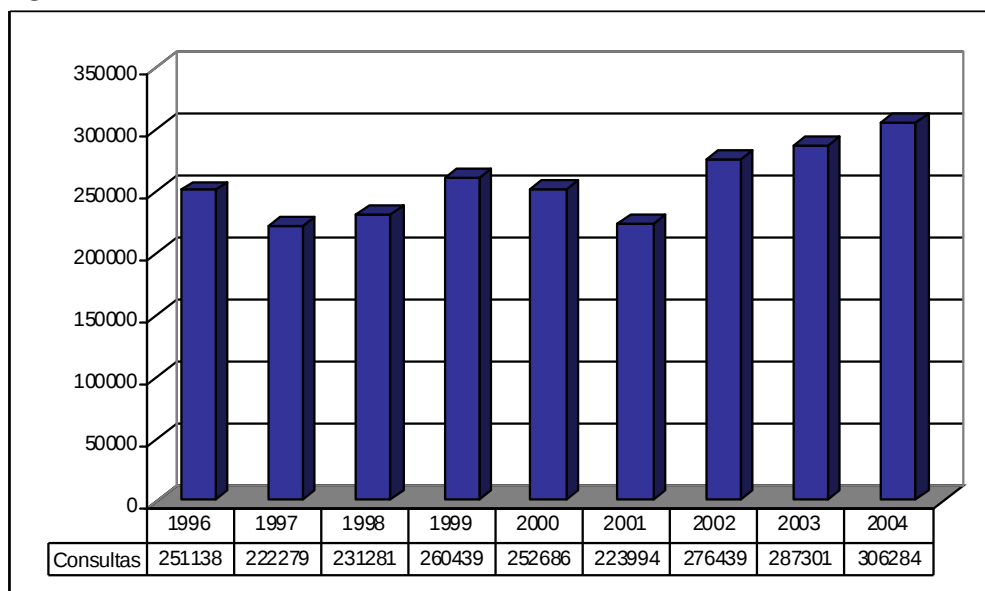
Fonte: Serviço de Arquivo Médico e Estatística/SAME – HC/UFMG.

GRÁFICO 2 – Distribuição das internações do Hospital das Clínicas – UFMG, segundo ano, Belo Horizonte, 1996 a 2004



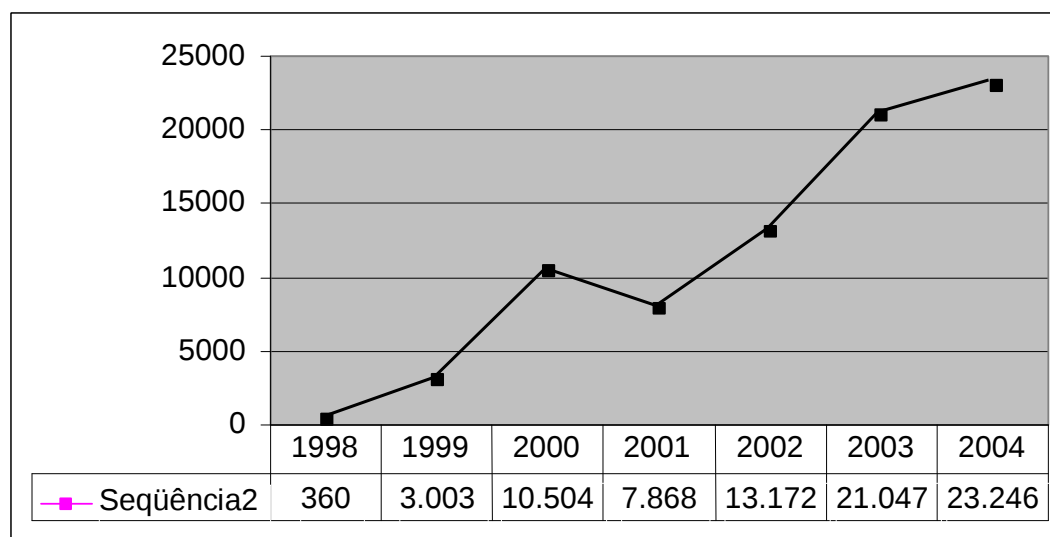
Fonte: Serviço de Arquivo Médico e Estatística/SAME – HC/UFMG.

GRÁFICO 3 – Distribuição das consultas realizadas no Hospital das Clínicas – UFMG, segundo ano, Belo Horizonte, 1996 a 2004



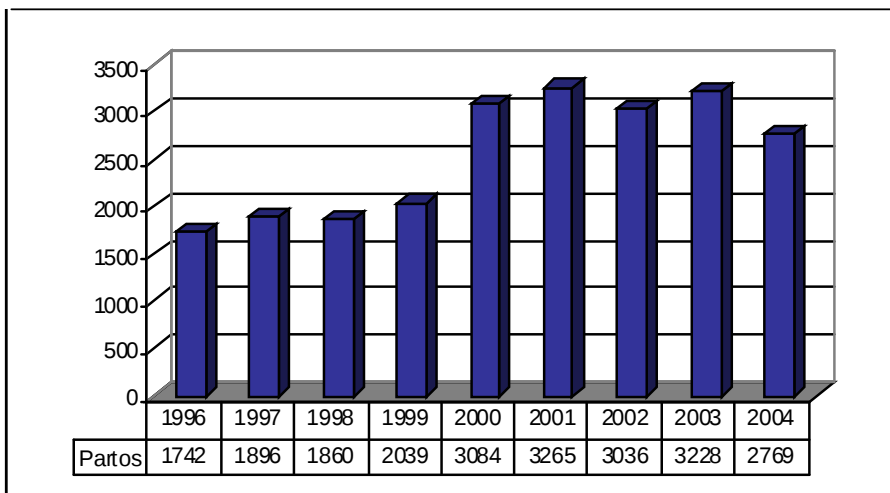
Fonte: Serviço de Arquivo Médico e Estatística/SAME – HC/UFMG

GRÁFICO 4 - Evolução do número de Consultas Especializadas disponibilizadas pelo Hospital das Clínicas da UFMG para a Central de Marcação da SMSA/PBH, no período de 1998 a 2004



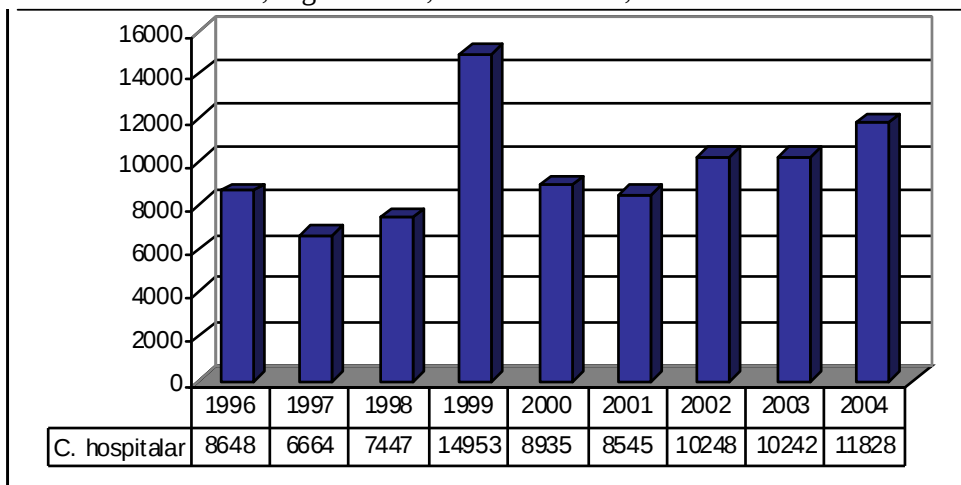
Fonte: Central de Marcação de Consultas – SMSA/PBH

GRÁFICO 5 – Distribuição dos partos, realizados pelo Hospital das Clínicas- UFMG, segundo ano, Belo Horizonte, 1996 a 2004



Fonte: Serviço de Arquivo Médico e Estatística/SAME – HC/UFMG

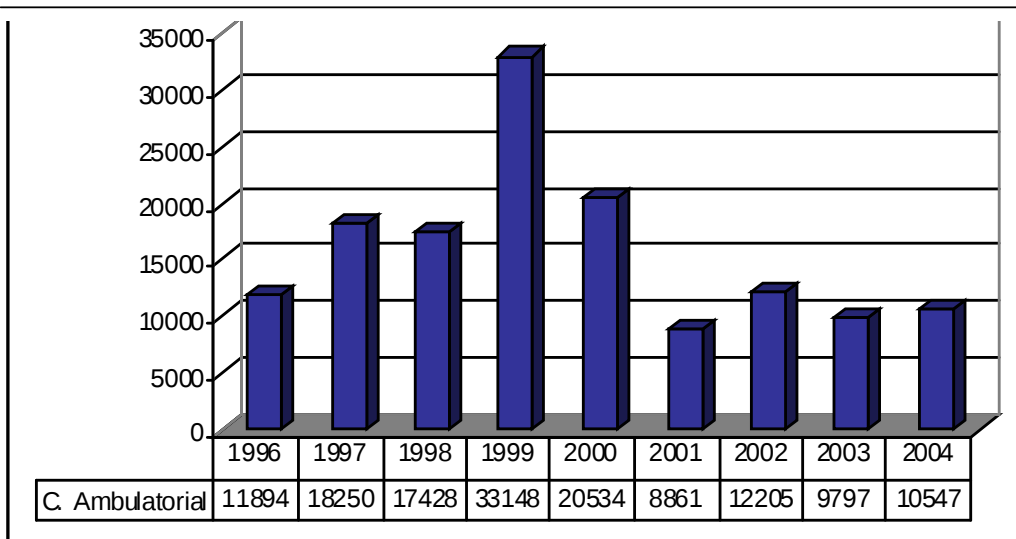
GRÁFICO 6 – Distribuição das cirurgias hospitalares, realizadas pelo Hospital das Clínicas – UFMG, segundo ano, Belo Horizonte, 1996 a 2004



OBS: O aumento do número de cirurgias hospitalares em 1999 pode ser explicado pela adesão do hospital aos mutirões criados pelo Ministério da Saúde naquele ano.

Fonte: Serviço de Arquivo Médico e Estatística/SAME – HC/UFMG

GRÁFICO 7 – Distribuição das cirurgias ambulatoriais realizadas pelo Hospital das Clínicas – UFMG, segundo ano, Belo Horizonte, 1996 a 2004



OBS: O aumento do número de cirurgias ambulatoriais, em 1999, pode ser devido à migração das cirurgias de catarata da modalidade de cobrança do SIH para o SIA, determinada pela SMSA/BH.

Fonte: Serviço de Arquivo Médico e Estatística/SAME – HC/UFMG.

## 5.6 – A VISÃO DE ATORES ENVOLVIDOS

Nas manifestações do gestor municipal, do diretor geral do hospital e da presidente do Conselho de Saúde do hospital, pode-se identificar os fatores facilitadores e dificultadores da integração do Hospital das Clínicas da UFMG no SUS, sendo vários aspectos comuns aos HUE conforme demonstrado nos quadros II, III e IV.

QUADRO II – A visão dos atores - Fatores facilitadores da integração

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>A visão do gestor municipal de saúde</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Direção do hospital identificada com os princípios do SUS e que reconhece que o hospital <u>não se constitui num sistema de saúde completo</u>                                                                                                                                                                                                                    |
| Direção do hospital que reconhece que a excelência do ensino está diretamente vinculada à excelência da assistência e que as pesquisas devem se subordinar a esta lógica.                                                                                                                                                                                         |
| Profissionalização da gestão do hospital melhorando os resultados assistenciais e gerenciais, o que eleva a credibilidade de negociação com o gestor.                                                                                                                                                                                                             |
| Postura do Ministério da Saúde de investir na contratualização com os HUE, empoderando a gestão local que passou a ser protagonista da negociação e condicionando a participação dos HUE nas políticas prioritárias do ministério.                                                                                                                                |
| Decisão política da gestão municipal de avançar no formato da contratualização e priorizar como parceiro prioritário na busca do funcionamento como rede permanente. Existência de controle social no HC e na gestão do SUS, tencionando as partes para que a relação gestor/hospital se dê com base no interesse público, independente da vontade dos dirigentes |
| Livre trânsito entre o corpo técnico e a direção do hospital e da gestão municipal, facilitando as negociações e fluxos do dia a dia por ter a lógica da ética e do interesse público permeando a relação.                                                                                                                                                        |
| <b>A visão do diretor HC/UFMG</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| A crise de financiamento do HC e a busca de parcerias para sua viabilização, com resposta positiva do gestor local.                                                                                                                                                                                                                                               |
| A localização dos recursos financeiros para os HUE no Ministério da Saúde.                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| A conjunção do momento de reestruturação gerencial interna com a busca de parcerias com o gestor.                                                                                                                                                                                                                                                                 |

## QUADRO III - A visão dos atores - Fatores dificultadores da integração

|                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A visão do gestor municipal de saúde                                                                                                                                                                                                                        |
| Morosidade nos processos internos do hospital.                                                                                                                                                                                                              |
| Baixa governabilidade da direção sobre determinados serviços, prevalecendo os interesses privados dos médicos e docentes.                                                                                                                                   |
| Predominância da lógica do ensino sobre a lógica assistencial.                                                                                                                                                                                              |
| Normas universitárias anacrônicas, não conseguindo acompanhar a dinâmica do sistema de saúde universal e pública.                                                                                                                                           |
| Padrão de oferta de serviços engessada, com a perpetuação da vinculação de usuários ao hospital, tendo como referência a qualidade técnica e do cuidado.                                                                                                    |
| Dificuldade de alguns serviços de se adaptarem aos fluxos pactuados com o gestor.                                                                                                                                                                           |
| Limites de financiamento na gestão local, impedindo a oferta e remuneração de todo o potencial existente no hospital.                                                                                                                                       |
| Incompreensão de segmentos da gestão municipal da especificidade do HC como serviço de excelência e referência estadual, tentando enquadrá-lo como prestador qualquer, fazendo prevalecer fluxos ortodoxos sobre a lógica dos usuários e suas necessidades. |
| Inexperiência da gestão municipal em tratar o HC de forma diferenciada, não estabelecendo ainda a gestão do convênio como prioridade para os mecanismos de aferição da qualidade e da produtividade da atenção e da gestão interna do hospital.             |
| A visão do diretor HC/UFG                                                                                                                                                                                                                                   |
| Romper com a visão antiga de que o papel do HUE era apenas de ensino; o simples fato de atender os usuários do SUS já significava integração, sem a preocupação com as políticas e projetos do sistema de saúde.                                            |
| A vinculação do financiamento do hospital à produção de serviços e a posição política de alguns segmentos de que a maior integração ao SUS significaria o agravamento da crise financeira do hospital.                                                      |
| A resistência à integração que existia em todos os níveis, desde o MEC até o interior dos HUE.                                                                                                                                                              |

## QUADRO IV – A visão dos atores – A visão do usuário sobre a relação do HC com a gestão municipal do SUS

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A visão do gestor municipal de saúde                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| As mudanças foram para melhor.                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| A marcação de consultas via Central de Marcação tornou o processo mais fácil – acabou com as pessoas dormindo na fila e fez uma única porta de entrada ‘...antigamente para conseguir entrar no hospital era necessário conhecer algum professor que se interessasse pelo caso para estar trazendo para pesquisa e discussão.’ |
| A gestão municipal dentro do hospital é importante devido à crise que o hospital enfrentou e a existência do contrato de gestão.                                                                                                                                                                                               |
| A resistência à integração que existia em todos os níveis, desde o MEC até o interior dos HUE.                                                                                                                                                                                                                                 |

Podemos identificar, no discurso dos entrevistados, visões comuns do processo como: a concordância do gestor com o diretor do hospital, ao considerarem que a lógica do ensino não deve prevalecer na organização da assistência nos HUE; que a localização dos recursos financeiros do Projeto de Reestruturação dos HUE no Ministério da Saúde está induzindo a

integração destes ao SUS e que a postura de diálogo e tentativa de reconhecer os limites e possibilidades bilaterais estão facilitando a relação do hospital com a gestão local do SUS.

O gestor enumera muitos fatores relacionados ao hospital como dificultadores da integração, mas localiza na direção do hospital, com sua visão diferenciada do papel e da forma de se relacionar com o sistema, os fatores facilitadores. Atribui à inexperiência e resistência de segmentos da gestão municipal a inadequação do tratamento das especificidades do hospital de ensino, no processo de contratualização. Mas também coloca como fator positivo a decisão política de finalizar o processo e aperfeiçoar os mecanismos de acompanhamento.

O diretor do hospital ressalta a conjunção da reestruturação gerencial do hospital com a contratualização com a gestão municipal como movimentos de potencialização mútua.

Ao relacionar o contrato de gestão com a crise financeira do hospital, a representante dos usuários valoriza os recursos financeiros investidos no hospital. Considera positiva a regulação do acesso pela gestão municipal e, ao citar a existência de porta de entrada única para a marcação de consultas, remete-nos à equidade do acesso ao ambulatório.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerou-se bem sucedida e inovadora a experiência aqui abordada e acredita-se que poderá ser modelo para outras integrações e parcerias, respeitando as especificidades de cada hospital universitário e de ensino e do sistema local no qual está inserido.

No entanto, lembrando nossa condição de ator-pesquisador cabe a nós fazermos perguntas lançando desafios para a atuação dos diversos atores implicados e diversos níveis de gestão, e apontarmos possíveis caminhos para o aperfeiçoamento das relações.

- Como vencer as resistências dos diversos atores à real integração ao SUS, compreendendo que a excelência afirmada pela comunidade dos hospitais universitários e de ensino que, de fato, é o seu diferencial, tem razões de ser coletivas? Seria sua missão primordial a prestação de serviços de qualidade e humanizados à população e a prática do ensino e pesquisa que ofereçam profissionais qualificados ética e tecnicamente para o sistema de saúde? Qualquer outra razão que fuja desse caráter de função social, especialmente dos hospitais públicos, exigiria ser tratada em fóruns, também coletivos, envolvendo o controle social. Neste sentido, a busca da equidade do acesso, integralidade, resolubilidade, responsabilização e vínculo com os usuários e a humanização da atenção e da gestão seriam os princípios que norteariam o cotidiano da organização;
- Conforme o pensamento do gestor municipal de Belo Horizonte, o corpo técnico da gestão municipal deve se despir das formas ortodoxas de se relacionar com o prestador, centrada nos controles e reconhecer as especificidades de referência estadual, locus de prática do ensino, e o caráter processual das mudanças no interior do Hospital das Clínicas, sem perder os objetivos de utilização de todas as possibilidades potenciais do hospital para o sistema de saúde. Nesse sentido, todas as negociações e definições de fluxos regulatórios devem ter a sensibilidade e criatividade suficientes para garantir que não levem mais dificuldades para os usuários, não significando isso descontrole e perda da função gestora em relação aos prestadores e ao sistema local de saúde;
- O investimento público em inovação tecnológica que historicamente tem sido feito nos hospitais universitários e de ensino também tem razão de ser. Como o HC/UFGM poderia fazer a incorporação de tecnologias de forma crítica no sentido de formar profissionais que tenham práticas na rede de serviços compatíveis com as reais

necessidades dos usuários, e não do mercado de medicamentos e equipamentos? Como ser o grande parceiro da gestão municipal no estabelecimento de protocolos? Como evitar o que ocorre com alguma frequência: procedimentos e medicamentos não padronizados na rede municipal de saúde são prescritos pelo corpo clínico do HC e outros hospitais parceiros, sem discussão prévia com a gestão? Expectativas são criadas nos usuários, gerando por vezes ações judiciais que ferem as prioridades já estabelecidas e a equidade do acesso.

- De acordo com a SESu (2005), a pesquisa nos HUE deve repensar seus modelos não se restringindo às necessidades do mercado, aproximando-se dos problemas sociais. Como promover uma maior aproximação das partes, na concepção e execução de projetos conjuntos de pós-graduação e outras modalidades de pesquisa? O primeiro passo poderia ser a aproximação dos Comitês de Ética das duas instituições – SMSA e UFMG, da Pró-reitoria de pesquisa e de pesquisadores;
- O financiamento dos HUE é um grande desafio. Como viabilizar, de fato, o repasse de recursos vinculado não só à produção, mas também ao cumprimento de fluxos regulatórios, a indicadores e metas quantitativos e qualitativos assistenciais, de ensino, de pesquisa, de gestão e à real inserção destes no SUS? A realização de concursos públicos pelo MEC para a reposição da força de trabalho seria suficiente para o equilíbrio financeiro do HC/UFMG, conforme já demonstrado. Como garantir que o MEC e Ministério da Saúde garantam recursos para a atualização dos valores financeiros do convênio celebrado de acordo com a evolução da produção da média e alta complexidade e com os movimentos de aperfeiçoamento da gestão administrativo-financeira e do cuidado nos HUE?
- A discussão, em curso, de nova natureza jurídica para os HUE públicos, especialmente os federais, que vem acompanhando o debate da reforma universitária, deve se dar com cautela. O debate da questão deve envolver todos os atores, gestores, trabalhadores, usuários, comunidade acadêmica, estudantes. A flexibilização das relações de trabalho é o mote das discussões. Esta permite que sejam desenvolvidas políticas de incentivo financeiro ao desempenho e maior governabilidade na gestão de pessoal. No entanto, sem a devida profissionalização da gestão dos hospitais, sem reflexões e mudanças na cultura organizacional e na atual estrutura de poder da academia, especialmente tornando-a permeável ao controle social, não há garantia da inversão da lógica da relação com o sistema de saúde ainda centrada na autorregulação.

- Talvez, o maior desafio seja a real compatibilização das necessidades do ensino com as necessidades da assistência à saúde. As mudanças no sistema de atenção à saúde, tanto no setor público, quanto no setor privado, com tendências à desospitalização, redução de tempos de permanência na internação, realização de procedimentos em nível de hospital-dia, atenção domiciliar e outras tecnologias do cuidado exigem mudanças curriculares no sentido de colocar os alunos mais próximos desta realidade. É possível ter práticas compatíveis com a nova realidade assistencial, criando serviços ou reorganizando seu processo de trabalho nessa direção? Como estabelecer parâmetros de produção que considerem a dinâmica do processo de ensino e o acompanhamento do usuário pelo aluno de forma que este tenha a visão integral do plano terapêutico traçado, mesmo não estando presente em todas as fases de sua execução? Na nossa compreensão, radicalizar nas tecnologias pedagógicas, no convencimento do corpo docente e na estruturação da rede municipal de saúde para a precoce inserção do aluno nos serviços de atenção básica pode ser um caminho. A atenção às urgências também é campo fértil de aprendizagem por meio das Unidades de Pronto Atendimento e do SAMU. Como ampliar as ações conjuntas na atenção especializada? Como potencializar ainda mais o projeto de Telessaúde e estabelecer o contato nas dependências do hospital, de generalistas com especialistas, em ações de educação permanente? O PROMED/PROSAÚDE poderia se constituir como reposta, considerando ter fontes de financiamento?

Concluimos que respostas às indagações feitas e possibilidades aqui apontadas, aliadas à vontade política, tendo como centro o interesse público que deve permear as relações, são os caminhos possíveis para o avanço da integração do Hospital das Clínicas da UFMG no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte.

## 7. BIBLIOGRAFIA

ABRAHUE - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS E DE ENSINO. *A rede federal de hospitais universitários*. Porto Alegre, 02 jan., 1995. 15p.

ABRAHUE - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS E DE ENSINO. *Hospitais universitários e de ensino no Brasil: desafios e soluções*. Porto Alegre: ABRAHUE. Disponível em: [http://www.abrahue.org.br/pdf/hu\\_desafios\\_solucoes.pdf](http://www.abrahue.org.br/pdf/hu_desafios_solucoes.pdf). Acesso em: ago, 2002.

ABRAHUE - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS E DE ENSINO. *HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS E DE ENSINO. Hora da ação*. Brasília. 10 mar. de 2004. Disponível em: [http://www.abrahue.org.br/pdf/hu\\_hora\\_de\\_acao.pdf](http://www.abrahue.org.br/pdf/hu_hora_de_acao.pdf). Acesso em: mar., 2004.

ANTUNES, J. L. F. *Hospital: instituição e história social*. São Paulo: Letras & Letras, 1991.

BAHIA, L. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. *Ciência e Saúde Coletiva*. V.6, nº 2, p.329-339, 2001.

BELISÁRIO, Soraya Almeida. *Associativismo em saúde coletiva: um estudo da associação brasileira de pós-graduação em saúde coletiva – ABRASCO*. 2002. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.

BRASIL. *Constituição* (1988). Capítulo II. Art. 196 a 200. Texto constitucional de 05 de outubro de 1988. Brasília, 1988.

BRASIL. *Lei Orgânica da Saúde*. Lei 8.080/90, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Brasília. Presidência da República, 1990.

BRASIL. *Lei Orgânica da Assistência Social*, Lei nº 8.742, de 07 de setembro de 1993. Presidência da República. Casa civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível: em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8742.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8742.htm). Acesso em: jun. 2004

BRASIL. NOB 1993. Norma Operacional da Atenção Básica de 1993. Brasília. 1993

CALDAS JÚNIOR, A. L. *Crise nos hospitais universitários: estratégias de privatização*. Associação Profissional dos docentes da UFMG, Belo Horizonte, nº 18, p. 95 -110, dez de 1999.

CAMPOS, C. R. *A produção da Cidadania: construindo o SUS em Belo Horizonte*. In: REIS, Afonso Teixeira dos (org.) *et al. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã VM Editora, 1998. p. 11 -30.

CAMPOS, G. W. S. Educação médica, hospitais universitários e o sistema único de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 15, nº 1, p.187-193, jan-mar de 1999.

CARAPINHEIRO, G. *Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*. 3ª Ed. Edições Afrontamento, Centro de Estudos Sociais, 1998. 297p.

CARVALHO, A. P. (presidente). *Hospitais de ensino no Brasil perspectivas para 2004*. Documento aprovado após consulta aos associados e revisão pela diretoria da ABRAHUE. Porto Alegre. ABRAHUE, 10 fev., 2004. 3p.

CECÍLIO, L. C. O. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, V.4, nº. 2, p.315-329, 1999.

CECILIO, L. C. O. É possível trabalhar o conflito como matéria prima da gestão? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 508-516, 2005.

CHERCHIGLIA, M. L.. *O conceito de eficiência na Reforma do Estado Brasileiro nos anos 90: difusão e apreensão em um hospital público*. Tese - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

CHIORO, A. Boletim da ABEM set/out 2004. Arquivo eletrônico, 147

CLEMENTE, B. T. Cronologia histórica dos hospitais universitários. Salvador, 1998.

COLOSSI, N. *Estudo da função extensionista e assistencial do HU/UFSC*. Florianópolis: Insular, 1998. In: PEREIRA, Márcia dos Santos. *Mudança organizacional na saúde: desafios e alternativas de um hospital universitário*. Belo Horizonte: Coleção Estado da Arte. Série FACE-FUMEC, 2004. 166 p.

CORREA, E. J.; GUSMÃO, S. N. S. *A fundação da Escola de Medicina*. In: CORREA, Edison José (org.). *85 anos da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais*. Belo Horizonte, Faculdade de Medicina da Ufmig: COOPMED, 1997.

CUNHA, E. G. A.; SANTOS, A. F.; COELHO, F. L. G. *Os hospitais universitários e o sistema de saúde no Brasil: uma abordagem histórica* (1). Revista Divulgação para Debate em Saúde do CEBES. Rio de Janeiro, v.5, p. 63-67, 1991.

DONNANGELO, M.C.F. *Medicina e sociedade*. 1ed. São Paulo: Pioneira 1975. In: RIBEIRO, Herval Pina. *O hospital: história e crise*. São Paulo: Cortez, 1993. 135 p.

FERREIRA, A. B. H. *Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa*. 2ª Ed. Editora Nova Fronteira. 1986.

FONSECA, J. G. M. (debatedor). In: HOSPITAL DAS CLÍNICAS - HC / UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG. Relatório final da II etapa do seminário “Análise do modelo assistencial do hospital das clínicas e suas conseqüências para o ensino, pesquisa extensão e administração”. Belo Horizonte. dez., 1992. 40p. Não publicado.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

GUSMÃO, Nataniel Silva. *História da Faculdade de Medicina da UFMG*. Seção 1 Capítulo 1. In: CORREA, Edison José (org.). *85 anos da Faculdade de Medicina da Universidade*

*Federal de Minas Gerais*. Belo Horizonte. Faculdade de Medicina da Ufmg; COOPMED, 1997. p. 1-16.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS / UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – HC/UFGM. *Regulamento do Hospital das Clínicas da UFGM*. Marco Teórico do regulamento do Hospital das Clínicas da UFGM. Documento aprovado pelo Conselho departamental e pela congregação da Faculdade de Medicina da UFGM, respectivamente nas reuniões de 23-03-76 e 07-04-76. Belo Horizonte. 21p. Não publicado.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS / UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – HC/UFGM. *Relatório final da II etapa do seminário* “Análise do modelo assistencial do hospital das clínicas e suas conseqüências para o ensino, p esquisa extensão e administração”. Belo Horizonte. dez. 1992. 40p. Não publicado.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS / UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – HC/UFGM. *Linhas básicas da proposta de novo modelo assistencial para o Hospital das Clínicas*. Belo Horizonte, 1992. 24p. Não publicado.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS - HC / UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFGM. *Projeto de Gestão: Hospital das Clínicas*, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 1995. 62p. Não publicado.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS / UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – HC/UFGM. *Plano Diretor 1996-1999*. Versão 3.0. Belo Horizonte, mar. 1996. 29p. Não publicado.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS / UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – HC/UFGM. *III seminário do HC: relatório final*. Missão e Relações Intra e Inter Institucionais. Estrutura Organizacional e gerencial. Financiamento. Modelo Assistencial e pedagógico. Sistema de Recursos Humanos. Belo Horizonte. 20 a 22 de maio de 1998. 113p. Não publicado.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS / UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – HC/UFGM. *Conselho de Usuários do Hospital das Clínicas da UFGM*. Belo Horizonte, ago.1998. 15p. Não publicado.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS / UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – HC/UFGM. *Plano Diretor 1999-2000*. Belo Horizonte. fev. 1999. 20p. Não publicado.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS / UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – HC/UFGM. *Plano Diretor 2000-2002*. Belo Horizonte. jun. 2000. 23p. Não publicado.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS / UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – HC/UFGM. *Plano Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais: Gestão 2000-2002*. doc. 15/06/2000. Belo Horizonte. 2000. Não publicado.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS / UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – HC/UFGM; SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE / SMSA. *Convênio de Gestão: Plano operativo anual*. Proposta 2005. Belo Horizonte. dez. 2004

HOSPITAL DAS CLÍNICAS / UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – HC/UFGM. *Avaliação da Gestão 2002-2004*. Apresentação em power point. Não publicado.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS / UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – HC/UFGM. Diagnóstico da evolução do modelo assistencial e administrativo do Hospital das Clínicas da UFGM. Belo Horizonte, 1991

JORGE, Alzira de Oliveira. A experiência de implantação de um novo modelo de gestão no HC/UFGM - as unidades funcionais. Belo Horizonte, 2001.

JORGE, Alzira de Oliveira. *A gestão hospitalar sob a perspectiva da micropolítica do trabalho vivo*. 2002. Tese. - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.

LEMO, José Maurício Carvalho. *História do Hospital das Clínicas*. Seção V. Capítulo 25. In: CORREA, Edison José (org.). *85 anos da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais*. Belo Horizonte. Faculdade de Medicina da UFGM: COOPMED, 1997. p. 136-145.

LUCCHESI, Patrícia T. R. *Descentralização do Financiamento e Gestão da Assistência à Saúde no Brasil: A Implementação do Sistema Único de Saúde*. Planejamento e Políticas Públicas (IPEA), Brasília, v. 14, p. 75-156, 1996.

MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda. *Urgência e emergência: a participação do município*. In: REIS, Afonso Teixeira dos (org.) et al. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã VM Editora, 1998. p. 265 -286.

MÉDICI, André Cezar. Incentivos governamentais ao setor privado de saúde no Brasil. *Revista de Administração Pública – RAP*, Rio de Janeiro, v. 26, nº 2, p.79-115, 1992.

MÉDICI, André Cezar. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. Trabalho realizado no Banco interamericano de Desenvolvimento, Washington, D.C. *Revista Ass MED*, v. 47, nº 2, p.149-56, 2001.

MENDES, Eugênio Vilaça. *As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal*. In: \_\_\_\_ *As políticas de saúde no Brasil nos anos 80*. Brasília, nov. 1991. p 19-91.

MERHY, Emerson Elias. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002. 145p.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento - Pesquisa Qualitativa em Saúde* – HUCITEC/ABRASCO. 6ª Ed., 1999.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO/ GABINETE DO MINISTRO – MS/GM. *Portaria Interministerial nº 1.000*, de 15 de abril de 2004. Diário Oficial da União. Poder Executivo. Brasília. nº 73 de 16 abr. 2004.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL/MPAS – *Portaria* nº 143 de 14 de março de 1980. Diário Oficial da União. Poder Executivo. Brasília – Seção I Nº 155 – 19 de agosto de 1980.

MINISTÉRIO DA SAÚDE / GABINETE DO MINISTRO – MS/GM. *Resolução* CIPLAN 04/82. Diário Oficial da União. Poder Executivo. Brasília. nº 4939. 22 mar. 1982.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS. *Portaria* nº 1.480 de 28 de dezembro de 1999. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/GM/GM-1480.html>>. Acesso em: 3 set.2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS. *Portaria* nº 1127 de 31 de agosto de 1999. Disponível em: [http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/fideps/SAS\\_P779\\_99fideps.doc](http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/fideps/SAS_P779_99fideps.doc)>. Acessado em 3 de set. 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria Interministerial* nº 562 de 12 de maio de 2003. Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004>>. Acessado em 3 de set. 2004.

MINISTERIO DA SAÚDE - MS. *Portaria* nº 1.703 de 17 de agosto de 2004. Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1703.htm>> Acessado em 3 de set. 2004.

MINISTERIO DA SAÚDE/ MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO – MS/MEC. *Portaria Conjunta* SAS-MS/SES-MEC nº 01, de 16 de agosto de 1994. Diário Oficial da União. Poder Executivo. Brasília. 17 de agosto de 1994.

MINISTERIO DA SAÚDE/ MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO – MS/MEC. *Portaria* nº 1006 de 27 de maio de 2004. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1006.htm>>. Acesso em 3 de set. 2004.

MINISTERIO DA SAÚDE/ MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO – MS/MEC. *Portaria* nº 1704 de 17 de agosto de 2004. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1704.htm>>. Acesso em 3 de set. 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/GABINETE DO MINISTRO. *Portaria* nº 2.352, de 26 de outubro de 2004. Regulamenta a alocação dos recursos financeiros destinados ao processo de contratualização constante do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, DF, 28 out. 2004, nº 208.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/GABINETE DO MINISTRO. *Portaria* nº 2.369 de 27 de outubro de 2004. Define recurso de incentivo à contratualização de Hospitais de ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde... Diário Oficial da União Poder executivo, Brasília, DF, 29 out. 2004, nº 209. Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-2369.htm>>. Acesso em: 03 set. 2004.

NORONHA, José Carvalho de; SOARES, Laura Tavares. A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, nº 2, p.445-450, 2001.

PEREIRA, Márcia dos Santos. *Mudança organizacional na saúde: desafios e alternativas de um hospital universitário*. Belo Horizonte. Coleção Estado da Arte. Série FACE -FUMEC. 2004. 166 p.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE / PBH. Procuradoria Geral do Município. *Convênio PBH/UFMG/HC – 1996*.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE / PBH. Procuradoria Geral do Município. *Convênio do FIDEPS*. Livro 54. fls. 166-172. jun. 2000.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE / SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. *Relatório de Gestão 2004*. Belo Horizonte. 2004

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE / SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. *Plano Municipal de Saúde, 2005-2008*. Belo Horizonte. 2005

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE/PB. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal 2002-2004*. campina grande PB

REIS, Afonso Teixeira dos. *Modelos tecno-assistenciais em Belo Horizonte, de 1897 a 1964: em direção a uma compreensão sobre a produção de serviços de saúde*. 2002. 201p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública, Política e Planejamento) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2002.

REIS, Afonso Teixeira. Proposta para a reformulação da política de regulação da atenção à saúde. 2004.

RIBEIRO, H. P. *O hospital: história e crise*. São Paulo: Cortez, 1993. 135 p.

SÁ, M.F.S *A inserção de um Hospital Universitário Público no Sistema Único de Saúde – a experiência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - USP*. Publicação Interna. 194p. 2002.

SANTOS, A.F. *et al. Telessaúde na rede municipal de saúde em Belo Horizonte: uma experiência bem sucedida de interação entre médicos especialistas e profissionais de unidades básicas*. Belo Horizonte. 2004.

SANTOS, F. P. *O novo papel do município na gestão da saúde: o desenvolvimento do controle e avaliação*. In: REIS, Afonso Teixeira dos (org.) *et al. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã VM Editora, 1998. p. 31 -49.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE / SMSA/PBH. Comissão Municipal de Coordenação e Acompanhamento do FIDEPS. *Análise do convênio do FIDEPS do Hospital das Clínicas / UFMG / FIDEPS – Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa em Saúde: Período 30/06/2000 a 31/12/2000*. Belo Horizonte. dez. 2001.

SESu. Secretaria de Ensino Superior – MEC. In: I CONGRESSO BRASILEIRO DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS E DE ENSINO, 2005, Rio de Janeiro. 2005.

TOBAR, F. YALOUR, M. R. Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa . Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

VELLOSO, B.G., MATOS, S. G. *A complexa construção do SUS* – Belo Horizonte – Os desafios que ele propôs. In: REIS, Afonso Teixeira dos (org.) *et al. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã VM Editora, 1998. p.83-120.

## ANEXO I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_ aceito livremente participar como entrevistado na Pesquisa “Hospitais Universitários e Integração ao Sistema Único de Saúde – Estudo de Caso: Hospital das Clínicas da UFMG - 1996 a 2004” sob responsabilidade da Professora Eli Iola Gurgel Andrade, cujo objetivo é descrever a experiência de integração vivida pelo Hospital das Clínicas da UFMG e a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, no período de 1996 a 2004, tendo como foco o acesso pelos usuários do SUS ao ambulatório de especialidades do Hospital. Para isso, serão levantados e analisados dados e documentos da Secretaria Municipal de Saúde e do Hospital, e serão realizadas entrevistas com o gestor municipal, com o diretor geral do Hospital e com membro do Conselho de Saúde do Hospital. As entrevistas objetivam identificar os fatores facilitadores e fatores dificultadores da mencionada integração, e a visão de representação dos usuários sobre a relação da gestão municipal do SUS com o HC/UFMG. Com esta pesquisa pretende-se contribuir para o debate nacional sobre o problema, identificando na experiência descrita aspectos que possam contribuir para os movimentos de integração entre os Hospitais Universitários e o SUS. Estou ciente de que as entrevistas serão gravadas e tão logo transcritas, as fitas serão apagadas garantindo assim sua confidencialidade, minha privacidade e anonimato, não correndo riscos de que minhas opiniões e idéias possam ser utilizadas contra mim. Estou ciente, também, de que posso me recusar a participar ou me retirar, sem necessidade de qualquer consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem que isso me traga nenhuma penalização. Estou, ainda, ciente que os resultados da pesquisa serão apresentados em Seminários, em artigos científicos e Congressos, aos quais terei livre acesso. Também, estou ciente que se houver qualquer reclamação contra a pesquisadora, posso encaminhar-me ao comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, no endereço abaixo.

Após convenientemente esclarecido pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado consinto em participar do projeto de pesquisa acima.

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2005.

---

Assinatura do Entrevistado  
Comitê de Ética em Pesquisa:  
Av. Antônio Carlos 6627/Prédio Reitoria  
7º. Andar Fone: 3499- 4592

---

Assinatura da Pesquisadora  
Pesquisadora:  
Maria do Carmo  
Departamento de Medicina Preventiva e Social  
Av. Alfredo Balena 190, 9º andar, sala 9001

## **ANEXO II - ROTEIRO DAS ENTREVISTAS**

### **1 - Pergunta feita ao gestor municipal do SUS e ao gestor do hospital**

Quais os fatores facilitadores e dificultadores da integração dos hospitais universitários e, no caso do HC/UFMG, com o SUS?

### **2 – Pergunta feita à representante de usuários no Conselho de Saúde do hospital**

Como você, que tem longa trajetória junto ao HC/UFMG, vê movimentos recentes em relação à gestão do hospital, sua relação com a saúde pública - com o Sistema Único de Saúde, e o que você pode perceber de mudanças? Houve ou não reflexos para os usuários?

### AUTORIZAÇÃO

Autorizamos Maria do Carmo, mestranda em Saúde Pública pela Faculdade de Medicina da UFMG, a ter acesso e reproduzir os documentos abaixo relacionados, para fins de consulta para elaboração de sua dissertação de mestrado “ Hospitais Universitários e Integração ao Sistema Único de Saúde – O caso do Hospital das Clínicas da UFMG – 1996 a 2004”.

Trata-se de pesquisa que não envolverá investigações ou testes com seres humanos, não necessitando, portanto, de avaliação e parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da SMSA/BH.

Belo Horizonte, 24 de janeiro de 2005.

  
Celeste de Souza Rodrigues

Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa  
Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

# TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Ricardo Castanheira Pimenta Figueiredo aceito livremente participar como entrevistado na Pesquisa "Hospitais Universitários e Integração ao Sistema Único de Saúde – Estudo de Caso: Hospital das Clínicas da UFMG – 1996 a 2004" sob responsabilidade da Professora Eli lola Gurgel Andrade, cujo objetivo é descrever a experiência de integração vivida pelo Hospital das Clínicas da UFMG e a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, no período de 1996 a 2004, tendo como foco o acesso pelos usuários do SUS ao ambulatório de especialidades do Hospital. Para isso, serão levantados e analisados dados e documentos da Secretaria Municipal de Saúde e do Hospital, além de realizadas entrevistas com o gestor municipal, diretor da Faculdade de Medicina da UFMG, diretor geral do Hospital e membro do Conselho de Saúde do Hospital. As entrevistas objetivam identificar os fatores facilitadores e fatores dificultadores da mencionada integração, e a visão de representação dos usuários sobre essa mesma integração. Com esta pesquisa pretende-se contribuir para o debate nacional sobre o problema, identificando na experiência descrita aspectos que possam contribuir para os movimentos de integração entre os Hospitais Universitários e o SUS. Estou ciente de que as entrevistas serão gravadas e tão logo transcritas, as fitas serão apagadas garantindo assim sua confidencialidade, minha privacidade e anonimato, não correndo riscos de que minhas opiniões e idéias possam ser utilizadas contra mim. Estou ciente, também, de que posso me recusar a participar ou me retirar, sem necessidade de qualquer consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem que isso me traga nenhuma penalização. Estou, ainda, ciente que os resultados da pesquisa serão apresentados em Seminários, em artigos científicos e Congressos, aos quais terei livre acesso. Também, estou ciente que se houver qualquer reclamação contra a pesquisadora, posso encaminhar-me ao comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, no endereço abaixo.

Após convenientemente esclarecido pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado consinto em participar do projeto de pesquisa acima.

Belo Horizonte, 25 de setembro de 2005



Assinatura do Entrevistado  
Comitê de Ética em Pesquisa:  
Av. Antônio Carlos No. 6627/Prédio Reitoria  
7º. Andar Fone: 3499- 4592

Assinatura da Pesquisadora  
Pesquisadora:  
Maria do Carmo  
Departamento de Medicina Preventiva e Social  
Avenida Alfredo Balena 190, 9º andar, sala 9001

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, HELVECIO MIRANDA MAGALHÃES JUNIOR aceito livremente participar como entrevistado na Pesquisa "Hospitais Universitários e Integração ao Sistema Único de Saúde – Estudo de Caso: Hospital das Clínicas da UFMG - 1996 a 2004" sob responsabilidade da Professora Eli Iola Gurgel Andrade, cujo objetivo é descrever a experiência de integração vivida pelo Hospital das Clínicas da UFMG e a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, no período de 1996 a 2004, tendo como foco o acesso pelos usuários do SUS ao ambulatório de especialidades do Hospital. Para isso, serão levantados e analisados dados e documentos da Secretaria Municipal de Saúde e do Hospital, além de realizadas entrevistas com o gestor municipal, diretor da Faculdade de Medicina da UFMG, diretor geral do Hospital e membro do Conselho de Saúde do Hospital. As entrevistas objetivam identificar os fatores facilitadores e fatores dificultadores da mencionada integração, e a visão de representação dos usuários sobre essa mesma integração. Com esta pesquisa pretende-se contribuir para o debate nacional sobre o problema, identificando na experiência descrita aspectos que possam contribuir para os movimentos de integração entre os Hospitais Universitários e o SUS. Estou ciente de que as entrevistas serão gravadas e tão logo transcritas, as fitas serão apagadas garantindo assim sua confidencialidade, minha privacidade e anonimato, não correndo riscos de que minhas opiniões e idéias possam ser utilizadas contra mim. Estou ciente, também, de que posso me recusar a participar ou me retirar, sem necessidade de qualquer consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem que isso me traga nenhuma penalização. Estou, ainda, ciente que os resultados da pesquisa serão apresentados em Seminários, em artigos científicos e Congressos, aos quais terei livre acesso. Também, estou ciente que se houver qualquer reclamação contra a pesquisadora, posso encaminhar-me ao comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, no endereço abaixo.

Após convenientemente esclarecido pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado consinto em participar do projeto de pesquisa acima.

Belo Horizonte, 29 de Setembro de 2005

  
 Assinatura do Entrevistado  
 Comitê de Ética em Pesquisa:  
 Av. Antônio Carlos No. 6627/Prédio Reitoria  
 7º. Andar Fone: 3499-4592

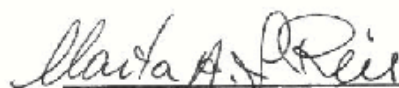
  
 Assinatura da Pesquisadora  
 Pesquisadora:  
 Maria do Carmo  
 Departamento de Medicina Preventiva e Social  
 Avenida Alfredo Balena 190, 9º andar, sala 9001

# TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, MARTA AUXILIADORA FERREIRA aceito livremente participar como entrevistado na Pesquisa "Hospitais Universitários e Integração ao Sistema Único de Saúde – Estudo de Caso: Hospital das Clínicas da UFMG - 1996 a 2004" sob responsabilidade da Professora Eli Iola Gurgel Andrade, cujo objetivo é descrever a experiência de integração vivida pelo Hospital das Clínicas da UFMG e a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, no período de 1996 a 2004, tendo como foco o acesso pelos usuários do SUS ao ambulatório de especialidades do Hospital. Para isso, serão levantados e analisados dados e documentos da Secretaria Municipal de Saúde e do Hospital, além de realizadas entrevistas com o gestor municipal, diretor da Faculdade de Medicina da UFMG, diretor geral do Hospital e membro do Conselho de Saúde do Hospital. As entrevistas objetivam identificar os fatores facilitadores e fatores dificultadores da mencionada integração, e a visão de representação dos usuários sobre essa mesma integração. Com esta pesquisa pretende-se contribuir para o debate nacional sobre o problema, identificando na experiência descrita aspectos que possam contribuir para os movimentos de integração entre os Hospitais Universitários e o SUS. Estou ciente de que as entrevistas serão gravadas e tão logo transcritas, as fitas serão apagadas garantindo assim sua confidencialidade, minha privacidade e anonimato, não correndo riscos de que minhas opiniões e idéias possam ser utilizadas contra mim. Estou ciente, também, de que posso me recusar a participar ou me retirar, sem necessidade de qualquer consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem que isso me traga nenhuma penalização. Estou, ainda, ciente que os resultados da pesquisa serão apresentados em Seminários, em artigos científicos e Congressos, aos quais terei livre acesso. Também, estou ciente que se houver qualquer reclamação contra a pesquisadora, posso encaminhar-me ao comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, no endereço abaixo.

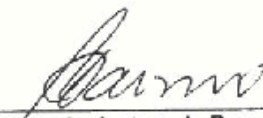
Após convenientemente esclarecido pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado consinto em participar do projeto de pesquisa acima.

Belo Horizonte, 23 de SETEMBRO de 2005



Assinatura do Entrevistado

Comitê de Ética em Pesquisa:  
Av. Antônio Carlos No. 6627/Prédio Reitoria  
7º. Andar Fone: 3499- 4592



Assinatura da Pesquisadora

Pesquisadora:  
Maria do Carmo  
Departamento de Medicina Preventiva e Social  
Avenida Alfredo Balena 190, 9º andar, sala 9001



Universidade Federal de Minas Gerais  
Departamento de Medicina Preventiva e Social  
Faculdade de Medicina  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública



## CERTIFICADO

Certifico que **Maria do Carmo** participou dos Seminários de Políticas de Saúde e Planejamento promovido pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, apresentando seu projeto de mestrado intitulado **"Hospitais Universitários e Investigação\* ao Sistema Único de Saúde - Estudo de Caso: Hospital das Clínicas da UFMG - 1996 a 2004"**, perante banca examinadora.

Belo Horizonte, 10 de dezembro de 2004

*Soraya Almeida Belisario*  
Soraya Almeida Belisario  
Coordenadora dos Seminários de  
Políticas de Saúde e Planejamento III

\* ONDE SE LÊ "INVESTIGAÇÃO" LEIA-SE "INTEGRAÇÃO"



FACULDADE DE MEDICINA  
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 7009  
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100  
Fone: (031) 248.9641 FAX: (31) 248.9640



UFMG

ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de **MARIA DO CARMO**.  
Às quatorze horas do dia quatorze de março de dois mil e seis reuniu-se na Faculdade de Medicina da UFMG a Comissão Examinadora de dissertação indicada pelo Colegiado do Programa para julgar, em exame final, o trabalho intitulado: **"HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS E INTEGRAÇÃO AO SISTEMA DE SAÚDE: ESTUDO DE CASO - HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG - 1996 A 2004"**, requisito final para a obtenção do Grau de Mestre em Saúde Pública, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Área de Concentração em Políticas de Saúde e Planejamento. Abrindo a sessão, a Presidente da Comissão, Profa. Eli Iola Gurgel Andrade, após dar a conhecer aos presentes o teor das normas regulamentares do trabalho final passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público para julgamento e expedição do resultado final. Foram atribuídas as seguintes indicações:

Profa. Eli Iola Gurgel Andrade/Orientadora  
Prof. Luiz Carlos de Oliveira Cecílio  
Prof. Joaquim Antônio César Mota

Instituição: UFMG Indicação: APR  
Instituição: USP Indicação: APR  
Instituição: UFMG Indicação: APR

Pelas indicações a candidata foi considerada APROVADA.  
O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, a Presidente encerrou a reunião e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 14 de março de 2006.

Profa. Eli Iola Gurgel Andrade/orientadora [assinatura]

Prof. Luiz Carlos de Oliveira Cecílio [assinatura]

Prof. Joaquim Antônio César Mota [assinatura]

Prof. Mark Drew Crosland Guimarães/ Coordenador [assinatura]

Obs.: Este documento não terá validade sem a assinatura e carimbo do Coordenador.

Prof. Mark Drew C.  
Coord. PG. Saú  
Fac. Medicina

HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS E INTEGRAÇÃO AO SISTEMA  
DE SAÚDE: ESTUDO DE CASO - HOSPITAL DAS  
CLÍNICAS DA UFMG  
[assinatura]  
CONFERE COM O ORIGIN  
Centro de Pós-Graduação