

# HOSPITAL UNIVERSITÁRIO E GESTÃO DO SISTEMA DE SAÚDE – UMA TRAJETÓRIA POSITIVA DE INTEGRAÇÃO\*

UNIVERSITY HOSPITAL AND HEALTH SYSTEM MANAGEMENT – A POSITIVE INTEGRATION  
TRAJECTORY

HOSPITAL UNIVERSITARIO Y GESTIÓN DEL SISTEMA DE SALUD – TRAYECTORIA POSITIVA  
DE INTEGRACIÓN

Maria do Carmo<sup>1</sup>  
Eli Lôla Gurgel Andrade<sup>2</sup>  
Joaquim Antônio César Mota<sup>3</sup>

## RESUMO

No Brasil, os Hospitais Universitários (HUs) viveram diferentes formas de inserção no sistema de saúde. A partir da década de 1980, ganharam maior relevância assistencial, com a retração da prestação de serviços pelo setor filantrópico e privado ao sistema público de saúde. Neste trabalho objetiva-se descrever e analisar a trajetória de integração do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG) ao sistema municipal de saúde de Belo Horizonte, no período de 1996 a 2004, no contexto nacional do SUS e das políticas traçadas para os HUs. Foram realizadas pesquisas bibliográfica e documental para conhecer a relação dos HUs com o sistema de saúde ao longo de sua existência e as especificidades da relação entre o HC-UFMG e o sistema municipal de saúde. Por meio de entrevistas semi-estruturadas, identificamos os fatores facilitadores e dificultadores da integração, na visão de atores envolvidos no processo. Apesar dos conflitos gerados pelo enfrentamento dos poderes e práticas instituídos no HU e do novo desafio para o município de gerir esse hospital, a experiência é considerada positiva. Houve ampliação e maior equidade de acesso aos serviços, contribuindo para a redução de estrangulamentos do sistema de saúde. Ampliaram-se as possibilidades de atividades de ensino, além de ganhos organizacionais e financeiros. Decorrida mais de uma década de sua implementação, a experiência contribui, agora, para a discussão sobre novas e urgentes mudanças nas estruturas de sustentação e organização dos HUs no conjunto dos serviços de saúde no Brasil.

**Palavras-chave:** Serviços de Integração Docente-Assistencial; Hospitais Universitários; Sistema Único de Saúde; Administração Hospitalar

## ABSTRACT

In Brazil, University Hospitals have had different forms of participation within the health system. Since the 1980's they have become more relevant with the reduction of services provided by the philanthropic and private hospitals to the public health system. This work intends to describe and analyze how the University Hospital (Hospital das Clínicas) of the Federal University of Minas Gerais (HC-UFMG) joined the health system of the city of Belo Horizonte, in the period between 1996 and 2004, within the national context of both the National Public Health System (SUS, in Brazil) and the policies introduced to the UH. Bibliographical and documental research was carried out to learn more about the relationship of the UH with the health system throughout the years, as well as the specificities of the relationship between the UH and the health system. Through semi-structured interviews, we have identified factors that can either help or hinder integration in the eyes of the actors involved in the process. Despite the conflicts created by the confronting of powers and practices instituted in the UH, besides the new municipal management challenge brought by the management of a University and Teaching Hospital, the experience has been positive. There has been an enlargement and more service user's access equity, helping to reduce the difficulties of the health system. The teaching activities have been enlarged, and there have also been financial and organizational gains. Over a decade after its implementation, it is useful in the discussion about new and urgent changes in the UH sustainability and organizational structure of the UH within the Brazilian health system.

**Key words:** Teaching Care Integration Services; Hospitals, University; Single Health System; Hospital Administration

## RESUMEN

En Brasil los hospitales universitarios (HU) se insertaron de varias formas en el sistema de salud. A partir de la década de 1980 adquirieron mayor relevancia asistencial con la retracción de la prestación de servicios del sector filantrópico y privado al sistema público de salud. En este trabajo el objeto es describir y analizar la trayectoria de integración del Hospital de Clínicas de la Universidad Federal de Minas Gerais (HC-UFMG) al sistema municipal de salud de Belo Horizonte, en el período de 1996 a 2004, dentro del contexto nacional del SUS y de las políticas trazadas para los HU. Se realizó investigación bibliográfica y documentaria para conocer la relación de los HU con el sistema de salud durante su existencia y las especificidades de la relación entre el HC-UFMG y el sistema municipal de salud. Por medio de entrevistas semiestructuradas, identificamos los factores facilitadores o dificultadores de la integración, desde el punto de vista de actores involucrados en el proceso. A pesar de los conflictos generados por el enfrentamiento de los poderes y prácticas instituídos en el H.U. y del nuevo reto para el municipio de administrar este hospital, la experiencia ha sido considerada como positiva. El acceso a los servicios aumentó y se volvió más equitativos, y, de esta forma, contribuyó a reducir estrangulamientos del sistema de salud. Aumentaron las posibilidades de actividades de enseñanza parte de los beneficios organizacionales y financieros. Después de más de diez años de su implementación, la experiencia contribuye, ahora, a la discusión sobre nuevas y urgentes cambios en las estructuras de sustentación y organización de los H.U. en el conjunto de los servicios de salud en Brasil.

**Palabras clave:** Servicios de Integración Docente Asistencial; Hospitales Universitarios; Sistema Único de Salud; Administración Hospitalaria

<sup>1</sup> Médica. Mestre em Saúde Pública. Secretária municipal adjunta de Saúde de Belo Horizonte. Minas Gerais, Brasil.

<sup>2</sup> Economista. Doutora em Demografia. Professora adjunta do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da UFMG. Minas Gerais, Brasil.

<sup>3</sup> Médico. Doutor em Pediatria. Professor Associado do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFMG. Minas Gerais, Brasil.

Endereço para correspondência: Rua Armindo Chaves nº 198, apto. 602, Barroca, Belo Horizonte-MG, Brasil – CEP 30.430.440. E-mail: maric@pbb.gov.br.

## INTRODUÇÃO

Os Hospitais Universitários (HUs) foram criados diante da necessidade de unidades assistenciais nas quais se articulassem ensino, pesquisa e a habilitação de profissionais de saúde, o que acabou conferindo características historicamente peculiares à assistência prestada por essas instituições. Até a década de 1950, as instituições filantrópicas serviram como campo de formação de profissionais de saúde.<sup>1</sup> Nos trinta anos seguintes, com a proliferação de escolas públicas de medicina, o ensino médico passou a ser desenvolvido em hospitais vinculados àquelas instituições, notadamente as da esfera federal. Com o fim do financiamento por orçamentação via MEC, na década de 1980, esforços para a manutenção dos HUs foram redirecionados para a crescente venda de serviços para o setor público e suplementar de saúde. Desde então, as crises de financiamento dos HUs são fato recorrente, sinalizando para maior dependência financeira dos HUs em relação ao Ministério da Saúde.

Por outro lado, a retração da prestação de serviços dos hospitais privados e filantrópicos para o setor público, em decorrência da coibição de fraudes e valores não atrativos da tabela de procedimentos,<sup>2</sup> levou o sistema público a se tornar cada vez mais dependente do setor estatal para viabilizar o acesso da população aos serviços de saúde.<sup>3</sup> Nesse sentido, criou-se, em contrapartida, maior dependência do Ministério da Saúde em relação à prestação de serviços pelos HUs federais.

Tais fatores, aliados à criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, à descentralização da gestão e à implementação dos mecanismos de regulação dos serviços pela gestão local, estreitaram as relações entre hospitais universitários e de ensino e os gestores do sistema. No entanto, essa necessária aproximação não tem ocorrido sem conflitos. Parafraseando Cecílio, o hospital universitário que a comunidade hospitalar e acadêmica vê não é o mesmo que o gestor do sistema de saúde vê.<sup>4</sup>

A integração do Hospital das Clínicas da UFMG ao sistema municipal de saúde de Belo Horizonte (SUS/BH) constituiu-se em estudo de caso cujo objetivo foi descrever e analisar a trajetória de aproximação e parceria realizada no período de 1996 a 2004, identificando seus fatores facilitadores e dificultadores nos aspectos da gestão do sistema de saúde e do hospital, da relação com o ensino e da assistência. O estudo de caso gerou este trabalho.

### Hospitais Universitários e o sistema de saúde no Brasil: paralelismos e convergências

No Brasil, as primeiras experiências de integração ensino-assistência se deram a partir de 1808, com a criação, por D. João VI, da Escola de Cirurgões, que posteriormente se transformou na Faculdade de Medicina da Bahia. Passados oito meses, com a transferência da família real para o Rio de Janeiro foi também criada a Escola de Cirurgões nessa cidade, hoje Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Ambas utilizavam as Santas Casas de Misericórdia como campo de ensino.<sup>5</sup>

Contudo, a convivência do poder médico-docente com as instituições religiosas foi se tornando conflitiva, de modo que, como afirma Clemente<sup>5</sup> com a intenção

de deter toda a administração dos serviços, autoridades do ensino pleitearam a criação de hospitais próprios. Em 1948, foi criado o primeiro Hospital de Clínicas federal, em Salvador-BA. Com o surgimento de diversas faculdades de medicina a partir da década de 1970, houve a expansão dos hospitais universitários, que se tornaram a base dos sistemas de formação médica e os principais centros de atendimento da alta complexidade do país.<sup>1</sup> 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 ambulatórios e enfermarias. Os privilégios dos catedráticos tinham precedência às normas de administração hospitalar.<sup>5</sup> Em seminário realizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1995, para avaliar “o estado-da-arte” dos HUs em 22 países, mostrou-se que eram centros de atenção médica de alta complexidade, que apresentavam forte envolvimento em atividades de ensino e pesquisa, alta concentração de recursos físicos, humanos e financeiros em saúde e exerciam papel político importante na comunidade na qual se encontravam inseridos, em decorrência da sua escala, dimensionamento e custos.<sup>6</sup> A ascensão e declínio do modelo médico assistencial privatista entre as décadas de 1960 e 1980, a celebração de convênios dos HUs com o Ministério da Assistência e Previdência Social, em 1982, e a criação da Autorização de Internação hospitalar (AIH), em 1983, repercutiram fortemente nesses hospitais. Desde então, grande parte do financiamento hospitalar dos HUs passou a ter como contrapartida a prestação de serviços assistenciais, sendo o pagamento conforme a produção de serviços e não mais por orçamentação global.

Corporativamente, os HUs organizam-se em uma associação, a Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE), criada em 1989, durante o XXVII Congresso da Associação Brasileira de Ensino Médico. A ABRAHUE, aliada às associações de especialidades médicas, desempenhou importante papel na sustentabilidade financeira dos HUs, com movimentos no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que acabaram resultando em repasses crescentes de recursos aos hospitais por ela representados.<sup>7</sup> A crise econômica da década de 1980 impôs forte retração de recursos destinados aos HUs (pelo MEC), que acabaram, àquela época, tornando-se unidades de custos mais elevados, transformando-se em “bodes expiatórios” da crise financeira das universidades às quais pertenciam.<sup>8</sup>

Ao final da década de 1980, o movimento da Reforma Sanitária resultou na Constituição de 1988, que criou o SUS. A Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080, de 1990/MS – estabeleceu em seu art. 45:

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 vinculado.<sup>9</sup>

Com a descentralização prevista na lei orgânica da saúde, a celebração de contratos e convênios com a rede prestadora de serviços passou a ser de responsabilidade dos municípios, substituindo os antigos contratos do INAMPS, dentre eles os convênios com os HUs. No contexto da descentralização do SUS e de crise das universidades e seus HUs, diversas soluções foram apontadas. Segmentos defendiam dos HUs para os gestores do SUS, bem como outros, sua transformação em Organizações Sociais. Foi defendida, também, a privatização deles criando estruturas voltadas exclusivamente para o setor suplementar.<sup>1</sup> Campos enfatizava a proposta de co-gestão entre universidade e gestor do SUS em unidades que garantissem a atividade docente assistencial nas diversas modalidades de atenção hospitalar, ambulatorial e domiciliar.<sup>10</sup> Para a ABRAHUE, uma das soluções para a crise poderia ser a celebração de Contratos de Gestão entre os HUs e os gestores do SUS, com metas quantitativas e qualitativas, ultrapassando a convencional lógica de remuneração por serviços, evitando, porém, o desperdício associado à dotação orçamentária sem compromisso de metas.<sup>11</sup>

### **A trajetória institucional de integração dos HUs ao SUS**

Em 2004, existiam no País 147 hospitais classificados como universitários e de ensino. Desses, 45 estavam diretamente vinculados ao MEC, 49 eram estaduais, 42 eram filantrópicos e o restante (11) estava vinculado a municípios, ao Ministério da Saúde e ao setor privado. Em seu conjunto, os HUs possuíam 10,3% dos leitos hospitalares cadastrados no País. Dos 4.800 leitos de UTI, 25,6% estavam nesses hospitais, responsáveis por 37,6% dos procedimentos de alta complexidade realizados em 2003.<sup>12</sup> Os dados da Secretaria de Ensino Superior do MEC para o mesmo ano permitem afirmar que foram, também, responsáveis pela formação da maioria dos 92.783 formandos dos 11 cursos de nível de graduação da área da saúde, além de campo de formação em serviço para 22.000 médicos residentes. Nos 45 HUs federais estavam, em 2004, 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 cerca de 2 mil teses e 4 mil dissertações,<sup>13</sup> atestando a importância desses hospitais para o sistema de saúde e a importância da criação de política para sua efetiva inserção no SUS, seja no aspecto assistencial, seja quanto ao ensino e à pesquisa.

A criação do Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa (FIDEPS), em 1991, foi decisiva na relação dos HUs com o SUS, por significar, durante sua evolução, adicionais no faturamento de 25% a 75% sobre a produção das internações hospitalares. Em 1993, nova regulamentação vinculava o repasse do incentivo a metas de integração dos HUs ao sistema, determinando até mesmo que o percentual mínimo de 70% dos leitos dos HUs seriam destinados ao SUS.<sup>14</sup> Em 1999, o repasse do incentivo foi condicionado à celebração de contrato de gestão entre o HU e o gestor do SUS.<sup>15</sup> Era a primeira iniciativa concreta, desde o convênio MEC/MPAS de 1982, que reconhecia o distanciamento existente entre os hospitais de ensino e a gestão do SUS, utilizando a

situação financeira para argumentar a importância da sua integração.

A seguir, por falta de recursos suficientes nos fundos municipais e estaduais de saúde e/ou de pactos de interesse da gestão do SUS, os valores do FIDEPS, tenderam a permanecer fixos ou obter acréscimos aquém do que seria esperado na lógica anterior. Esse fato contribuiu para agravar a situação de desfinanciamento dos HUs, desestimulando iniciativas direcionadas à sua integração ao sistema público de saúde.

Em 2003, foi criada comissão interinstitucional com o objetivo de avaliar e diagnosticar a situação dos HUs, visando reorientar e/ou formular a política nacional para o setor.<sup>16</sup> Em 2004, novos critérios de certificação das instituições como Hospitais de Ensino foram estabelecidos e, entre os pré-requisitos obrigatórios colocados para a sua certificação, estão a participação nas políticas prioritárias do SUS; a 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 as realidades regionais; a destinação de 100% dos seus leitos ao SUS no prazo de quatro anos; e a manutenção, sob regulação do gestor local do SUS, da totalidade dos serviços contratados.<sup>17</sup>

Ainda em 2004, foi criado o Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários e de Ensino do Ministério da Educação no SUS. Foram definidos recursos para o financiamento deles, que deveriam englobar todas as modalidades já existentes (pagamento por produção, FIDEPS, Programa de Reforço à Manutenção dos Hospitais Universitários), além do incentivo à contratualização que seria repassado pelo Ministério da Saúde. A atenção de média complexidade passaria a ser financiada por orçamentação específica.<sup>18</sup>

O programa, ao prever a contratualização dos hospitais com os gestores do SUS, com base em estratégias de atenção pactuadas, levando em consideração aspectos relacionados à gestão, formação e educação, pesquisa e avaliação tecnológica em saúde, constituiu-se na primeira modalidade, após 30 anos, de financiamento não vinculado exclusivamente à produção.

Em 2006, o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão enviou à Presidência da República projeto de lei complementar, já apresentado ao Legislativo, propondo a criação de fundações estatais de direito privado para a realização de atividades que não exigissem a execução direta pelo Estado, dentre elas as atividades de atenção à saúde. Nessa proposta estava contida a intenção de serem criadas fundações para a gestão de hospitais públicos, cujo foco principal seriam os hospitais federais e os HUs federais. O projeto prevê que as fundações terão autonomia gerencial, orçamentária e financeira, patrimônio próprio, receitas mediante a prestação de serviços e doações, contratação de recursos humanos pelo regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), mediante concurso público, obedecendo ao artigo 37 da Lei Federal nº 8.666/1993, inciso 37, com regulamento próprio. Assim organizadas, caberá às fundações a celebração de contratos de gestão com o Poder Público, prevendo a prestação de serviços, condição para obter arrecadação de recursos públicos.<sup>19</sup>

## MATERIAL E MÉTODOS

Para a consecução dos objetivos do estudo, foi utilizada a combinação de metodologias: entrevistas semi-estruturadas com o secretário municipal de saúde de Belo Horizonte, com o diretor-geral do HC-UFG, e com a direção do Conselho de Saúde do hospital, dos quais obtivemos termos de consentimento livre e esclarecido. Na manifestação desses sujeitos, pudemos conhecer a visão dos principais atores envolvidos no processo de integração. Foi realizado levantamento bibliográfico e pesquisa documental. Livros, artigos, teses, leis, portarias ministeriais e documentos da Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino/ABRAUE foram utilizadas como fontes, por meio dos quais pudemos extrair informações sobre a trajetória dos HUs no sistema de saúde do País e as políticas traçadas para eles. Consultamos os 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, de onde pudemos extrair especialmente as intenções e projetos da gestão municipal e da comunidade hospitalar em relação ao processo de integração. Foi utilizada também a experiência da autora como ex-diretora administrativa do HC-UFG, de 2000 a 2003, e como secretária municipal adjunta de saúde de Belo Horizonte, desde 2003.

O período analisado justifica-se por ter sido criado, em 1996, o serviço de Pronto Atendimento do HC-UFG em parceria com a gestão local do SUS, considerado marco para a equidade de acesso e abertura do hospital para o funcionamento na lógica do SUS. Em 2004, foi celebrado o convênio entre o hospital e a Secretaria Municipal de Saúde, concluindo um período de oito anos de negociações.<sup>20</sup>

Obtivemos dos comitês de ética em pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e do Hospital das Clínicas da UFG autorização para consulta aos documentos e bancos de dados, e o projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da UFG, com o Parecer CAAE 0212.0.203.000-05

## RESULTADOS

### Hospital das Clínicas da UFG e Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – experiência exitosa de integração

Em 2006, o sistema de saúde de Belo Horizonte possuía 318 unidades públicas, filantrópicas e privadas vinculadas ao SUS. Nas 215 unidades públicas municipais concentrava-se a atenção básica e parte significativa da atenção secundária. Nas 144 unidades básicas (Centros de Saúde), atuavam 507 equipes do Programa de Saúde da Família, 65 equipes de saúde mental e outros profissionais de apoio.

Nos serviços da rede não própria concentrava-se a maior parte da atenção secundária e toda a atenção de alta complexidade. Dos 36 hospitais vinculados ao SUS, apenas 1 pertencia ao município.<sup>21</sup>

Nesse contexto se insere o HC-UFG. Com capacidade operacional de 458 leitos, em 2006, realizou 17.569 internações e 308.741 consultas médicas, representando respectivamente 8% e 6,7% do total realizado no município. É referência estadual para patologias complexas que

exigem alta tecnologia de conhecimento e de recursos propedêuticos e terapêuticos.

No plano da formação, possuía 3.390 alunos de graduação e pós-graduação de diversos cursos da área da saúde.<sup>22</sup> Esse conjunto de dados, somado à credibilidade como instituição de referência e qualidade da atenção prestada, demonstram sua importância na assistência e na habilitação de recursos humanos para o SUS da capital e do Estado.

Em 1994, quando Belo Horizonte se habilitou à gestão simplificada, de acordo com a Norma Operacional Básica de 1993,<sup>23</sup> uma das metas estabelecidas pela gestão foi a celebração de convênio com o HU federal, o segundo principal prestador de serviços de saúde para o SUS, na capital.

Por meio de edital de chamamento público para a compra de serviços, em 1996, a Secretaria Municipal de Saúde propôs ao HC-UFG celebração de convênio nos moldes dos contratos de gestão, já contendo uma proposta de financiamento por orçamentação. Não houve, naquele momento, acordo entre o hospital e o município nas questões relacionadas à oferta e à produção de serviços, aos valores de financiamento, e à regulação do acesso dos usuários aos serviços. Contudo, ainda em 1996, numa parceria entre o governo municipal e a UFG, foi viabilizada a abertura de um serviço de Pronto Atendimento no HC. Justificou-se a parceria, naquele momento, pela necessidade de uma unidade para atendimento às urgências, em substituição ao Hospital Municipal Odilon Behrens, que entraria em reforma.<sup>24</sup> Esse fato constituiu o principal movimento de abertura do hospital para as demandas do sistema municipal de saúde, deflagrando até mesmo iniciativas de reorganização interna da gestão dos leitos hospitalares – inicialmente, alterando os indicadores de taxa de ocupação e médias de permanência e, posteriormente, flexibilizando sua utilização pelas diversas especialidades.

Em 1997, em meio a uma crise de financiamento, que culminou em desativação significativa de serviços no HU, e após amplo processo de discussão com a comunidade hospitalar, a direção do hospital retomou a proposta de criação das unidades de produção/unidades funcionais, que sinalizariam para a descentralização, com a celebração de contratos internos de gestão. O processo foi acompanhado de descentralização orçamentária, aperfeiçoamento do sistema de custos e de cursos para a capacitação gerencial.<sup>25</sup> Mantendo coerência com o plano diretor do hospital, que tinha como diretriz a integração ao SUS, parte dos indicadores dos contratos internos de gestão refletia negociações feitas com a gestão municipal.

A partir daí, uma sucessão de movimentos de integração determinados por necessidades da gestão municipal e do hospital ocorreram, culminando, em 2004, com a celebração de convênio entre a Secretaria Municipal de Saúde e o HU, após sua nova certificação como Hospital de Ensino.<sup>20</sup> As seguintes iniciativas merecem destaque:

- celebração do contrato de metas do FIDEPS, consolidando a disponibilização das agendas dos procedimentos de alta complexidade para as centrais de regulação municipal, a regulação municipal das cirurgias eletivas e início da disponibilização das consultas especializadas para a central de marcação de consultas do município;
- ampliação de leitos de UTI, clínica médica e pediatria, além de diagnoses e terapias ambulatoriais, reduzindo



a demanda reprimida dos procedimentos da média complexidade;

- credenciamento do HU nas redes de alta complexidade, de urgência e emergência, transplantes, triagem neonatal e atenção às gestantes e aos recém-nascidos de alto risco;
- montagem, no HU, do ambulatório de segunda opinião para avaliação das indicações de cirurgias cardiovasculares, constituindo-se, assim, um braço regulador do sistema municipal de saúde;
- parceria no projeto de Telessaúde, no qual profissionais da atenção básica do município fazem comunicação *on line* e *off line* com especialistas do HU para a discussão de casos e realização de teleconferências.

A possibilidade de remuneração por orçamentação, ainda que parcial, representa atualmente para o HU a possibilidade de planejamento de médio prazo, sem a dependência do valor mensal a ser faturado por meio da produção de serviços. Diferentemente do período em que os hospitais vinculados ao MEC tinham orçamentação não vinculada a metas, a orçamentação aqui mencionada está diretamente relacionada a metas assistenciais, de ensino e de pesquisa, cujo enfoque maior é a integração ao sistema de saúde.

No que diz respeito à interface com o ensino, houve intenso processo de negociação das bases contratuais entre a gestão municipal e a direção do hospital (que se reproduziu no âmbito das Unidades Funcionais), no sentido de pactuar e garantir o cumprimento das metas a serem contratualizadas. A principal resistência veio do corpo clínico, no que se referia à regulação do acesso aos serviços. Havia a argumentação por parte de alguns segmentos de que o HU estaria perdendo sua autonomia ao submeter-se às normas da gestão municipal. No aspecto do ensino, discutia-se a perda da possibilidade de escolha dos perfis de morbidades a serem atendidos e a perda da autonomia para a definição da trajetória do usuário dentro do hospital.

O Quadro I ilustra convergências observadas entre a visão do gestor local do SUS e a direção do hospital sobre o processo de integração, processo considerado positivo pela representação de usuários.

Os resultados demonstram que a crise de financiamento levou à busca da parceria do HU com o gestor local, a despeito da visão de segmentos que consideravam que o SUS poderia aprofundar essa crise; de outro modo, a integração ao SUS, com o apoio do gestor local e dos usuários, é considerada como vetor da reestruturação da gestão hospitalar; apesar da baixa governabilidade da direção sobre alguns serviços e da pressão da lógica do ensino.

A experiência de quase uma década de reestruturação da gestão interna do HC-UFMG, articulada à progressiva integração do HU ao SUS trouxe significativos resultados ao seu desempenho assistencial e financeiro, que possibilitaram novos investimentos (área física, equipamentos e gestão de recursos humanos). Tais resultados contribuíram destacadamente, por exemplo, para a criação de inovadora parceria entre a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e a UFMG, a qual assumiu recentemente a gestão de uma nova unidade hospitalar na capital.

A gestão do HC-UFMG e do Hospital Risoleta Tolentino Neves (estadual) pela UFMG, iniciada em 2006, já surge como referência para o debate atual sobre as novas formas de gestão de hospitais públicos por fundações públicas de direito privado. A gestão do primeiro tem o apoio parcial da fundação de apoio à universidade/FUNDEP. Já o segundo tem a totalidade dos recursos financeiros e toda a equipe contratada pela CLT geridos pela Fundação.

De maneira geral, espera-se que a integração dos HU ao SUS tenha como objetivos primordiais a prestação de serviços de forma equânime, resolutiva, qualificada e humanizada, além da formação de profissionais ética e tecnicamente qualificados para o sistema de saúde. Este estudo indica que o processo de integração deve buscar mudanças internas ao hospital e à gestão do sistema de saúde de forma a garantir os princípios da integralidade, resolubilidade e equidade. Para isso, é preciso deter-se na singularidade dos HUs como espaço.

#### QUADRO I – FATORES FACILITADORES E DIFICULTADORES DA INTEGRAÇÃO DO HC-UFMG AO SUS

A visão dos atores	Fatores facilitadores	Fatores dificultadores
Gestor municipal	Direção do hospital afinada com os princípios do SUS A gestão municipal prioriza o HC como parceiro Existência de controle social atuante no SUS/BH e no HC-UFMG	Normas universitárias anacrônicas em relação à dinâmica do SUS Baixa governabilidade da direção do hospital sobre alguns serviços Incompreensão das especificidades do HU por técnicos da SMSA/BH
Gestor municipal e diretor do HC – pontos comuns	Papel indutor do Ministério da Saúde para a integração Reestruturação da gestão interna do hospital combinada com os movimentos de integração	Lógica do ensino determinando a organização da assistência Limites financeiros e pagamento por produção
Diretor do hospital	A crise de financiamento do hospital levou à busca de parceria, que teve resposta positiva do município.	Visão por alguns segmentos de que a maior integração ao SUS agrava a situação financeira do hospital
A visão dos usuários sobre o processo de integração	A regulação do SUS facilita e torna o acesso aos serviços mais igualitário A gestão municipal contribuiu para a saída do hospital da crise financeira	

Fonte: Elaboração da autora.<sup>26</sup>

## **A especificidade de princípios e diretrizes do SUS aplicados aos HUs**

• **Universalidade** – Diversos HU iniciaram a prestação de serviços à saúde suplementar e à clientela particular por dificuldades de financiamento. A normatização que rege o funcionamento dos HUs federais permite a utilização de 30% dos leitos pelo sistema suplementar. Assim, foram criadas duas portas de entrada para os usuários de alguns HUs federais, mesmo tendo os recursos públicos como sua maior fonte de financiamento. A restrição de recursos orçamentários e a grande dependência de um único comprador levaram igualmente o HC-UFMG a entrar no mercado da saúde suplementar.<sup>27</sup>

No entanto, discute-se a utilização de recursos comuns para subsistemas diferenciados, SUS e saúde suplementar<sup>28</sup>: os hospitais públicos universitários utilizam recursos humanos e materiais, financiados pelo setor público, para a prestação de serviços à saúde suplementar e clientela particular. Nesse sentido, a despeito das resistências a essa 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 nesses hospitais, para que se cumpra a diretriz do Ministério da Saúde de que 100% dos leitos sejam destinados ao SUS.

Por outro lado, os HUs possuem serviços de excelência que captam clientela com maior poder aquisitivo. A dedicação de parte do tempo de trabalho dos médicos à clientela da saúde suplementar e particular pode significar prestígio profissional e maior satisfação. Reforça o caráter autônomo da profissão, levando à maior fixação deles nos HUs.

• **Equidade do acesso** – O acesso dos usuários aos serviços dos HUs obedecia a interesses acadêmicos e de pesquisa, e não à nosologia prevalente ou a situações clínicas que priorizassem o acesso. Além disso, havia alto grau de clientelismo por parte das corporações que entendiam que o acesso próprio, o de parentes e o de amigos deveria ser privilegiado. Sendo o corpo clínico formado por profissionais que atuam também no sistema suplementar, era comum o privilegiamento de clientela proveniente dos consultórios particulares, competindo com a fila dos ambulatórios, internação e centro cirúrgico para procedimentos não cobertos pelos planos de saúde ou com ônus elevado para o pagamento na categoria particular. Ainda existem mecanismos particularistas, tais como redes de colegas que encaminham casos para profissionais médicos de hospitais universitários, de acordo com o interesse pela investigação do caso clínico, ou para a utilização de recursos propedêuticos disponíveis naquele hospital, ou como estratégia para viabilizar o atendimento da clientela particular. São criados privilégios na forma de acesso, compreendidos como extensão do modelo liberal da medicina privada à prática médica hospitalar. Há, ainda, uma inversão da relação médico/paciente, sendo a escolha do paciente feita pelo médico, e não o inverso.<sup>29</sup>

As discussões sobre a contratualização ocorridas ao longo dos anos tinham, ao lado do aspecto financeiro, a regulação como ponto central. A regulação do acesso

significa maior controle sobre a procedência dos usuários, no sentido de se fazer cumprir a Programação Pactuada e Integrada, principal instrumento do SUS para mediar a relação de prestação de serviços entre os municípios. Já a regulação assistencial procura definir os perfis (clínicos) de usuários mais adequados às características do serviço e o grau de prioridade do acesso. A disponibilização da totalidade das primeiras consultas especializadas do HU para a Central de Marcação de Consultas do município foi o item de maior pontuação no convênio celebrado entre o HC-UFMG e a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte em 2004. Essa disponibilização exigiu intenso processo de negociação interno entre a direção do hospital e os médicos, especialmente os médicos docentes.

• **Integralidade** – A gestão administrativo-financeira, com base na disponibilidade de recursos desvinculada da produção, e a demanda acadêmica por campos de ensino e pesquisa levaram à constituição de sistemas completos nos HUs, com oferta de serviços desde a atenção básica até a alta complexidade.

Assim foi com o HC-UFMG. Sua constituição a partir das cátedras, tendo cada uma sua forma de organização, definiu espaços específicos de funcionamento. Ainda hoje, as diversas especialidades se organizam em unidades de serviços que reproduzem, de alguma forma, a lógica das cátedras. Há estruturas assistenciais e de apoio diagnóstico em diversos pontos do complexo hospitalar, caracterizando superposição e duplicidade de serviços. Existe demanda para a utilização de toda a capacidade de produção desses serviços. No entanto, a discussão se dá em torno da possibilidade de otimização da gestão e operação desses equipamentos, na hipótese de concentrá-los em estruturas matriciais que atendam ao conjunto de necessidades. Mesmo assim, a quantidade de procedimentos propedêuticos e terapêuticos ofertados não é suficiente para cobrir a demanda gerada pela grande clientela que acessa os ambulatórios e leitos hospitalares nas diversas especialidades, gerando filas para a marcação ou exigindo a realização de procedimentos fora do complexo hospitalar, comprometendo a integralidade da atenção. 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 a demanda por exames complementares, sobrecarrega os serviços de apoio diagnóstico, eleva os custos da assistência e retarda a resolução dos casos, com transtornos para os usuários.

Observa-se que a lógica das corporações se dá de forma mais intensa nos HUs, considerando que estão aí representadas, hierarquicamente, as categorias de profissionais administrativos, da enfermagem, dos médicos e dos médicos docentes.<sup>29</sup> Os processos democráticos formais, como eleições para diretorias, chefias e coordenações, não são suficientes para a instituição de relações interprofissionais que garantam a coordenação transversal do cuidado envolvendo os diversos saberes, conforme defendido por Cecílio.<sup>30</sup> Talvez o silencioso trabalho da enfermagem<sup>30</sup> e seu caráter mais longitudinal seja a porta mais aberta para essa possibilidade.

• **Resolubilidade** – Os HUs federais são hospitais de grande potencial de resolubilidade, considerando que neles se concentra historicamente a alta tecnologia do conhecimento e de equipamentos, porém nem sempre a forma de organização dos processos assistenciais, neles existentes, garante que o usuário tenha suas necessidades atendidas de forma mais ágil e humanizada. Uma análise da trajetória de usuários no HC-UFMG demonstrou, dentre outros aspectos, que a fragilidade das redes de contratualidades entre os serviços, a lógica burocrática que permeia as relações entre estes, a fragmentação da coordenação do cuidado, a fraca vinculação e a 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 destas.<sup>31</sup>

No entanto, a perspectiva de uma assistência resolutiva e integral amplia a adesão dos que conseguem acesso e aumenta a procura individual e institucional pelos HUs, respeitando ou não os fluxos regulatórios colocados pela gestão local do SUS. Por mais avanços que já se tenha conseguido na pactuação entre municípios e no estabelecimento de referências no sistema de urgência e emergência, a porta do HU é cenário de concentração de ambulâncias e outros veículos que trazem usuários do interior do Estado, em busca não só da assistência da alta complexidade e alto grau de especialização, mas também de serviços que deveriam ser oferecidos em seus municípios de origem.

De acordo com a nova lógica estabelecida pelos gestores do SUS para os HUs, há parâmetros, indicadores e metas quali-quantitativas a serem respeitadas e atingidas na prestação de serviços e nas ações de educação permanente.

Para os técnicos e gestores do SUS, esses hospitais são vistos como unidades que possuem alta tecnologia e geram alto custo em suas ações, têm o dever de ser resolutivos e de prestar assistência de qualidade. De maneira geral, os gestores do SUS apresentam dificuldades em reconhecer as especificidades dos HUs na relação gestor/prestador.

Nos HUs, discutem-se os possíveis prejuízos ao ensino trazidos pela lógica do SUS: argumenta-se que pode haver interrupções na implementação de planos terapêuticos traçados e de seu acompanhamento pelo aluno.

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

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

De unidades hospitalares criadas com a missão prioritária de formar profissionais da área de saúde, os HUs passaram a ter também essencialidade na assistência, exigindo a criação de política de Estado para sua integração ao SUS, a profissionalização de sua gestão e sua sustentabilidade financeira. Exigiram, também, que os gestores locais do SUS se organizassem para fazer sua gestão. Dificuldades diversas marcam o processo de integração entre culturas organizacionais muito diferentes, aqui, entre a academia,

o HU e o SUS. No entanto, a possibilidade está sendo demonstrada no caso da integração entre o HC-UFMG e a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

A mais recente solução apontada para a gestão dos HUs merece reflexões. Apenas o debate atual sobre a transformação desses hospitais em fundações públicas de direito privado, desvinculado da garantia de metas de profissionalização da gestão, de mudanças em sua cultura organizacional, do reconhecimento das especificidades da sua interface com a estrutura acadêmica (ensino e pesquisa), não garante a viabilidade financeira desses e sua real integração ao SUS. Permanece como instigante, para todos os que trabalham na consolidação do sistema público de saúde no Brasil, o desafio de reconstruir novos espaços de consensos institucionais e gestão compartilhada, resultando em ampliação do acesso e qualificação da atenção à saúde.

\*Agradecemos aos colegas de trabalho da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e do HC-UFMG.

## REFERÊNCIAS

1. Caldas JAL. Crise nos hospitais universitários: estratégias de privatização. Associação Profissional dos docentes da UFMG. 1999; 18: 95-110.
2. Médiçi AC. Incentivos governamentais ao setor privado de saúde no Brasil. *Rev Admin Pública*. 1992; 26(2):79-115.
3. Andrade ELG, Santos AF, Coelho FLG. Os hospitais universitários e o sistema de saúde no Brasil: uma abordagem histórica. *Rev Divulg Debate em Saúde do CEBES*. 1991; 5:63-67.
4. Cecílio LCO. É possível trabalhar o conflito como matéria-prima da gestão? *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(2):508-16.
5. Clemente BT. Cronologia histórica dos hospitais universitários. Salvador: UFBA; 1998.
6. Médiçi AC. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. *Rev Assoc Méd*. 2001; 47 (Supl. 2):149-56.
7. Mendes EVA. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. Brasília: Unb; 1991.
8. Colossi N. Estudo da função extensionista e assistencial do HU/UFSC. In: Pereira, MS. Mudança organizacional na saúde: desafios e alternativas de um hospital universitário. Belo Horizonte: FACE; 2004. 166p. Coleção Estado da Arte - Série FACE-FUMEC.
9. Brasil. Lei Orgânica da Saúde nº. 8.080, 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. *Diário Oficial da União*. 1990 20 set.
10. Campos GWS. Educação médica, hospitais universitários e o sistema único de saúde. *Cad Saúde Pública*. 1999; 15 (Supl): 187-93.
11. Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino. Hospitais universitários e de ensino no Brasil: desafios e soluções. Porto Alegre. [Citado em 28 fev.2005]. Disponível em: [http://www.abrahue.org.br/pdf/hu\\_desafios\\_solucoes.pdf](http://www.abrahue.org.br/pdf/hu_desafios_solucoes.pdf)
12. Chioro A. Hospitais universitários – uma resposta estrutural à crise. *Boletim da ABEM*. 2004 set./out.
13. Paulino UHM. Hospitais universitários. In: I Congresso Brasileiro de Hospitais Universitários e de Ensino. Rio de Janeiro; 2005. Apresentação em Power Point.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº 32 de 16 de fevereiro de 1993. Dispõe sobre o Fundo de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa/FIDEPS. *Diário Oficial da União*. 1993 17 fev.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1127 de 31 de agosto de 1999. Dispõe sobre a nova forma e condições de pagamento do FIDEPS. [Citado em 28 fev.2005]. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/fideps>
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 562 de 12 de maio de 2003. Dispõe sobre a criação de comissão interinstitucional com o objetivo de avaliar e diagnosticar a situação dos HUE, visando reorientar e/ou formular a política nacional para o setor. [Citado em 28 fev.2005]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004> (acessado em 03/Set/2004)

17. Brasil. Ministério da Educação. Portaria Interministerial n° 1.000 de 15 de abril de 2004. Dispõe sobre a certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino. Diário Oficial da União. 2004 16 abr.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria n. 1006 de 27 de maio de 2004. Dispõe sobre a criação do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do MEC no Sistema único de Saúde. [Citado em 03 set. 2005]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1006.htm>
19. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Projeto Fundação Estatal-Principais Aspectos. Brasília: 2007. [Citado em 19 ago. 2007]. Disponível em: <http://www.fundacaoestatal.com.br/012.pdf>
20. Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Hospital das Clínicas da UFMG. Convênio de Gestão: plano operativo anual. Proposta 2005. Belo Horizonte: HC/UFMG; 2004.
21. Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão 2006. Belo Horizonte: PBH; 2006.
22. Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior/Coordenação Geral de Acompanhamento das IFES e Hospitais Universitários, SIHUF. Brasil, 2006. [Citado em 17 out. 2007]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/sesu/index.php?option=content&task=category&sectionid=10&id=97&Itemid=301>
23. Santos FP. O novo papel do município na gestão da saúde: o desenvolvimento do controle e avaliação. In: Reis AT, Organizador. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: Reescrevendo o público. São Paulo: Xamã VM Editora; 1998. p.31-49.
24. Magalhães JHM. Urgência e emergência: a participação do município. In: Reis AT, Organizador. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã VM Editora; 1998. p.265-86.
25. Jorge AO. A experiência de implantação de um novo modelo de gestão no HC-UFMG - as unidades funcionais. Belo Horizonte; 2001. Texto para discussão.
26. Carmo M. Hospitais universitários e integração ao Sistema Único de Saúde. Estudo de Caso: Hospital das Clínicas da UFMG - 1996 a 2004 [dissertação]. Belo Horizonte: Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais; 2006.
27. Cherchiglia ML. O conceito de eficiência na reforma do Estado brasileiro nos anos 90: difusão e apreensão em um hospital público [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2002.
28. Bahia L. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. Ciên Saúde Coletiva. 2001; 6(2):329-39.
29. Carapinheiro G. Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares. Portugal: Edições Afrontamento; 1998.
30. Cecílio LCO, Merhy EEA. Integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos R. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO; 2003.
31. Jorge AO. A gestão hospitalar sob a perspectiva da micro política do trabalho vivo [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP; 2002.

Data de submissão: 20/11/2007

Data de aprovação: 24/11/2008