

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CAMPUS SOBRAL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

DENISE LIMA NOGUEIRA

**AVALIAÇÃO RESPONSIVA E CONSTRUTIVISTA DE UM HOSPITAL DE ENSINO
DO ESTADO DO CEARÁ**

SOBRAL, CE

2015

DENISE LIMA NOGUEIRA

**AVALIAÇÃO RESPONSIVA E CONSTRUTIVISTA DE UM HOSPITAL DE ENSINO
DO ESTADO DO CEARÁ**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Família, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará – *Campus Sobral*, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Geison Vasconcelos Lira.

SOBRAL, CE

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Curso de Medicina de Sobral

-
- N711a Nogueira, Denise Lima.
Avaliação responsiva e construtivista de um hospital de ensino do Estado do Ceará. / Denise Lima Nogueira. – 2015.
158 f. : il. color., enc. ; 30 cm.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Curso de Medicina *Campus* de Sobral, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Sobral, 2015.
Área de Concentração: Saúde da Família.
- Orientação: Prof. Dr. Geison Vasconcelos Lira.
- 1.Hospitais de ensino. I. Título.

DENISE LIMA NOGUEIRA

**AVALIAÇÃO RESPONSIVA E CONSTRUTIVISTA DE UM HOSPITAL DE ENSINO
DO ESTADO DO CEARÁ**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Família, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará – *Campus Sobral*, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família.

Aprovada em: ____/____/____.

Prof. Dr. Geison Vasconcelos Lira (Orientador)

Universidade Federal do Ceará

Profa. Dra. Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque (Examinadora)

Universidade Estadual Vale do Acaraú

Profa. Dra. Antônia Eliana de Araújo Aragão (Examinadora Externa)

Faculdades INTA

Aos meus pais, Nogueira e Izeneuda. À minha
irmã, Pamela. Ao meu esposo, Fabrício. À
minha filha amada, Hadassa.

AGRADECIMENTOS

A Deus, Todo-Poderoso, pelo dom da vida e pela graça de conceder a possibilidade da realização de meus sonhos.

Aos meus pais e irmã por me incentivarem a prosseguir durante toda essa caminhada e por serem fortalezas em momentos difíceis.

Ao meu esposo e à minha filha por caminharem comigo rumo à concretização desse sonho. Obrigada pelo apoio e carinho! Amo vocês!!!

Ao meu orientador... Permita-me assim chamá-lo: Pai Geison. Obrigada pelos ensinamentos, apoio, compreensão e construção conjunta desse trabalho. Obrigada pelos momentos de escuta e conselhos! OBS: Recomendo!!!

A minha amiga Heloisa, amiga mais chegada que irmã. Obrigada pela parceria, conversas, risos e palavras de ânimo durante essa caminhada.

Às “mestrandas poderosas” (Sara, Helu, Rafa, Roberta), amigas que ganhei durante a caminhada. Obrigada pela partilha, pelas trocas de experiências e palavras de encorajamento. Estamos chegando à primeira “parada”, mas prosseguiremos o caminho!

A todas as pessoas que participaram e colaboraram na construção deste trabalho. Obrigada pela dedicação e confiança!

“Ninguém caminha sem aprender a caminhar, sem aprender a fazer o caminho caminhando, refazendo e retocando o sonho que pelo qual se pôs a caminhar.” (Paulo Freire)

RESUMO

De acordo com o Artigo 200, inciso III, da Constituição Federal de 1988, no campo da formação dos profissionais para o setor saúde, cabe ao Sistema Único de Saúde a ordenação da formação de recursos humanos. Neste cenário, os Hospitais de Ensino emergem como equipamentos de saúde relevante para a formação de profissionais para o setor, visto configurarem campo de prática para atividades curriculares de cursos da área da saúde, e serem responsáveis pela formação dos profissionais da saúde que atuarão na rede básica de saúde e nos hospitais públicos e privados. Portanto, a fim de conhecer o desempenho obtido por um Hospital de Ensino do Estado do Ceará nos processos de gestão, ensino, pesquisa e atenção à saúde após a contratualização com o SUS, avaliou, na perspectiva dos *stakeholders*, o desempenho de um Hospital de Ensino do Estado do Ceará após a sua contratualização com o Sistema Único de Saúde como Hospital de Ensino, nos eixos “Ações estratégicas na área da assistência”, “Gestão, Ensino e Pesquisa” e “Modelo de Alocação de Recursos Financeiros”, bem como analisar as reivindicações, as preocupações e as questões levantadas pelos *stakeholders* relativamente a cada um desses três eixos e comparar essas reivindicações, preocupações e questões entre os grupos de *stakeholders*. Para tanto, realizamos uma pesquisa avaliativa, descritiva e exploratória, de abordagem qualitativa, pautada no modelo de Avaliação de Quarta Geração de Guba e Lincoln (1989). Tendo como cenário de estudo um hospital privado filantrópico localizado no interior do estado do Ceará, a coleta dos dados seguiu sete passos dos 12 propostos pelo círculo hermenêutico dialético de Guba e Lincoln (1989) e teve como participantes 33 sujeitos envolvidos com o hospital pesquisado. O processo de análise de dados utilizado foi o método da comparação constante, proposto inicialmente por Glaser e Strauss (1967) no âmbito da Teoria Fundamentada. A pesquisa atendeu aos princípios éticos de pesquisas envolvendo seres humanos, recebendo parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú sob nº de CAAE 37096214.9.0000.5053. As construções vicariantes dos *stakeholders* favoreceram a emergência de códigos focais que foram organizados em quadros conforme os eixos normativos do hospital de ensino e os organizadores da Avaliação de Quarta Geração de Guba e Lincoln (1989). Destarte, esta avaliação nos permitiu depreender que o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no Brasil (BRASIL, 2004) favoreceu, ao hospital pesquisado, avanço relativo aos três eixos normativos dos hospitais de ensino, com a emergência de preocupações e questões. Desta forma, são necessárias novas investigações sobre o tema a fim de aprimorar o

modelo avaliativo utilizado nesta pesquisa e de responder as questões emergentes relacionadas ao desempenho dos hospitais de ensino após a contratualização com o SUS e ao impacto do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino na conformação normativa e funcional destes.

Palavras-chaves: Hospitais de ensino. Avaliação. Método.

ABSTRACT

According to the Article 200, section III of the Federal Constitution of 1988 in the field of training of professionals for the health sector, it is up to the Single Health System ordination of training of human resources. In this scenario, the Teaching Hospitals emerge as health equipment relevant to the training of professionals for the sector, since configure practice field for curricular activities of health area courses, and be responsible for the training of health professionals who will work on the network primary health care and public and private hospitals. Therefore, in order to meet the performance achieved by the State of Ceará Teaching Hospital in process management, education, research and health care after a contract with the NHS, proposed to evaluate, from the perspective of stakeholders, the performance a Ceará State Teaching Hospital after contracting with the National Health System as a Teaching Hospital, on track "Strategic actions in the area of assistance", "Management, Education and Research" and "Allocation Model of Financial Resources" and to examine the claims, concerns and issues raised by stakeholders for each of these three areas and compare these claims, concerns and issues among stakeholder groups. To this end, we conducted an evaluative, descriptive and exploratory research, qualitative approach, based on the model of Fourth Generation Evaluation of Guba and Lincoln (1989). Set in a study of private philanthropic hospital located in the state of Ceará, data collection followed seven steps of 12 proposed by the dialectic hermeneutical circle of Guba and Lincoln (1989) and had the 33 participating subjects involved in the researched hospital. The data analysis method used was the method of constant comparison, initially proposed by Glaser and Strauss (1967) within the framework of Grounded Theory. The study met the ethical principles of research involving human subjects, receiving favorable opinion of the Ethics Committee of the State University Acaraú Valley in number of CAAE 37096214.9.0000.5053. The vicariant buildings of stakeholders favored the emergence of focal codes that were organized in tables as normative axes of the teaching hospital and the organizers of the Fourth Generation Evaluation of Guba and Lincoln (1989). Thus, this assessment allowed us to conclude that the Restructuring Program of Teaching Hospitals in Brazil (BRAZIL, 2004) favored at the hospital researched, advancing on the three axes of the normative teaching hospitals, with the emergence of concerns and questions. Thus, further research is needed on the subject in order to improve the evaluation model used in this study and respond to emerging issues related to the performance of teaching hospitals after a contract with the NHS and the impact of the

Teaching Hospitals Restructuring Program the normative and functional conformation of these.

Key-words: Hospitals teaching. Evaluation. Methods.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Descrição do fluxo de seleção da Revisão Sistemática sobre Avaliação de Hospitais de Ensino: julho-setembro 2013.....	32
Figura 2 – Círculo Hermenêutico Dialético, Avaliação de Quarta Geração (GUBA e LINCOLN, 1989).....	49
Figura 3 – Rodagem dos Círculos Hermenêuticos Dialéticos na Avaliação de Quarta Geração de Hospitais de Ensino	60

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Etapas da Metodologia da Avaliação de Quarta Geração (GUBA e LINCOLN, 1989)	51
Quadro 2 – Código Focal por Eixo Normativo de HE e Organizador da Avaliação de Quarta Geração x Grupos de Interesse	66
Quadro 3 – Códigos Focais dos <i>Stakeholders</i> por Eixos Normativos do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino x Organizadores da Avaliação de Quarta Geração (2015)	66
Quadro 4 - Construções dos <i>Stakeholders</i> por Eixos Normativos do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino x Organizadores da Avaliação de Quarta Geração (2015)	70
Quadro 5 - Construções dos <i>Stakeholders</i> Eixo Ações Estratégicas na Área da Assistência x Organizadores da Avaliação de Quarta Geração (2015)	71
Quadro 6 - Construções dos <i>Stakeholders</i> referente ao Código Focal “O Hospital de Ensino impacta e é impactado pela Rede de Atenção à Saúde” (2015).	73
Quadro 7 - Construções dos <i>Stakeholders</i> referente ao Código Focal “Houve melhoria na assistência à saúde hospitalar” (2015).	76
Quadro 8 - Construções dos <i>Stakeholders</i> referente ao Código Focal “Houve melhoria nas políticas prioritárias do SUS no âmbito hospitalar” (2015).	81
Quadro 9 - Construções dos <i>Stakeholders</i> Eixo Ações Estratégicas na Área da Assistência x Organizadores da Avaliação de Quarta Geração (2015)	84
Quadro 10 - Construções dos <i>Stakeholders</i> referente ao Código Focal “As parcerias entre Hospital de Ensino e Instituições de Ensino Superior são relevantes” (2015).....	86
Quadro 11 - Construções dos <i>Stakeholders</i> referente ao Código Focal “Atuação de uma Comissão de Avaliação e Monitoramento das Metas do Hospital” (2015).	88
Quadro 12 - Construções dos <i>Stakeholders</i> referente ao Código Focal “Há uma diferenciação no custo da assistência em Hospital de Ensino” (2015).	91
Quadro 13 - Construções dos <i>Stakeholders</i> referente ao Código Focal “Não há plano de cargo e carreira no hospital” (2015).	94
Quadro 14 - Construções dos <i>Stakeholders</i> referente ao Código Focal “A preceptoria no hospital é um desafio” (2015).	97
Quadro 15 - Construções dos <i>Stakeholders</i> referente ao Código Focal “As pesquisas	102

são insuficientes” (2015).	
Quadro 16 - Construções dos <i>Stakeholders</i> referente ao Código Focal “Houve melhoria na gestão hospitalar” (2015).	107
Quadro 17 - Construções dos <i>Stakeholders</i> referente ao Código Focal “Houve melhoria na estrutura física” (2015).	112
Quadro 18 - Construções dos <i>Stakeholders</i> referente ao Código Focal “Houve melhorias no ensino no cenário hospitalar” (2015).	115
Quadro 19 - Construções dos <i>Stakeholders</i> referente ao Código Focal “Há integração ensino-serviço no hospital” (2015).	119
Quadro 20 - Construções dos <i>Stakeholders</i> referente ao Código Focal “Há envolvimento dos profissionais com o ensino” (2015).	122
Quadro 21 - Construções dos <i>Stakeholders</i> referente ao Código Focal “Há educação permanente para os profissionais” (2015).	125
Quadro 22 - Construções dos <i>Stakeholders</i> referente ao Código Focal “Não há entendimento sobre o papel primordial do hospital de ensino” (2015).	129
Quadro 23 - Construções dos <i>Stakeholders</i> Eixo Modelo de Alocação de Recursos Financeiros x Organizadores da Avaliação de Quarta Geração (2015)	132
Quadro 24 - Construções dos <i>Stakeholders</i> referente ao Código Focal “Financiamento específico à contratualização como Hospital de Ensino” (2015).	134
Quadro 25 - Construções dos <i>Stakeholders</i> referente ao Código Focal “O financiamento do SUS ao Hospital de Ensino é insuficiente” (2015).	137

LISTA DE TABELA

Tabela 1 - Característica x Quantitativo dos <i>stakeholders</i> por grupos de interesse (2015).	59
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

C	Construção
CAS	Centro de Atenção à Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
DEA	Análise de Dados Envoltória
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIDEPS	Fundo de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária
HC/UFMG	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais
HE	Hospitais de Ensino
HUE	Hospitais Universitário e de Ensino
IES	Instituição de Ensino Superior
IAV	Índice Adicional de Valorização
IGH	Índice de Gestão Hospitalar
IVD	Índice de Valorização de Desempenho
IVH	Índice de Valorização Hospitalar
MCDA	Metodologia Multicritério de Apoio à Decisão
MEC	Ministério da Educação
MEC-MPAS	Ministério da Educação – Ministério da Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
PCCS	Plano de Cargos, Carreira e Salários
POA	Plano Operativo Anual
R	Respondente
RPQ	Reivindicações, preocupações e questões
SAHE	Sistema de Avaliação dos Hospitais de Ensino
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
Suds	Sistema Único e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
1.1	Estrutura do projeto	19
1.2	Da Experiência Pessoal ao Tema	19
1.3	Contextualização	20
1.3.1	Objetivos	24
1.3.2	<i>Geral</i>	24
1.4	<i>Específicos</i>	24
1.5	Justificativa	25
1.6	Relevância	26
2	ARTIGOS	27
	AVALIAÇÃO DOS HOSPITAIS DE ENSINO NO BRASIL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA	28
	TEORIA E MÉTODO PARA UM MODELO DE AVALIAÇÃO DOS HOSPITAIS DE ENSINO NO BRASIL	42
3	METODOLOGIA	56
3.1	Tipo de estudo	56
3.2	Cenário do estudo	56
3.3	Etapas do estudo	57
3.3.1	<i>Contratualização</i>	57
3.3.2	<i>Organização</i>	57
3.3.3	<i>Identificação dos implicados no programa avaliado (stakeholders)</i>	58
3.3.4	<i>Desenvolvimento de construções conjuntas dentro de grupos</i>	60
3.3.5	<i>Alargamento das construções conjuntas dos implicados no programa (stakeholders) através de novas informações e do aumento da sofisticação</i>	62
3.3.6	<i>Classificação das reivindicações, preocupações e questões solucionadas por consenso</i>	63
3.3.7	<i>Priorização dos itens não solucionados por consenso</i>	63
3.4	Análise das informações	63
3.4.1	<i>Codificação</i>	64
3.4.2	<i>Redação dos memorandos</i>	67
3.4.3	<i>Redação do manuscrito</i>	67

3.5	Aspectos éticos da pesquisa	67
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	69
4.1	Eixo Normativo - Ações Estratégicas na Área da Assistência	71
4.1.1	Organizador Reivindicações	71
4.1.2	Organizador Preocupações	72
4.1.2.1	<i>Código Focal - O Hospital de Ensino impacta e é impactado pela Rede de Atenção à Saúde</i>	72
4.1.3	Organizador Questões	75
4.1.3.1	<i>Código Focal - Houve melhoria na assistência à saúde hospitalar.....</i>	75
4.1.3.2	<i>Código Focal - Houve melhoria nas políticas prioritárias no âmbito hospitalar .</i>	80
4.2	Eixo Normativo – Gestão, Ensino e Pesquisa	84
4.2.1	Organizador Reivindicações	84
4.2.1.1	<i>Código Focal - As parcerias entre Hospital de Ensino e Instituições de Ensino Superior são relevantes</i>	85
4.2.1.2	<i>Código Focal - É importante a atuação de uma Comissão de Avaliação e Monitoramento das Metas do Hospital</i>	87
4.2.2	Organizador Preocupações	89
4.2.2.1	<i>Código Focal - Há uma diferenciação no custo da assistência no hospital de ensino</i>	90
4.2.2.2	<i>Código Focal - Não há planos de cargos e carreiras no hospital</i>	93
4.2.2.3	<i>Código Focal – A preceptoria no hospital é um desafio.....</i>	95
4.2.2.4	<i>Código Focal – As pesquisas ainda são insuficientes</i>	101
4.2.3	Organizador Questões	106
4.2.3.1	<i>Código Focal – Houve melhoria na gestão hospitalar</i>	106
4.2.3.2	<i>Código Focal – Houve melhoria na estrutura física</i>	111
4.2.3.3	<i>Código Focal – Houve melhorias no ensino no cenário hospitalar</i>	114
4.2.3.4	<i>Código Focal – Há integração ensino-serviço no hospital</i>	118
4.2.3.5	<i>Código Focal – Há envolvimento dos profissionais com o ensino.....</i>	121
4.2.3.6	<i>Código Focal – Há educação permanente para os profissionais</i>	124
4.2.3.7	<i>Código Focal – Não há entendimento sobre o papel primordial do hospital de ensino</i>	128
4.3	Eixo Normativo – Modelo de Alocação de Recursos Financeiros	132

4.3.1	Organizador Reivindicações	133
4.3.1.1	<i>Código Focal – Financiamento específico à contratualização como Hospital de Ensino</i>	134
4.3.2	Organizador Questões	136
4.3.2.1	<i>Código Focal – O financiamento do SUS ao Hospital de Ensino é insuficiente</i>	137
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	139
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	141
	APÊNDICE A – ARTIGOS INCLUÍDOS NA REVISÃO SISTEMÁTICA SOBRE AVALIAÇÃO DE HOSPITAIS DE ENSINO	147
	APÊNDICE B – TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO	150
	APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO E PÓS-INFORMADO	151
	APÊNDICE D – ENTREVISTA ABERTA SOBRE O DESEMPENHO DOS HOSPITAIS DE ENSINO	153
	ANEXO A – ARTIGO AVALIAÇÃO DOS HOSPITAIS DE ENSINO NO BRASIL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA	154
	ANEXO B – COMPROVANTE DE APROVAÇÃO DO ARTIGO TEORIA E MÉTODO PARA UM MODELO DE AVALIAÇÃO DOS HOSPITAIS DE ENSINO NO BRASIL	155
	ANEXO C – CARTA DE ANUÊNCIA HOSPITAL DE ENSINO	156
	ANEXO D – CARTA DE ANUÊNCIA SECRETARIA DE SAÚDE CONTRATUANTE	157
	ANEXO E – PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	158

1 INTRODUÇÃO

1.1 Estrutura do Trabalho

Este trabalho de pesquisa apresenta a seguinte estrutura:

- A Introdução, onde apresentamos o tema, como chegamos a ele, a partir de nossa experiência pessoal, delimitamos a questão de pesquisa, seus objetivos, a justificativa e a relevância.
- O manuscrito de artigo científico publicado na Revista Brasileira de Educação Médica (RBEM), onde sistematizamos os resultados da pesquisa bibliográfica empreendida para definição do estado da questão.
- O manuscrito de artigo científico já aprovado no mesmo periódico, onde escrevemos o marco teórico-conceitual que sustenta um Modelo Responsivo e Construtivista para Avaliação de Hospitais de Ensino no Brasil.
- Um capítulo sobre os materiais e os métodos utilizados na pesquisa, operacionalizando o Modelo Responsivo e Construtivista para Avaliação de Hospitais de Ensino no Brasil.
- Um capítulo sobre os resultados e discussões referentes ao processo de uma Avaliação Responsiva e Construtivista de um Hospital de Ensino.

1.2 Da Experiência Pessoal ao Tema

Minayo ao afirmar em seu livro *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (2007, p.19) que ser pesquisador é também estar integrado no mundo, não existindo conhecimento científico acima ou fora da realidade e que este leva em conta os mais profundos níveis das relações sociais, coloca em questão a interação pesquisador e objeto.

Neste aspecto, após a conclusão do curso de graduação em enfermagem, tive a oportunidade de me inserir em um Serviço de Educação Permanente de um Hospital de Ensino (HE), vivenciando questões relacionadas a processos de formação de profissionais para a saúde, compreendendo, a partir de então, esta unidade hospitalar como um dos espaços onde a formação se processa.

Ainda neste contexto, com a participação em uma Comissão de Acompanhamento de Convênios entre um Hospital de Ensino e sua Secretaria de Saúde Contratante, na qualidade de representante suplente da instituição contratada, passei a acompanhar o cumprimento das metas quantitativas e qualitativas no que concerne aos eixos da gestão, atenção à saúde, políticas prioritárias do Sistema Único de Saúde (SUS) e ensino e formação. Essa experiência favoreceu a apreensão da relevância e do papel dos HE na atenção à saúde, ensino, pesquisa e desenvolvimento de tecnologias para o setor, inquietando-me quanto ao desempenho obtido por esses hospitais após a contratualização com o SUS na perspectiva dos gestores, docentes, discentes e controle social.

1.3 Contextualização

Hospitais, conforme Machado e Kuchenbecker (2007), são organizações complexas que provêm leitos, alimentação e uma rotina de cuidados para pacientes enquanto estão submetidos a procedimentos de diagnósticos e terapêuticos a fim de restaurar as suas condições de saúde. Correspondem, também, espaços de formação para profissionais de saúde, já que incorporam tecnologias e possuem vasto campo para pesquisa avançada em saúde.

A Constituição Federal de 1988, ao passo que cria o Sistema Único de Saúde (SUS), como o sistema que regula a saúde pública brasileira, afirmando esta ser direito de todos e dever do Estado no seu Artigo 196, também afirma no seu Artigo 200, inciso III, que compete a este sistema ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde (BRASIL, 1988).

Neste contexto, os Hospitais de Ensino (HE) apresentam-se relevantes, pois são definidos por Brasil (2004) como Hospitais Gerais e/ ou Especializados que servem de campo de prática para atividades curriculares de cursos da área da saúde, que são de propriedade de uma Instituição de Ensino Superior (IES), pública ou privada, ou formalmente conveniados a esta e que, segundo Bittar (2005), são responsáveis pela formação dos profissionais da saúde que atuarão na rede básica de saúde e nos hospitais públicos e privados.

Zucchi, Bittar e Haddad (1998), referem-se também a estes como hospitais que prestam assistência à saúde da população de alta complexidade e que desenvolvem atividades de capacitação de recursos humanos, envolvendo, concomitantemente, ações de docência, pesquisa e prestação de serviço à comunidade.

Além dessas atividades, de acordo com a Portaria Interministerial nº 2.400 de 02 de outubro de 2007 (BRASIL, 2007), também compete a essas unidades de ensino participar das políticas prioritárias do SUS e “colaborar ativamente na constituição de uma rede de cuidados progressivos à saúde, estabelecendo relações de cooperação técnica no campo da atenção e da docência com a rede básica, de acordo com as realidades locorregionais”.

Conforme Ceccim e Feuerwerker (2004), esta cadeia de cuidado à saúde compreende toda a rede de ações e serviços de saúde, sendo que cabe à atenção básica o papel de articuladora com o conjunto da rede de serviços em busca da atenção integral e de qualidade. Neste aspecto, estudos demonstram que os hospitais universitários e de ensino são importantes para a rede de atenção à saúde no Brasil, uma vez que respondem por cerca de 10% dos leitos, 12% das internações e da produção ambulatorial, 26% dos leitos de unidade de tratamento intensivo (UTI) e 38% dos procedimentos de alta complexidade ofertados pelo SUS (LOBO *et al*, 2009), além de integrarem ensino e assistência para responder às demandas de saúde das populações, mediante a oferta de serviços especializados e de alta complexidade e o uso e implantação de tecnologias para a saúde (ABRAHUE, 2011).

No Brasil, os Hospitais de ensino se caracterizaram, inicialmente, no ano de 1991 com a criação do Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária (FIDEPS), o qual se constituiu uma estratégia para “apoiar o desenvolvimento da infra-estrutura necessária ao desenvolvimento de ensino e pesquisa”, incorporado a estes hospitais em um período de crise financeira (MACHADO e KUCHENBECKER, 2007). Entretanto, desde os anos 70, já se propunha uma política para os hospitais de ensino com as assinaturas do Convênio MEC-MPAS, denominado Convênio Global, que envolvia tanto internação como atendimento ambulatorial em um contexto em que se buscava aproximar a educação médica do sistema de saúde.

Com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que culminou com o advento do Programa do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds) em 1987 e, conseqüentemente, com a criação do SUS, em 1988, foi lançada uma portaria interministerial que estabelecia, no âmbito do Convênio MEC-MPAS, critérios e parâmetros para a aplicação do Índice de Valorização de Desempenho. Este correspondia a um índice exclusivo para os HE, cuja composição se dava pelo somatório do Índice de Valorização Hospitalar com os Índices Adicionais de Valorização (BARBOSA, 2008).

O autor anteriormente citado denota que, após a criação do SUS e com a determinação na Constituição de 88, a formação dos recursos humanos para o setor saúde

seria uma das competências desse sistema. Contudo, corrobora que, na época, os hospitais de ensino não se percebiam indissociáveis ao SUS, atuando apenas como prestadores de serviços. Entretanto, embora a implantação do FIDEPS tenha surgido como uma proposta para se estabelecer uma política para estes hospitais, ainda se faziam necessárias a avaliação situacional dessas unidades e a reorientação da política para o setor.

Portanto, objetivando a reorientação dessa política, os ministérios da Educação e da Saúde instituíram, em 2003, uma Comissão Interinstitucional, formada pela representatividade dos segmentos da Educação, da Saúde, do Planejamento, do Orçamento e Gestão, e da Ciência e Tecnologia, para elaborar medidas de enfrentamento dos problemas (BRIZOLA, 2010).

Diante de isto, em 2004, os Ministérios da Educação e da Saúde instituíram, por meio da Portaria Interministerial nº1.006 e da Portaria nº 1.702 GM/MS, o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do SUS como uma proposta de reestruturar a política do setor frente à perspectiva de integrar a rede dos serviços de saúde, considerando o papel estratégico dos HE na assistência, na formação de profissionais e no desenvolvimento tecnológico (GALANTE *et al*, s/d).

No entanto, conforme a Portaria Interministerial 2.400 de 02 de outubro de 2007 (BRASIL, 2007), para serem certificados como Hospitais de Ensino, as unidades hospitalares deverão estar inscritas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e cumprir vários requisitos, tais como: servir de campo para a prática de atividades curriculares na área da saúde; abrigar alunos em atividades curriculares de ao menos um curso de medicina e dois outros cursos da saúde; possuir programas de Residência Médica credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM); garantir acompanhamento diário por docente ou preceptor para os estudantes de graduação e residentes; dispor de projeto institucional próprio ou vinculado à IES para o desenvolvimento de atividades regulares de pesquisa científica e avaliação de tecnologias, de mecanismos de gerenciamento das atividades de ensino e de pesquisa, e de instalações adequadas de ensino e de acesso à biblioteca atualizada e especializada na área da saúde; possuir em permanente funcionamento as comissões assessoras obrigatórias, pertinentes a instituições hospitalares; desenvolver atividades de vigilância epidemiológica; dispor de programa de capacitação profissional; participar das políticas prioritárias do SUS e colaborar ativamente na constituição de uma rede de cuidados progressivos à saúde; dedicar um mínimo de 60% dos leitos ativos ao SUS; regular e manter sob a regulação do gestor local os serviços conveniados ou contratados; estar inserido no

Sistema de Urgência e Emergência locorregional; ter ações compatíveis com a Política Nacional de Humanização; garantir mecanismos de participação e controle social no hospital e comprovar sua inclusão em programa de qualificação da gestão.

A Portaria Interministerial 1.006 de 2004 (BRASIL, 2004) afirma que uma unidade hospitalar é certificada como Hospital de Ensino mediante um processo de contratualização com estabelecimento de metas e indicadores, que pode ser depreendido como um meio pelo qual as partes, representante legal do hospital de ensino e gestor local do SUS, pactuam metas quantitativas e qualitativas do processo de atenção à saúde, de ensino e pesquisa e de gestão hospitalar, as quais deverão ser acompanhadas e atestadas pelo Conselho Gestor da Instituição ou pela Comissão Permanente de Acompanhamento de Contratos (BRASIL, 2004).

Para tanto, o instrumento legal que formaliza a pactuação de serviços, ações e atividades e a responsabilidade de ambas as partes envolvidas é o convênio. Este, de acordo com a Portaria Interministerial nº 1.702, deverá trazer a definição do objeto, as condições gerais, os encargos, os recursos financeiros, os instrumentos de controle, as penalidades, as denúncias e o plano operativo, sendo que neste último devem estar especificadas as metas físicas e de qualificação para as ações e atividades propostas, bem como as metas e indicadores propostos pelas políticas prioritárias do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004).

Assim, o modelo de alocação de recursos financeiros para a atenção à saúde, gestão, ensino e educação de pesquisa proposto para o custeio do HE é o de orçamentação mista, o qual é composto por componente com valor fixo mensal, componente com valor variável conforme o cumprimento de metas estabelecidas e componente correspondente à produção de serviços (BRASIL, 2004).

Estudos demonstram que esta nova forma de remuneração contém a expectativa de promover importantes mudanças tanto na gestão hospitalar como na gestão da saúde, a qual “passa a ser orientada por resultados e desempenhos e não apenas por procedimentos”, significando maior coerência com os princípios e diretrizes do SUS (BRIZOLA, 2010).

Zucchi, Bittar e Haddad (1998), corroboram ainda que os contratos de gestão dão materialidade ao processo de acompanhamento e avaliação sistemática de desempenho e que pressupõem o desenvolvimento da capacidade de gestão e avaliação dos gestores do SUS e hospitalares, favorecendo a utilização de sistemas apurados de informação e de indicadores a fim de conferir maior transparência e acurácia avaliativa. Conquanto, Vicente Falconi *apud*

Galante *et al* (200?) ressalta que quando uma meta não é atingida faz-se necessária a revisão de todo o método para descobrir o que não deu certo.

Conforme o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (BRASIL, 2015), hoje o Brasil possui 198 unidades hospitalares credenciadas como Hospital de Ensino, sendo que destas, 09 estão localizadas no Estado do Ceará, compreendendo espaços de formação para a área da saúde e contribuindo para o fortalecimento do SUS com ações de ensino, pesquisa e atendimento de alta complexidade. Portanto questiona-se: qual o desempenho obtido por um Hospital de Ensino do Estado do Ceará nos processos de gestão, ensino, pesquisa e atenção à saúde após a contratualização com o SUS?

1.4 Objetivos

1.4.1 Geral

Avaliar, na perspectiva dos *stakeholders*, o desempenho de um Hospital de Ensino do Estado do Ceará após a sua contratualização com o Sistema Único de Saúde como Hospital de Ensino, nos eixos “Ações estratégicas na área da assistência”, “Gestão, Ensino e Pesquisa” e “Modelo de Alocação de Recursos Financeiros”.

1.4.2 Específicos

- Analisar, na perspectiva dos *stakeholders*, o desempenho obtido por um hospital de ensino do estado do Ceará quanto aos eixos “Ações estratégicas na área da assistência”, “Gestão, Ensino e Pesquisa” e “Modelo de Alocação de Recursos Financeiros”.
- Analisar as reivindicações, as preocupações e as questões levantadas pelos *stakeholders* relativamente a cada um desses três eixos.
- Comparar essas reivindicações, preocupações e questões entre os grupos de *stakeholders*: da gestão do SUS, do HE e das escolas médicas, da comissão de acompanhamento do HE, da assistência, de docentes e preceptores, e de internos e residentes.

1.5 Justificativa

Em estudo sobre a temática, Brizola (2010) avaliou a performance de um Hospital Universitário e de Ensino de Londrina/PR antes e após a contratualização, objetivando contribuir para a produção de conhecimentos e informações sobre o tema em questão, em benefício da saúde da população e da utilização dos recursos públicos em saúde.

Desta forma, Brizola (2010) ao avaliar a estrutura e os resultados de um hospital universitário e de ensino a partir da teoria de Donabedian (1986) e com base nos indicadores propostos por Bittar, nas diretrizes para a contratualização, nos critérios para avaliação institucional, na padronização de censo hospitalar e nos parâmetros assistenciais estabelecidos pelo Ministério da Saúde, comparando o desempenho nos três anos antes da contratualização deste (2002-2004) e nos três anos depois (2006-2008), verificou que na dimensão estrutura, houve melhora nas categorias instalações e equipamentos e receita, e piora na categoria recursos humanos; na dimensão resultado, houve melhora nas categorias produção e ensino e pesquisa, e piora nas categorias custo e qualidade; e que não houve alteração de desempenho na categoria produtividade.

Assim, concluiu que os principais resultados atribuíveis à contratualização foram o aumento de equipamentos cadastráveis no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, aumento dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares de alta complexidade, ampliação da oferta de consultas especializadas na central de regulação e aumento da receita.

Em outro estudo, desenvolvido por Lima (2009), com quatro hospitais de ensino e suas respectivas secretarias contratantes no qual objetivou identificar possibilidades e limites da contratualização para a melhoria do desempenho, o incremento da prestação de contas, o aprimoramento da gestão, a melhoria da assistência e a maior inserção dos hospitais de ensino na rede de serviços de saúde, no âmbito do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde/SUS, verificou-se que, na percepção dos dirigentes dos hospitais, a associação entre contratualização e a presença de mecanismos de inserção na rede, de práticas e estruturas de qualificação assistencial e gerencial nos hospitais é frágil, que os hospitais mais estruturados assistencial e gerencialmente apresentaram uma contratualização mais estruturada com a secretaria, que houve um aumento de produção da média complexidade ambulatorial e uma diminuição dos procedimentos de atenção básica em todos os hospitais. No entanto, a referida autora enfatiza que não é possível afirmar que esses resultados tenham sido devido à contratualização, uma

vez que foram encontrados tanto nos processos de contratualização mais estruturados quanto nos menos.

Portanto, sabendo da importância da contratualização para o controle, monitoramento e avaliação do desempenho qualitativo e quantitativo dessas unidades hospitalares na rede de saúde, considerando a experiência de acompanhamento das metas de um hospital de ensino e tomando-se por base a cadeia de cuidados progressivos em saúde, o estudo inicial de Brizola (2010) e Lima (2009) sobre esta temática, percebemos a necessidade de conhecer o desempenho obtido por hospitais gerais de ensino do Ceará, após a contratualização com o SUS, nos processos de gestão, ensino e pesquisa e atenção à saúde.

1.6 Relevância

Logo, ao compreender a imprescindibilidade da contratualização dos Hospitais de Ensino para a reafirmação da rede de saúde do SUS, nos aspectos da formação de profissionais, da pesquisa para o setor e da atenção à saúde qualificada e resolutiva dentro da rede de cuidados progressivos à saúde, e por se tratar de um tema novo, ainda pouco explorado, este estudo favorecerá a produção de conhecimentos e informações sobre a temática, contribuindo para a reorientação da formação de profissionais para o setor saúde, no âmbito da Estratégia Saúde da Família e dos níveis de atenção secundário e terciário, bem como para uma assistência à saúde efetiva e aplicação adequada dos recursos públicos em saúde.

2 ARTIGOS

Apresentamos a seguir dois artigos submetidos à Revista Brasileira de Educação Médica. O primeiro artigo objetivou analisar a produção científica existente sobre a avaliação dos hospitais de ensino. Portanto, foi realizada uma revisão sistemática, de julho a setembro de 2013, nas bases de dados eletrônicas LILACS, MEDLINE e SCIELO, utilizando como orientador da busca o descritor “hospitais de ensino” e como critérios de inclusão: artigos que discutissem avaliação dos HE; desenvolvidos no Brasil; disponíveis na íntegra e em português, e que foram publicados após o ano de 2004. Assim, foram incluídos 10 artigos que, por atenderem aos nossos interesses de investigação, foram lidos na íntegra e posteriormente, discutidos. A revisão indicou que os estudos existentes são insuficientes para avaliar o desempenho dos HE, sendo necessárias novas pesquisas em outras regiões do país, com uso de abordagens metodológicas qualitativas e mistas para o desenvolvimento da avaliação dos HE.

O segundo artigo objetivou descrever um modelo heurístico de avaliação de Hospitais de Ensino a partir dos conceitos de *paradigma de pesquisa* e de *modelo teórico*, indo buscar na reflexão de Domingues (2004) sobre a epistemologia das ciências humanas a delimitação de ambos os conceitos que empregamos neste estudo, constituindo-se em seu esquema conceitual. Assim, para atingirmos o objetivo, tomamos como hipótese de trabalho que a avaliação é uma aplicação da metodologia das Ciências Sociais, tendo como perspectiva teórica próxima ao *paradigma de pesquisa* a Sociologia Figuracional de Norbert Elias, e, como *modelo teórico*, a Avaliação de Quarta Geração de Egon G. Guba e Yvona S. Lincoln, visto que é compreendida como uma metodologia de apreensão dos significados, valores, questões e preocupações frente aos processos de gestão, ensino, pesquisa e assistência, através de seus *stakeholders*, implicados no processo.

AVALIAÇÃO DOS HOSPITAIS DE ENSINO NO BRASIL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

BRAZIL'S TEACHING HOSPITALS EVALUATION: A SYSTEMATIC REVIEW

¹Denise Lima Nogueira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará. Rua Geraldo Rangel, 186, Derby, Sobral-CE, CEP. 62041-040. E-mail: deniseln2009@hotmail.com

²Geison Vasconcelos Lira. Doutor em Educação. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará. Rua Geraldo Rangel, 186, Derby, Sobral-CE, CEP. 62041-040. E-mail: vasconlira@gmail.com

³Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque. Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará. Rua Geraldo Rangel, 186, Derby, Sobral-CE, CEP. 62041-040. E-mail: izabellealbuquerque950@hotmail.com

⁴Maria Socorro Carneiro Linhares. Mestre em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú. Rua Geraldo Rangel, 186, Derby, Sobral-CE, CEP. 62041-040.

Resumo: Hospitais de ensino (HE) são hospitais que desenvolvem ações de docência, pesquisa e prestação de serviço de alta complexidade, sendo necessários, portanto, qualidade e integralidade em suas ações, pautadas nos princípios e diretrizes do SUS. Neste aspecto, este estudo objetivou analisar a produção científica existente sobre a avaliação dos hospitais de ensino. Portanto, foi realizada uma revisão sistemática, de julho a setembro de 2013, nas bases de dados eletrônicas LILACS, MEDLINE e SCIELO, utilizando como orientador da busca o descritor “hospitais de ensino” e como critérios de inclusão: artigos que discutissem avaliação dos HE; desenvolvidos no Brasil; disponíveis na íntegra e em português, e que foram publicados após o ano de 2004. Assim, foram incluídos 10 artigos que, por atenderem aos nossos interesses de investigação, foram lidos na íntegra e posteriormente, discutidos. A revisão indicou que os estudos existentes são insuficientes para avaliar o desempenho dos HE,

sendo necessárias novas pesquisas em outras regiões do país, com uso de abordagens metodológicas qualitativas e mistas para o desenvolvimento da avaliação dos HE.

Palavras-chave: Hospitais de ensino, Avaliação, Benchmarking

Abstract: Teaching hospitals (TH) are settings that develop teaching, research and provision of high quality complex health attention, guided by humane and integral care, and by Brazilian Public Health System's principles and guidelines. This study aimed to analyze the existing scientific literature on the evaluation of TH. Therefore, a systematic review was performed from July to September 2013 in the electronic databases LILACS, MEDLINE and SciELO, using the search descriptor "hospitals teaching", and as inclusion criteria: empirical articles that discuss the TH; developed in Brazil; available in full text and in Portuguese language; published after 2004. Ten articles were included, and read in full and subsequently discussed. The literature review suggests that the existing studies are insufficient to evaluate TH performance, demanding more research on the subject in other country regions, using qualitative or mixed methods to improve TH evaluation.

Key words: Hospitals teaching, Evaluation, Benchmarking

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988, ao passo que cria o Sistema Único de Saúde (SUS), como forma de prover a saúde aos cidadãos brasileiros, afirmando, em seu Artigo 196, ser aquela direito de todos e dever do Estado, também afirma no seu Artigo 200, inciso III, que compete ao SUS ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde¹.

Nesse contexto, os Hospitais de Ensino (HE) são relevantes, já que correspondem a Hospitais Gerais e/ou Especializados que servem de cenário de prática para atividades curriculares de cursos da área da saúde, de propriedade de uma Instituição de Ensino Superior (IES), pública ou privada, ou formalmente conveniados a esta², segundo os termos da Portaria Interministerial MEC/MS nº1000/2004, sendo responsáveis pela formação dos profissionais da saúde que atuarão tanto na rede básica como nos hospitais públicos e privados³. Também são compreendidos como hospitais que prestam assistência à saúde de alta complexidade e que desenvolvem atividades de capacitação de recursos humanos, envolvendo,

concomitantemente, ações de docência, pesquisa e prestação de serviço à comunidade⁴, fato que exige deles qualidade e integralidade em suas ações, pautadas nos princípios e diretrizes do SUS.

Em 2004, os Ministérios da Educação e da Saúde, objetivando reestruturar os HE's integrando-os à rede dos serviços de saúde, institui, por meio da Portaria Interministerial nº 1.006/MEC/MS, o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no SUS, e da Portaria nº 1.702 GM/MS, o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do SUS. Entretanto, para que o credenciamento desses hospitais junto ao SUS seja efetivado, eles são avaliados por uma comissão interinstitucional, consoante o disposto na Portaria Interministerial nº 2.400 de 02 de outubro de 2007, devendo estar inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e cumprir vários requisitos, tais como: servir de campo para a prática de atividades curriculares na área da saúde; abrigar alunos em atividades curriculares de ao menos um curso de Medicina e dois outros cursos da saúde; possuir programas de Residência Médica credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM); garantir acompanhamento diário por docente ou preceptor para os estudantes de graduação e residentes; dispor de projeto institucional próprio ou vinculado a Instituição de Ensino Superior (IES) para o desenvolvimento de atividades regulares de pesquisa científica e avaliação de tecnologias, de mecanismos de gerenciamento das atividades de ensino e de pesquisa, de instalações adequadas de ensino e de acesso a biblioteca atualizada e especializada na área da saúde; participar das políticas prioritárias do SUS; colaborar ativamente na constituição de uma rede de cuidados progressivos à saúde; e dedicar um mínimo de 60% dos leitos ativos ao SUS⁵.

Para tanto, a unidade hospitalar precisa ser submetida a um processo de contratualização com estabelecimento de metas e indicadores entre o representante legal do hospital de ensino e o gestor local do SUS, por meio de metas quantitativas e qualitativas do processo de atenção à saúde, de ensino e pesquisa e de gestão hospitalar⁶, as quais deverão ser acompanhadas e atestadas pelo Conselho Gestor da Instituição ou pela Comissão Permanente de Acompanhamento de Contratos.

Neste aspecto, as Comissões de Acompanhamento de Contrato aparecem no convênio como uma proposta de cada local, devendo ser constituídas por representantes da secretaria, do hospital, da comunidade acadêmica e dos usuários, com reuniões mensais, a fim de acompanhar a execução dos convênios, no tocante aos custos, acompanhamento das metas e avaliação da qualidade⁷.

Com efeito, e sabendo que, atualmente, no Brasil existem 182 unidades hospitalares credenciadas como HE⁸, que contribuem para a formação de recursos humanos em saúde para toda a rede de atenção à saúde do SUS, nos níveis de atenção primária, secundária e terciária, e que prestam assistência à saúde de alta complexidade, é oportuno revisar a produção científica existente sobre a avaliação desses hospitais.

MÉTODOS

Empreendeu-se uma revisão sistemática, tipo de pesquisa que utiliza como fonte de dados a literatura sobre determinado tema, disponibilizando um resumo das evidências relacionadas a uma questão, mediante aplicação de métodos explícitos e sistematizados de busca⁹.

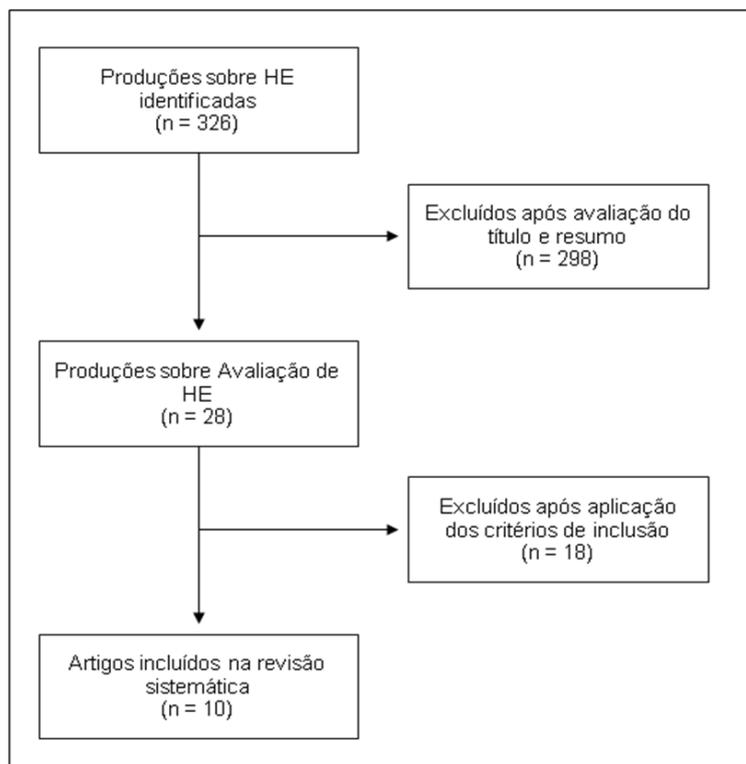
Objetivo da revisão

Identificar, sintetizar e sumarizar pesquisas avaliativas sobre avaliação dos HE's produzidas após a publicação da Portaria Interministerial nº 1.000 MEC/MS de 2004, e indicar e recomendar direcionamentos para futuras pesquisas.

Crerios de inclusão

Foram aplicados os seguintes critérios de inclusão: 1) artigos originais de pesquisa avaliativa, 2) desenvolvidos no Brasil, 3) disponíveis na íntegra, 4) em português, e 5) publicados após o ano de 2004, já que este foi o ano de criação da Política de Reestruturação dos Hospitais de Ensino consoante as Portarias Interministeriais nº 1006/MEC/MS e 1.702/GM/MS de 2004 (Figura 1).

Figura 1: Descrição do fluxo de seleção da Revisão sistemática sobre Avaliação de Hospitais de Ensino: julho-setembro 2013.



Estratégia e período de busca

A estratégia de busca foi realizada em duas etapas. Inicialmente, fez-se uma pesquisa nas bases de dados eletrônicas SCIELO, LILACS, Medline, utilizando-se, como orientador de busca, o descritor “hospitais de ensino”, obtido dentre os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) para identificar produções bibliográficas que tivessem como tema *Hospitais de Ensino*. A seguir, excluídas as indexações concomitantes, foram lidos os títulos e resumos das produções, aplicando-se os critérios de inclusão para compor a amostra a ser submetida à análise detalhada. A busca foi realizada no período de julho a setembro de 2013 por um dos autores e foi auditada por outros dois autores, para de assegurar a qualidade da busca.

Extração dos dados

Foram extraídos como dados: *Perfil dos Autores, Periódico e Ano de Publicação, Cenário do Estudo, Método Empregados, Principais Conclusões* e outros dados relevantes para os objetivos da revisão.

Síntese dos dados

Uma síntese dos resultados de cada artigo foi elaborada, explicitando suas contribuições para a temática da *Avaliação de HE*, e as diretrizes de pesquisa que deles emergem.

RESULTADOS

A busca na primeira etapa identificou 326 produções bibliográficas, das quais 28 tratavam sobre *Avaliação dos HEs*. Ao aplicar os critérios de inclusão, foram incluídos 10 artigos (APÊNDICE A), sendo verificado que a produção sobre *Avaliação dos HEs* corresponde a 8,6% do total de produções sobre HE. Foram excluídos, os textos editoriais, relatórios de reuniões, trabalhos de conclusão de cursos, artigos em inglês e publicados em anos anteriores a 2004. Os detalhes do processo de seleção são apresentados na Figura 1.

Perfil dos autores

A temática suscitou interesse de pesquisadores das áreas da gestão e educação das regiões Sul e Sudeste do país, que buscaram conhecer o desempenho e a qualidade dos hospitais após a certificação como HE's a fim de avaliar o impacto da contratualização.

Quanto aos pesquisadores da área da gestão identificam-se gestores e assessores municipais e gestores de unidades hospitalares federais de ensino, com predomínio daqueles. Na área da educação, verificam-se autores vinculados a Instituições Superiores de Ensino e a Hospitais Universitários Federais dos estados brasileiros Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

Periódico e ano de publicação

A produção científica sobre *Avaliação de HE* encontra-se disponível, predominantemente, em periódicos de saúde (n= 9), com uma publicação na área médica, e a partir da instituição do Programa de Reestruturação dos HE's no SUS, em 2004. Contudo, somente em 2007 é que surgem publicações sobre a temática tendo-se por base o disposto na política de reestruturação dos HE's, havendo durante os anos 2007 e 2008, uma publicação anual e nos anos 2009 a 2012, duas publicações.

Cenário dos estudos

Os estudos foram desenvolvidos, em sua maioria (n= 7), em hospitais gerais vinculados à rede federal de educação brasileira dos estados de São Paulo e Minas Gerais, seguidos por hospitais de ensino no âmbito do SUS (n= 3).

Métodos empregados

Para o desenvolvimento dos estudos, os autores utilizaram em sua maioria (n= 7) métodos quantitativos, seguidos de métodos qualitativos (n= 2) e métodos mistos (n= 1), com uso das ferramentas Análise de Dados Envoltória (DEA), Índice de Malmquist e Metodologia Multicritério de Apoio à Decisão (MCDA).

Principais conclusões

Ao realizarem estudo com os hospitais gerais públicos federais de ensino a partir dos dados do segundo semestre de 2003 do Sistema de Informação dos Hospitais Universitários Federais (SIHUF), Lins *et al*¹⁰ verificaram que os hospitais de ensino tendem a investir mais nas práticas de assistência e que a maior concentração das atividades de ensino e pesquisa é observada nas unidades de maior complexidade.

Em outro estudo desenvolvido com 30 hospitais gerais do MEC, Lobo *et al*¹¹ identificaram melhoria evolutiva apenas na eficiência técnica dos hospitais de ensino, com aumento de 55% das unidades estudadas na fronteira de eficiência após maior injeção de recursos financeiros.

Ao analisar a evolução do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC/UFMG) de 1998 a 2006, Costa, Mota e Figueiredo¹² constataram melhora significativa nos indicadores de desempenho hospitalar e nas ações de assistência, ensino e pesquisa, decorrente de duas grandes diretrizes: 1) desenvolvimento de processo de reformulação interna, caracterizada por princípios e estratégias no campo gerencial como descentralização da gestão e democratização da instituição, e, 2) construção progressiva e irreversível de nova inserção do HC/UFMG no SUS por meio de diretrizes políticas nacionais.

Ainda nesse aspecto, Bittar e Magalhães¹³ demonstraram, a partir de estudo nos dados do Sistema de Avaliação dos Hospitais de Ensino (SAHE) da Secretaria do Estado de São Paulo, que os hospitais de ensino deveriam investir mais na capacitação de alunos, internos e residentes para ampliar o atendimento ambulatorial, que existe necessidade de melhores informações sobre o número de publicações e de profissionais dedicados ao ensino e pesquisa nesses hospitais, e que esses hospitais possuem um índice de residentes/leito 3,4 vezes maior que a referência internacional.

Entretanto, ao avaliar a qualidade do hospital-escola de São Carlos a partir da perspectiva do usuário, Ricci *et al*¹⁴ verificaram elevado grau de satisfação dos usuários com a equipe geral e de saúde do hospital. Constataram que, embora os participantes reconhecessem o vínculo do hospital com a universidade, não foi percebida, pela maioria dos usuários, a presença de estudantes na equipe, haja vista esses desempenharem suas funções com dedicação e qualidade.

Em pesquisa desenvolvida com 104 hospitais de ensino para medir o desempenho e estudar a influência dos fatores ambientais (internos ou externos) na eficiência encontrada, Lobo *et al*¹⁵ evidenciaram que apenas cinco dos hospitais estudados foram considerados eficientes, tomando-se por base a média de eficiência 49%, afirmando que essa eficiência é influenciada por fatores ambientais, os quais nem todos são suscetíveis a governabilidade do gestor.

Referente ao processo de certificação dos hospitais e mecanismos de rede, Lima e Rivera¹⁶ perceberam que, segundo os dirigentes de quatro hospitais de ensino, a associação entre contratualização e a presença de mecanismos de inserção na rede de práticas e estruturas de qualificação assistencial e gerencial nos hospitais é frágil; que os hospitais mais estruturados assistencial e gerencialmente possuem contratualização mais estruturada com a secretaria; e que houve aumento na produção da média complexidade ambulatorial e

diminuição nos procedimentos de atenção básica em todos os hospitais após a contratualização.

Neste aspecto, Castro e Souza¹⁷ demonstram a importância do hospital de ensino no sistema de referência para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e para o nível de atenção secundária ao discutirem a construção do módulo ambulatorial do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora - Centro de Atenção à Saúde (CAS).

Desta forma, Barata, Mendes e Bittar¹⁸ apresentam propostas no sentido de aprimorar a participação dos hospitais de ensino no sistema de saúde, em benefício à assistência médica de toda a população usuária, considerando a relevância destes na formação de recursos humanos e na produção de conhecimentos, tecnologia e pesquisa em saúde, e Longaray e Ensslin¹⁹ propõem um modelo de avaliação de desempenho dos hospitais de ensino que tem por instrumento a metodologia Multicritério de Apoio à Decisão (MCDA). De acordo com estes autores, esse modelo de avaliação permite ao decisor/gestor identificar, caracterizar e organizar fatos relevantes, favorecendo a tomada de decisões que possibilitem melhorar o desempenho do objeto que está sendo avaliado.

DISCUSSÃO

Avaliar, conforme Contradioupolos *et al*²⁰, consiste em fazer um julgamento de valor sobre uma intervenção ou qualquer um de seus componentes, tendo como objetivo auxiliar em tomada de decisões. Segundo esses autores, este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou ser elaborado a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa).

Portanto, ao buscar identificar pesquisas avaliativas sobre *Avaliação dos HE*, verificou-se crescente produção a partir do ano de 2007. Dado que pode estar correlacionado ao início do processo de reorientação dos Hospitais de Ensino, em 2004, com a Portaria Interministerial nº 1000 MEC/MS, uma vez que, anteriormente a esse período, identificou-se apenas uma publicação sobre a temática. Contudo, Wanderley²¹ afirma que se ainda é cedo para avaliar experiências de contratualização de HE, já é tarde para discutir como avaliá-las.

Constatou-se também que os estudos indexados foram produzidos por pesquisadores da gestão e educação das regiões Sul e Sudeste do Brasil, demonstrando o envolvimento dessas duas áreas no processo de reorientação dos HE's e a preocupação com o desempenho obtido por eles nos aspectos da gestão, atenção à saúde, ensino e pesquisa após a

implementação da política. No entanto, verificou-se que esses estudos correspondem apenas a 8,6% da publicação sobre a temática e que foram desenvolvidos em HE da região sudeste brasileira, cujo território sócio-geográfico possui 49,5% dos HE do país.

Quanto às metodologias adotadas, verificou-se a necessidade do uso de abordagens qualitativas e mistas na avaliação dos HE, já que foram desenvolvidas, em sua maioria, pesquisas com abordagens quantitativas.

Desta forma, percebeu-se que os hospitais de ensino tiveram maior desempenho após maior aporte de recursos financeiros, decorrentes da contratualização, que a eficiência destes esteve presente no aspecto da assistência em detrimento do ensino e pesquisa, e que os hospitais de ensino possuem produtividade superior aos hospitais públicos gerais e inferior aos privados. Esses dados corroboram que maior alocação de recursos financeiros e gerenciamento eficaz são fatores imprescindíveis no desempenho dos hospitais de ensino, uma vez que não é possível prestar assistência de alta complexidade, agregar estudantes e residentes nas práticas assistenciais e desenvolver pesquisas, sem financiamento, aporte adequado de recursos e gestão qualificada.

No tocante à *Avaliação dos HE*, percebeu-se no estudo de Lima e Rivera¹⁶ a relação entre contratualização e desempenho assistencial; nos estudos de Linns *et al*¹⁰ Lobo *et al*¹¹, Costa, Mota e Figueiredo¹², Bittar e Magalhães¹³, Barata, Mendes e Bittar¹⁸, a avaliação orientada a partir dos indicadores de qualidade da assistência à saúde e de indicadores básicos de saúde; e, no estudo de Ricci *et al*¹⁴ a gestão da qualidade na avaliação da satisfação dos usuários do Hospital Escola de São Carlos. Dados que vão ao encontro do discurso de Wanderley²¹ sobre a necessidade de se discutir metodologias de avaliação dos HE.

Portanto, com a pesquisa, verificou-se que ainda existem lacunas no conhecimento sobre o desempenho dos hospitais de ensino nos aspectos da assistência, ensino e pesquisa, sobre os efeitos da contratualização nestes e que ainda é pequeno o número de pesquisas qualitativas sobre o tema, demonstrando a necessidade do desenvolvimento de outras pesquisas para subsidiarem gestores em tomadas de decisões.

CONCLUSÕES E DIRETRIZES PARA FUTURAS PESQUISAS

A análise da literatura nos permitiu compreender que embora haja estudos que discutam e avaliem os hospitais universitários e de ensino, no âmbito da assistência, ensino e

pesquisa, estes ainda são insuficientes para comprovar o impacto da contratualização no desempenho dos HE, visto que correspondem a menos que 10% de estudos sobre a temática.

Desta forma, é necessário o desenvolvimento de novos estudos em outras regiões do país, com uso de abordagens metodológicas qualitativas e mistas na avaliação dos HE, a fim de contribuir para a melhoria das ações de ensino e pesquisa para o setor saúde e da assistência nos três níveis de atenção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado, 1988.
2. Brasil. Portaria Interministerial 1.000 de 15 de abril de 2004 [capturado 10 out. 2011]. Disponível em:
<http://www.femerj.org.br/Boletim/Federal/Ministerio%20Saude/GM/2004/Junho/PORTARIA%20INTERMINISTERIAL%20N%BA%201000.pdf>.
3. Bittar OJNV. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde - parte II. Revista de Administração em Saúde [on line]. 2004. 6(22) [capturado 29 jun. 2013]; 15-18. Disponível em: <http://sistema4.saude.sp.gov.br/sahe/documento/indicadorQualidadeII.pdf>
4. Zucchi P, Bittar OJNV, Haddad N. Produtividade em hospitais de ensino no estado de São Paulo, Brasil. Rev Panam Salud Publica [on line]. 1998. 4(5) [capturado 25 jun. 2013]; 311-316. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49891998001100004&script=sci_arttext
5. Brasil. Portaria Interministerial nº 2.400 de 02 de outubro de 2007. Disponível em:
<http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2400-%5B2830-120110-SES-MT%5D.pdf>
Acessado em: 2011 out 10.
6. Brasil. Portaria nº 1.702/GM de 17 de agosto de 2004. Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras

providências. [capturado 10 out. 2011] Disponível em:

<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1702.htm>.

7. Malik AM. Parte II – Síntese da palestra: Os desafios e as perspectivas do processo de contratualização no contexto brasileiro. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Análise do processo de contratualização dos hospitais de ensino e filantrópicos no SUS: dificuldades, perspectivas e propostas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2010.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [capturado 08 fev. 2014]. Disponível em:

http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_hospitais_Ensino.asp.

9. Sampaio RF, Mancini MC. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. Rev. bras. Fisioter. [on line]. 2007. 11(1) [capturado 10 set. 2013]; 83-89. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v11n1/12>.

10. Lins ME, Lobo MSC, Silva ACM, Fiszman R, Ribeiro VJP . O uso da análise envoltória dos dados (DEA) para avaliação de hospitais universitários brasileiros. Rev. Ciência & Saúde Coletiva [on line]. 2007. 12(4) [capturado 29 mai. 2013]; 995-998. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232007000400020&script=sci_arttext

11. Lobo MSC, Lins ME, Silva ACM, Fiszman R. Impacto da reforma de financiamento de hospitais de ensino no Brasil. Rev. Saúde Pública [on line]. 2009. 43(3) [capturado 31 mai. 2013]; 437-445. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300007

12. Costa MA, Mota JAC, Figueiredo RCP. A nova dinâmica institucional do Hospital das Clínicas da UFMG: o projeto de unidades funcionais e a contratualização com o SUS/BH. Rev. Med. Minas Gerais [on line]. 2009. 19(3) [capturado 29 jun. 2013]; 269-275. Disponível em: <http://rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/viewArticle/172>

13. Bittar OJNV, Magalhães A. Hospitais de ensino: informações para monitoramento. RAS [on line]. 2008. 10(38) [capturado 25 jun. 2013]; 12-20. Disponível em:
<http://sistema.saude.sp.gov.br/sahe/documento/ras38.pdf>
14. Ricci NA, Wanderley FS, Oliveira MS, Rebelatto JR. O hospital-escola de São Carlos: análise do funcionamento por meio da satisfação do usuário. Rev. Ciência & Saúde Coletiva [on line]. 2011. 17(1) [capturado 30 mai. 2013]; 1125-1134. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700044
15. Lobo MSC, Lins ME, Silva ACM, Fiszman R, Bloch KV. Influência de fatores ambientais na eficiência de hospitais de ensino. Epidemiol. Ser. Saúde [on line]. 2011. 20(1) [capturado 25 jun. 2013]; 37-45. Disponível em:
http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742011000100005&lng=pt&nrm=.pf
16. Lima SML, Rivera FJU. A contratualização nos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro. Rev. Ciência & Saúde Coletiva [on line]. 2012. 17(9) [capturado 28 mai. 2013]; 2507-2521. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000900031&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
17. Castro EAB, Souza AIS. Assistência e gestão: interface entre modos tecnológicos de intervenção em um hospital público de ensino. Rev. APS [on line]. 2010. 13(1) [capturado 29 jun. 2013]; 46-49. Disponível em:
<http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/viewFile/791/380>
18. Barata LRB, Mendes JDV, Bittar OJNV. Hospitais de ensino e o Sistema Único de Saúde. RAS [on line]. 2010. 12(46) [capturado 25 jun. 2013]; 7-14. Disponível em:
<http://sistema4.saude.sp.gov.br/sahe/documento/ras46.pdf>
19. Longaray AA, Ensslin L. Uso da MCDA na identificação e mensuração da performance dos critérios para a certificação dos hospitais de ensino no âmbito do SUS. Produção [on

line]. 2012. xx(x) [capturado 15 set. 2013]. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65132013005000021

20. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL *et al.* A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ [on line]. 1997 [capturado 20 nov. 2013]; 29-47. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/3zcft/pdf/hartz-9788575414033-04.pdf>.

21. Wanderley FL. Parte IV – Mesa Redonda II – A missão da comissão de acompanhamento no processo de contratualização: dificuldades, perspectivas e propostas. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Análise do processo de contratualização dos hospitais de ensino e filantrópicos no SUS: dificuldades, perspectivas e propostas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2010.

TEORIA E MÉTODO PARA UM MODELO DE AVALIAÇÃO DOS HOSPITAIS DE ENSINO NO BRASIL

THEORY AND METHOD OF A MODEL FOR BRAZILIAN TEACHING HOSPITALS EVALUATION

¹ Geison Vasconcelos Lira. Doutor em Educação. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará. Rua Geraldo Rangel, 186, Derby, Sobral-CE, CEP. 62041-040. E-mail: vasconlira@gmail.com

² Denise Lima Nogueira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará. Rua Geraldo Rangel, 186, Derby, Sobral-CE, CEP. 62041-040. E-mail: deniseln2009@hotmail.com

Resumo: Hospitais de Ensino correspondem a hospitais que servem de cenário de prática para atividades curriculares de cursos da área da saúde, podendo ser de propriedade de uma Instituição de Ensino Superior, pública ou privada, ou formalmente conveniados a esta, apresentando como eixos de reestruturação atenção à saúde, gestão hospitalar, ensino e pesquisa. Desta forma, este trabalho tem como objetivo descrever um modelo heurístico de avaliação de Hospitais de Ensino a partir dos conceitos de *paradigma de pesquisa* e de *modelo teórico*, tomando como hipótese de trabalho que a avaliação é uma aplicação da metodologia das Ciências Sociais. Assim, com respeito ao marco metodológico, elegemos a Avaliação de Quarta Geração de Egon G. Guba e Yvona S. Lincoln como metodologia de apreensão dos significados, valores, questões e preocupações frente aos processos de gestão, ensino, pesquisa e assistência, através de seus *stakeholders*, implicados no processo.

Palavras-chave: Hospitais de ensino, Avaliação, Métodos

Abstract: Hospitals teaching correspond to hospitals that serve as practice for curricular activities courses healthcare scenario and may be owned by a higher education institution, public or private, insured or formally to this, presenting as axes attention to restructuring health, hospital management, teaching and research. Thus, this paper aims to describe a heuristic evaluation model of Hospitals Teaching from the concepts of research paradigm and theoretical model, taking as a working hypothesis that the evaluation is an application of the methodology of the social sciences. Thus, with respect to the methodological framework, we

elected to Fourth Generation Evaluation by Egon G. Guba and Lincoln as Yvona S. methodology apprehension of meanings, values, issues and concerns facing the processes of management, education, research and care through its stakeholders involved in the process.

Key-words: Hospitals teaching, Evaluation, Methods

INTRODUÇÃO

No contexto brasileiro, os Hospitais de Ensino (HE) são equipamentos relevantes por terem como pressupostos a atenção à saúde de alta complexidade, a formação de profissionais de saúde para o Sistema Único de Saúde (SUS) e o desenvolvimento de pesquisa e tecnologias para o setor, sendo definidos, por meio da Portaria Interministerial MEC/MS nº1000/2004, como Hospitais Gerais e/ou Especializados que servem de cenário de prática para atividades curriculares de cursos da área da saúde, podendo ser de propriedade de uma Instituição de Ensino Superior (IES), pública ou privada, ou formalmente conveniados a esta¹. Na literatura internacional, a definição desses hospitais possui uma conotação semelhante, uma vez que segundo Grosskopf, Margaritis e Valdmanis *apud* Lobo *et al*², são instituições que possuem residentes e/ou são afiliadas a conselhos ou associações governamentais de ensino médico.

Em 2003, visando a integração das atividades de assistência, ensino e pesquisa às políticas prioritárias do SUS, o Ministério da Saúde estabeleceu a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES), relacionada à ordenação de recursos humanos em saúde, e o Departamento de Ciência e Tecnologia responsável pelo desenvolvimento de pesquisas em saúde. Todavia, uma integração mais orgânica entre essas áreas só se tornou possível após a implementação da Política de Reestruturação dos Hospitais de Ensino². Este programa, instituído em 2004, objetiva o aprimoramento e a inserção dos HE no SUS, por meio de um contrato de gestão entre o gestores hospitalar e municipal de saúde, tendo como base 1) a redefinição do papel dessas unidades no sistema municipal de saúde ou de referência, 2) a qualificação da inserção desses hospitais na rede de saúde municipal/estadual, 3) as definições dos mecanismos de referência e contra-referência, 4) a mudança de estratégias de atenção, 5) a humanização da atenção à saúde, 6) a melhoria da qualidade dos serviços prestados, 7) a qualificação da gestão hospitalar, e 8) o desenvolvimento de ações de educação permanente e de pesquisa de interesse do sistema de saúde vigente³.

Assim, para serem certificados como HE, os hospitais devem se submeter a um processo de avaliação paritária pelos Ministérios da Saúde e da Educação, pautado nas seguintes exigências estabelecidas pela Portaria Interministerial nº 2.400, de 02 de outubro de 2007: 1) estar inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); 2) servir de campo de prática para atividades curriculares na área da saúde; 3) abrigar alunos em atividades curriculares de ao menos um curso de Medicina e de dois outros cursos da saúde; 4) possuir programas de Residência Médica credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM); 5) garantir acompanhamento diário por docente ou preceptor para os estudantes de graduação e residentes; 6) dispor de projeto institucional próprio ou vinculado a IES para o desenvolvimento de atividades regulares de pesquisa científica e avaliação de tecnologias, de mecanismos de gerenciamento das atividades de ensino e de pesquisa, de instalações adequadas de ensino e de acesso à biblioteca atualizada e especializada na área da saúde; 7) participar das políticas prioritárias do SUS; 8) colaborar ativamente na constituição de uma rede de cuidados progressivos à saúde; e dedicar um mínimo de 60% dos leitos ativos ao SUS⁴.

Uma vez certificados, esses hospitais pactuam metas quantitativas e qualitativas, com suas respectivas secretarias de saúde, referentes à gestão, atenção à saúde, políticas prioritárias do SUS e ensino e pesquisa, por meio de um convênio. Essas metas são acompanhadas e avaliadas por uma Comissão Permanente de Acompanhamento de Contratos, composta por representantes da secretaria contratante, do hospital, dos docentes e discentes e do conselho local de saúde.

Entretanto, embora a contratualização permita o monitoramento e avaliação desses hospitais, por meio das comissões de acompanhamento do contrato, ainda se discutem os instrumentos para avaliação do impacto dessa política nessas unidades hospitalares e, de modo mais amplo, no sistema de saúde⁵. Ao realizar uma revisão sistemática sobre *Avaliação de Hospitais de Ensino no Brasil*, Nogueira *et al*⁶ concluíram que a produção sobre essa temática corresponde a 8,6% das produções sobre HE, e que, nos estudos, predominou o uso de métodos quantitativos, com recurso às ferramentas Análise de Dados Envoltória (DEA), Índice de Malmquist e Metodologia Multicritério de Apoio à Decisão (MCDA), próprios das abordagens positivistas que Guba e Lincoln denominaram de Avaliação de Primeira Geração⁷. Reconhecendo a evolução do Campo da Avaliação, outras abordagens avaliativas podem ser úteis à tarefa de avaliar os HE. Nesse sentido, este estudo visa descrever a aplicação teórico-

metodológica do Modelo Responsivo e Construtivista proposto por Guba e Lincoln⁷ à Avaliação dos HE no Brasil.

ESQUEMA CONCEITUAL

Avaliar é, certamente, um ato próprio do processo de cognição do ser humano. Representa uma tomada de posição frente ao vivido, um julgamento subjetivo acerca da realidade, o engendramento de um novo devir para a nossa existência. No entanto, se deslocarmos essa atividade humana própria do senso comum para o âmbito da cognição cientificamente estruturada, temos de buscar nos fundamentos da racionalidade científica a coerência lógico-semântica que determina a tomada de posição frente ao vivido, o julgamento e o engendramento do devir como cientificamente válidos, ou seja, como dotados de convicção de validade universalmente reconhecida. Nesse sentido, a realidade sob avaliação visada pela ciência, traduzida pelos objetos da pesquisa avaliativa, deve abarcar tanto descoberta quanto a prova reflexiva.

Neste trabalho, faremos a descrição de um modelo heurístico de avaliação de HE a partir dos conceitos de *paradigma* e de *modelo*, indo buscar na reflexão de Domingues⁸ sobre a epistemologia das ciências humanas a delimitação de ambos os conceitos que empregaremos neste estudo, constituindo-se em seu esquema conceitual. O autor propôs restringir o termo *paradigma* a seu uso intelecto-científico, distinguindo-o da palavra *modelo*. Ele coloca os termos *paradigma* e *teoria* como aproximados, e integra o termo *modelo* à operacionalização do *método*. Tal abordagem, na ótica do autor, é necessária para atender à delimitação do fazer científico que comportaria duas dimensões: (1) uma dimensão teórica em cujo interior se formula o problema a ser investigado, se postula algo a respeito da realidade, se elege uma parte ou segmento do real como elemento ou princípio explicativo; e (2) uma dimensão metódica, instalada pela teoria e guiada por ela, a qual se encarregará, entre outras coisas, de contrastar a teoria em relação à realidade, servindo-se de técnicas e de procedimentos apropriados.

Contudo, *paradigma* e *teoria* são conceitos distintos. Para De Bruyne, Herman e De Schoutheete⁹, o *paradigma* exerce uma função de vigilância crítica, garantindo a produção do objeto científico e da explicitação das problemáticas da pesquisa. Encarrega-se de renovar continuamente a ruptura dos objetos científicos com os do senso comum; e decide, em última instância, sobre as regras de produção e de explicação dos fatos, e sobre a compreensão e a

validade das teorias. A *teoria*, por seu turno, é o lugar da formulação sistemática dos objetos científicos visando à sua inteligibilidade.

Já o termo *modelo*, para Domingues⁸, designa, numa acepção tecnológico-científica, uma ferramenta teórica ou um instrumento analítico de que o cientista se serve para orientar suas pesquisas, assim como para contrastar o real empírico e o que se pensa sobre ele. Com efeito, são modelos científicos, em sua qualidade de ferramentas de conhecimento, todo um conjunto de esquemas, de diagramas, de tipologias e de outros tantos artifícios por meio do qual os cientistas simulam o real, permitindo controlar a teoria, verificar suas hipóteses e submeter suas predições a testes precisos.

Para atingirmos o objetivo deste estudo, seguindo Aguilar e Ander-Egg¹⁰, tomaremos como hipótese de trabalho que a avaliação é uma aplicação da metodologia das Ciências Sociais, que Scriven¹¹ denomina de *Modelo das Ciências Sociais de Avaliação*. Nesse sentido, tomaremos o Construtivismo como *paradigma de avaliação*, caracterizado por uma ontologia relativista, por uma gnosiologia subjetivista e por uma metodologia hermenêutica e dialética¹², a partir do qual se constituiu a Avaliação de Quarta Geração⁷, que, incorporando a delimitação normativa brasileira dos HE, será tomado como *modelo de avaliação* destes equipamentos de assistência, ensino e pesquisa.

O Hospital de Ensino no Brasil: Delimitação Normativa

A Constituição Federal de 1988 ao criar o SUS estatui em seu Artigo 200 que, além de outras atribuições, compete a ele a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde, regulada ainda pela Lei Orgânica de Saúde 8.080/90, no seu Artigo 6º.

A partir desse arcabouço jurídico, foi necessário implementar uma política que fomentasse uma reestruturação das instituições hospitalares, com enfoque nos hospitais universitários e de ensino (HUE), a fim de responder às necessidades de saúde da população de forma integrada às redes de serviços de saúde local e regional. No período em que se delineava a reformulação da saúde brasileira, aos HUE era atribuído um Índice de Valorização de Desempenho (IVD), por meio da Portaria Interministerial MEC/MPAS nº 15 de 1987, no âmbito do Convênio MEC/MPAS vigente³.

Este IVD propunha gerar recursos para a expansão e aperfeiçoamento das próprias atividades hospitalares a partir do Índice de Valorização Hospitalar (IVH), definido pelos critérios de complexidade, resolutividade, integração à rede de serviços e perfil dos recursos

humanos, e pelo Índice Adicional de Valorização (IAV), de acordo com as atividades desenvolvidas pelo hospital.

Contudo, esta política falhou em dois aspectos: não houve detalhamento qualitativo e quantitativo dos requisitos para os hospitais receberem os respectivos índices de desempenho, e não houve acompanhamento e avaliação adequados³. Isto levou à extinção desses índices, por meio da Portaria MS/SNAS nº 15, de janeiro de 1991, bem como à criação do Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde (FIDEPS). De acordo com essa portaria, são Hospitais Universitários aqueles reconhecidos pelo Ministério da Educação (MEC), funcionando há mais de cinco anos e participantes de algum Sistema Integrado de Procedimentos de Alta Complexidade (SIPAC) do Ministério da Saúde (MS).

Em 1994, são estabelecidos novos critérios para a concessão do FIDEPS, mediante a Portaria MS/MEC nº 01, de 16 de agosto, sendo acrescido percentuais de 25%, 50% ou 75% sobre a receita das internações. Por conseguinte, após cinco anos dessa portaria, o MS estabelece, por meio da Portaria MS nº 1.127 de agosto de 1999, que as secretarias de saúde que tenham sob sua gestão hospitais habilitados ao recebimento do FIDEPS, procedam à verificação *in loco* das condições de funcionamento dos mesmos. Ademais, conforme a Portaria MS nº 1.480 de dezembro de 1999, o montante de recursos repassados mensalmente estariam determinados no Contrato de Metas. Entretanto, esses recursos não serviram para estimular ou fortalecer as atividades de ensino e pesquisa nesses hospitais, já que eram incorporados ao custeio dessas instituições a fim de contornar problemas de financiamento de natureza variada³.

Neste aspecto, em 2003, foi instituída uma Comissão Interinstitucional, por meio da Portaria MS/MEC/MCT/MPOG nº 562, que tinha por objetivo avaliar e diagnosticar a situação dos HUE no Brasil, para reorientar e/ou reformular a política para o setor, tendo como resultado a formulação de proposta de reestruturação dos HE por meio da certificação e da contratualização.

Desta forma, com vistas à identificação dessas unidades hospitalares, as Portarias Interministeriais MEC/MS nº 1.000 e nº 1.005 de 2004 apresentam definições e critérios para certificação dos HE, enfatizando que o processo de certificação é de responsabilidade conjunta dos Ministérios da Saúde e da Educação. Assim, é implantado o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no SUS, por meio da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.006 de 2004; bem como o Programa de Reestruturação

dos Hospitais de Ensino no âmbito do SUS, por meio da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.702 de 2004, sendo o repasse de recursos financeiros a essas unidades hospitalares definido pelas Portarias MS/GM nº 1.107, 1.703 e 2.352 de 2004.

No ano de 2007, a Portaria Interministerial MS/MEC Nº 2.400, estabelece novos requisitos para a certificação de unidades hospitalares como Hospital de Ensino, revogando as Portarias Interministeriais nº 1.000 e 1.005 de 2004. Dentre as principais mudanças, cita-se a exigência de que a unidade hospitalar seja de propriedade de Instituição de Ensino Superior (IES), pública ou privada, ou que esteja formalmente conveniada a uma IES, além de destacar que deve ser campo de prática de dois cursos da área da saúde, além da medicina.

Esse arcabouço jurídico-normativo propõe a reestruturação desses hospitais a partir de três grandes eixos: 1) ações estratégicas na área da assistência, 2) gestão hospitalar, ensino e pesquisa, e 3) mudança do modelo de alocação de recursos financeiros, por meio do processo de contratualização. A contratualização seria o meio pelo qual o representante legal do hospital de ensino e o gestor local do SUS estabelecem metas quantitativas e qualitativas relacionadas à atenção à saúde, ao ensino e pesquisa e à gestão hospitalar. Tais metas devem ser acompanhadas e atestadas pelo Conselho Gestor da Instituição ou pela Comissão Permanente de Acompanhamento de Contratos³.

Tendo em vista essa perspectiva normativa, é necessário estabelecer propostas metodológicas de avaliação dos HE como estratégia de ordenamento da formação de recursos humanos em saúde no âmbito do SUS. Propomos, como resposta, a metodologia da Avaliação de Quarta Geração de Guba e Lincoln⁷.

A Abordagem Metodológica Responsiva e Construtivista da Avaliação de Quarta Geração

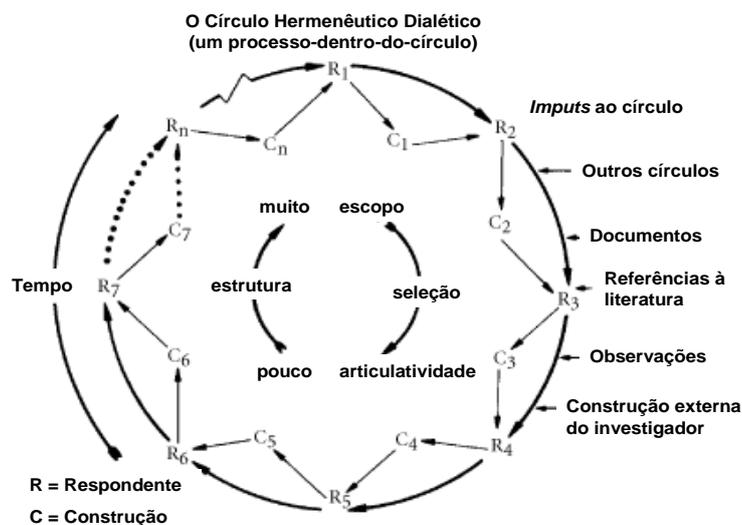
Considerando que o *modelo* é a instância que enuncia as regras de estruturação, de formação do objeto científico, impondo-lhe certa figura, certa ordem entre seus elementos, colhemos do campo da avaliação de programas um modelo avaliativo capaz de operacionalizar a apreensão do desempenho dos HE.

Guba e Lincoln⁷, seguindo a abordagem avaliativa responsiva de Stake¹³ e a abordagem naturalista de investigação que eles mesmos propuseram¹⁴, elaboraram um modelo a que eles denominaram de Avaliação de Quarta Geração, que se insere numa tipologia geracional de abordagens metodológicas em avaliação, criada por eles. Ele é caracterizado por

ser o de uma avaliação inclusiva e participativa, que é feita como um processo de negociação entre os atores implicados na intervenção a ser avaliada (*stakeholders*). Em outras palavras, é um processo interativo negociado, que se fundamenta num paradigma construtivista, cuja tarefa é reorientar o paradigma positivista, hegemônico nas ciências sociais e no campo da avaliação.

A *Avaliação de Quarta Geração* é uma alternativa aos referenciais anteriores: 1) a Avaliação de Primeira Geração, que se caracteriza pela *mensuração*; 2) a Avaliação de Segunda Geração, que se caracteriza pela *descrição*; e 3) a Avaliação de Terceira Geração, que se caracteriza pelo *juízo* de mérito e valor. Estas gerações apresentam graves problemas e limitações, a saber: 1) tendência à supremacia do ponto de vista gerencial nos processos avaliativos; 2) incapacidade em acomodar o pluralismo de atores envolvidos em torno de qualquer programa; e 3) hegemonia do paradigma positivista, cujo questionamento aponta para a discussão sobre os enfoques antropológicos e sócio-econômicos na análise crítica de programas ou serviços, que representam desafios metodológicos para o campo da avaliação. O núcleo operacional desse modelo de avaliação é o círculo hermenêutico dialético, que é apresentado na *Figura 2*.

Figura 2 – Círculo Hermenêutico Dialético, Avaliação de Quarta Geração (GUBA e LINCOLN, 1989) ⁷



O Círculo hermenêutico dialético, tal como exposto na *Figura 1*, é integrado por respondentes (os implicados no programa ou *stakeholders*), codificados com a letra “R”, a partir dos quais são obtidas construções, codificadas com a letra “C”. Ele se inicia com o Respondente 1 (R1), que é selecionado pelo investigador a partir de indicação por um informante-chave, ou por sua privilegiada posição no contexto de investigação. Este respondente é submetido a uma entrevista para determinar uma construção *ênica* inicial do que está sendo investigado ou avaliado (o enfoque da investigação). O respondente é solicitado a descrever e comentar o enfoque tal como ele ou ela a constrói, em seus próprios termos. Essa descrição e comentários podem incluir observações sobre reivindicações, preocupações e questões sobre o objeto avaliado, bem como sobre o que é pertinente e o que não é pertinente relativamente ao objeto avaliado.

A seguir, o respondente R1 é solicitado a nominar outro respondente, R2, que tem uma construção diferente da sua, tanto quanto lhe é possível identificar. Os temas, conceitos, idéias, valores, preocupações e questões centrais propostos pelo respondente R1 são analisados pelo investigador como uma formulação inicial da construção de R1, designada como C1. O processo de análise de dados, no círculo hermenêutico dialético, é o método da comparação constante. E ele segue de perto o momento de coleta de dados (a abordagem dos respondentes), e é completado para R1 antes da abordagem a R2. Se os temas à mão na abordagem a R1 são de grande importância, pode ser útil checar a análise completada com R1, para assegurar-se de que o investigador interpretou corretamente a construção de R1.

Depois, R2 é entrevistado, sendo-lhe permitida a mesma liberdade de expressão que foi dada a R1. Quando, porém, R2 tiver livremente colocado a sua construção, os temas da análise de R1 são introduzidos, e R2 é convidado a comentá-los. Como resultado da entrevista com R1, é produzida informação não somente sobre R2, mas também uma crítica da construção a partir de R1.

O investigador solicita a R2 a nomeação de um respondente R3 e completa a segunda análise resultando na formulação de C2, uma nova, mais informada e sofisticada construção baseada em duas fontes R1 e R2. Este é o início da construção conjunta dentro de um grupo.

O processo é repetido com novos respondentes sendo integrados ao círculo até que a informação sendo coletada se torne redundante ou caia em duas ou mais construções que permanecem em conflito.

Tal como pode ser observado na *Figura 1*, a obtenção de informações relevantes para a avaliação é obtida de um processo interativo, podendo-se adicionar às informações emergentes da “rodagem” do círculo, informações obtidas externamente a ele, tais como construções de círculos hermenêuticos dialéticos com outros implicados no programa (*stakeholders*), análise de documentos, referências à literatura especializada, observações e a construção externa (*ética*) do investigador.

Os círculos hermenêuticos dialéticos integram o fluxo de doze etapas da metodologia da Avaliação de Quarta Geração, tal como determinadas por Guba e Lincoln⁷, listadas no *Quadro 1*.

Quadro 1 – Etapas da Metodologia da Avaliação de Quarta Geração (GUBA e LINCOLN, 1989)

PASSO	AÇÕES
1. Contratualização	Iniciar contrato com cliente
2. Organização	Selecionar e treinar a equipe de avaliação; fazer arranjos para a entrada em campo; fazer arranjos logísticos e acessar fatores políticos locais
3. Identificação dos implicados no programa avaliado (<i>stakeholders</i>)	Identificar os implicados no programa (<i>stakeholders</i>); montar estratégias de pesquisa contínuas; obter e formalizar condições de concordância em participar da pesquisa (submetendo o protocolo a um comitê de ética em pesquisa)
4. Desenvolvimento de construções conjuntas dentro de grupos	“Rodar” os círculos hermenêuticos dialéticos para fazer emergir as construções conjuntas; checar credibilidade
5. Alargamento das construções conjuntas dos implicados no programa (<i>stakeholders</i>) através de novas informações e do aumento da sofisticação	Refazer os círculos hermenêuticos dialéticos, utilizando informação documental, interpolação de entrevistas de esclarecimento e de observações, referências bibliográficas e a construção externa (<i>ética</i>) dos investigadores
6. Classificação das reivindicações, preocupações e questões solucionadas por consenso	Identificar as reivindicações, preocupações e questões solucionadas por consenso; deixar de lado como componentes de relatórios de casos
7. Priorização dos itens não solucionados por consenso	Determinar processo de priorização participativo; submeter itens para priorização; checar credibilidade
8. Coleta e sofisticação da informação	Coletar informação e treinar negociadores no seu uso através de: utilização de novos círculos hermenêuticos

	dialéticos, obtenção de informação existente, utilização de novos instrumentos ou de instrumentos existentes, e realização de novos estudos
9. Preparação da agenda para a negociação	Definir e elucidar itens não solucionados; elucidar construções que competem entre si; iluminar, dar apoio a e refutar itens; prover sofisticação no treinamento; testar agenda
10. Condução da negociação	Selecionar círculo hermenêutico dialético representativo; “rodar” o círculo; moldar a construção conjunta; checar credibilidade; determinar a ação
11. Compilação do relatório	Compilar relatórios dos grupos de envolvidos no programa (<i>stakeholders</i>); compilar o relatório do caso
12. Retomada	Retomar todo o processo

O modelo de avaliação aqui proposto combina conscientemente as perspectivas da normatização governamental brasileira concernente aos HE e da abordagem responsiva e construtivista de avaliação. E essa combinação dá-se no conceito de *stakeholder*, que é aquele que tem investimento pessoal, credibilidade, poder, futuro, ou outro capital investido no programa e que, então, pode estar sob algum grau de risco com ele¹⁰. Guba e Lincoln⁷ identificam, no âmbito da *Avaliação de Quarta Geração*, três grandes classes de atores implicados na intervenção sob avaliação: 1) os agentes, aquelas pessoas envolvidas em produzir, usar e implementar a intervenção avaliada; 2) os beneficiários, aquelas pessoas que tiram proveito de alguma forma do uso da intervenção avaliada; e 3) as vítimas, aquelas pessoas que são negativamente afetadas pelo uso da intervenção avaliada.

Entendemos que a abordagem responsiva e construtivista de Guba e Lincoln⁷ é aplicável à captação dos sentidos sobre a realidade, produzidos pelos *stakeholders* dos HE. Os círculos representativos desses *stakeholders* seriam: 1) da gestão dos SUS, do hospital e das escolas médicas, 2) das comissões de avaliação dos hospitais de ensino, 3) dos docentes e preceptores, 4) dos discentes (graduação e residência), 5) dos profissionais de saúde. Eles podem ser organizados e “rodados”, servindo as construções de ambos os círculos como *input* de uns para os outros, como forma de solucionar por consenso as reivindicações, as preocupações e as questões emergentes. No processo de “rodagem” dos círculos, outros *inputs* podem ser utilizados, a depender das construções obtidas e dos *stakeholders* identificados.

Esse modelo de avaliação está inserido no cumprimento de todas as etapas preconizadas no *Quadro 1*. O processo avaliativo conclui-se na décima primeira etapa, com a compilação do relato de caso, embora a etapa 12 possa ser continuada, incluindo-se novos

círculos hermenêuticos e dialéticos, a partir da negociação feita na etapa 10 do processo avaliativo empreendido.

CONCLUSÃO

Existem aspectos epistemológicos essenciais a serem abordados quanto ao modo de se obter conhecimento válido sobre o desempenho dos HE em uma pesquisa avaliativa.

Com relação ao modo de se obter conhecimento válido sobre o objeto avaliado, sugerimos a necessidade de partir de um novo marco epistemológico capaz de dar conta da análise dos aspectos microssociais e macrossociais inerentes aos processos de gestão, pesquisa e extensão próprios de um HE, assinalando a insuficiência do paradigma hegemônico de investigação em avaliação desses equipamentos, presente na literatura, e a pertinência de um pensar complexo sobre o seu desempenho.

Quanto ao modelo teórico de que define os HE como objeto avaliado, elegemos, a partir da sua base normativa, os eixos: *gestão hospitalar, políticas prioritárias, ensino e pesquisa, e atenção à saúde*. Com respeito ao modelo teórico sobre *como avaliar* os HEs, elegemos a Avaliação de Quarta Geração como metodologia de apreensão dos significados, valores, questões e preocupações frente aos processos de gestão, ensino, pesquisa e assistência, através de seus *stakeholders*, implicados no processo.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Portaria Interministerial 1.000 de 15 de abril de 2004 [capturado 10 out. 2011].

Disponível em:

<http://www.femerj.org.br/Boletim/Federal/Ministerio%20Saude/GM/2004/Junho/PORTARIA%20INTERMINISTERIAL%20N%BA%201000.pdf>.

2. Lobo MSC, *et al.* Avaliação de desempenho e integração docente-assistencial nos hospitais universitários. Rev. Saúde Pública [online]. 2010. 44 (4) [capturado 30 mai. 2013]; 581-590.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000400001.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Sociedade Hospital Samaritano. Política de Reestruturação dos Hospitais de Ensino e Filantrópicos no Brasil no período de 2003-2010: uma análise do processo de implantação da contratualização. Brasília (DF): 2012.
4. Brasil. Portaria Interministerial nº 2.400 de 02 de outubro de 2007. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2400-%5B2830-120110-SES-MT%5D.pdf>
Acessado em: 2011 out 10.
5. Lins ME, Lobo MSC, Silva ACM, Fiszman R, Ribeiro VJP. O uso da análise envoltória dos dados (DEA) para avaliação de hospitais universitários brasileiros. Rev. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2007. 12(4) [capturado 29 mai. 2013]; 995-998. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232007000400020&script=sci_arttext
6. Nogueira DL, Lira GV, Albuquerque IMN, Linhares MSC. Avaliação dos Hospitais de Ensino no Brasil: uma revisão sistemática. Rev. Bras. Educ. Méd., 2015, no prelo.
7. Guba EG, Lincoln YS. Fourth Generation Evaluation. Newbury Park: SAGE Publications, 1989, 294 p.
8. Domingues I. Epistemologia das ciências humanas (tomo 1): positivismo e hermenêutica. São Paulo: Edições Loyola, 2004, 671 p.
9. De Bruyne P, Herman J, De Schoutheete M. Dinâmica da pesquisa em ciências sociais. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.
10. Aguilar MJ, Ander-EGG E. Avaliação de serviços e programas sociais. Petrópolis: Vozes, 1994, 199 p.
11. Scriven M. Evaluation thesaurus. 4th ed. Newbury Park: SAGE Publications, 1991, 391 p.
12. GUBA, E. The alternative paradigm dialog. In: GUBA, E. (Ed.). **The paradigm dialog**. Newbury Park: SAGE Publications, 1990, p. 17-30.

13. Stake R. Program evaluation, particularly responsive evaluation. In: Stufflebeam DL, Madaus GF, Kellaghan, T. (Eds). Evaluation models: viewpoints on educational and human services evaluation. 2nd ed. Norwell: Kluwer Academic Publishers, 2000, p. 343-362.
14. Lincoln YS, Guba E. Naturalistic inquiry. Newbury Park: Sage Publications, 1985, 416 p.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

Tratou-se de uma pesquisa avaliativa, descritiva e exploratória, de abordagem qualitativa, que conforme Contandriopoulos et al. (1997, p. 37) pode ser definida como: [...] “o procedimento que consiste em fazer um julgamento *ex-post* de uma intervenção com base em métodos científicos”. Este tipo de pesquisa analisa a pertinência, os fundamentos técnicos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção e o contexto no qual ela se situa, geralmente com o objetivo de ajudar na tomada de decisões.

A proposta em desenvolver uma pesquisa qualitativa adveio de esta abordagem incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, tendo como “universo das investigações o cotidiano e as experiências do senso comum, interpretadas e reinterpretadas pelos sujeitos que a vivenciam”, sendo bem adequadas a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a perspectiva dos atores, de relações e para análises de discursos e de documentos (MINAYO, 2007, p. 24).

Para a realização deste estudo, utilizou-se o modelo de Avaliação de Quarta Geração de Guba e Lincoln (1989), o qual é caracterizado por corresponder a uma avaliação inclusiva e participativa, que é feita como um processo de negociação entre os atores envolvidos na intervenção a ser avaliada (*stakeholders*), tendo como núcleo operacional o círculo hermenêutico dialético, que integra o fluxo de doze passos da metodologia.

3.2 Cenário do Estudo

Dos 198 hospitais de ensino distribuídos pelo território brasileiro, conforme dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), dez estão localizados no Estado do Ceará. Destes, nove encontram-se na capital e um no interior do estado, sendo cinco hospitais gerais e quatro especializados.

Assim, objetivando avaliar o desempenho obtido por hospitais do Estado do Ceará, foram selecionados, inicialmente, para o estudo dois hospitais gerais contratualizados como Hospital de Ensino, atendendo aos seguintes critérios:

- Um hospital localizado na capital e outro, no interior do estado.
- Um hospital privado filantrópico e outro, público.
- Ambos deveriam ter porte assistencial e parque tecnológico similares.

Contudo, devido ao não consentimento da administração de um dos hospitais em participar do estudo, um hospital geral público localizado na capital, realizamos a pesquisa no hospital privado filantrópico localizado no interior do estado, cuja identidade será preservada para atender ao princípio da confidencialidade.

3.3 Etapas do Estudo

Este estudo seguiu sete passos dos 12 propostos pelo círculo hermenêutico dialético de Guba e Lincoln (1989), em virtude da adequação do tempo da pesquisa para o prazo formal de conclusão do curso de mestrado. Assim, não foram incluídas, no estudo, as etapas preparação de uma agenda de negociação, coleta e sofisticação da informação, condução da negociação, compilação do relatório e reciclagem.

3.3.1 Contratualização

Ao selecionarmos os hospitais pesquisados, foram realizados contatos telefônicos e visitas locais, objetivando esclarecer à gestão hospitalar os objetivos do estudo e obter autorização para desenvolvê-lo mediante a assinatura da Carta de Anuência e do Termo de Fiel Depositário pelos gestores hospitalares e suas secretarias contratantes (APÊNDICE B).

Assim, após visita nos dois hospitais de ensino propostos, inicialmente, obtivemos anuência de apenas um hospital de ensino e sua secretaria contratante.

3.3.2 Organização

A fim de sistematizar os arranjos para a entrada em campo, em primeiro momento, foram mediados diálogos com gestores e técnicos do hospital de ensino, bem como com representantes da secretaria de saúde e das universidades conveniadas. Posteriormente, definiu-se uma agenda para a coleta dos dados, e identificaram-se espaços físicos disponíveis e adequados para a realização das entrevistas, pela conveniência dos participantes.

Desta forma, as entrevistas foram realizadas no próprio hospital, nas universidades públicas conveniadas e nos espaços relacionados às atividades profissionais dos participantes.

3.3.3 Identificação dos implicados no programa avaliado (*stakeholders*)

Conforme, Guba e Lincoln (1989, p. 49), os grupos de interesse (*stakeholders*) de um processo de avaliação podem ser de três classes abrangentes: 1) os representantes, os quais são envolvidos na produção, utilização e implementação do objeto de avaliação; 2) os beneficiários, que compreendem as “pessoas que de alguma maneira tiram proveito do uso do objeto da avaliação”; e, 3) as vítimas, que são “as pessoas afetadas negativamente pelo uso do objeto da avaliação”.

De acordo com autores acima, os agentes do processo de avaliação podem ser identificados por meio de informantes-chave, bem como podem ser os que representam e possuem instrução e esclarecimento sobre o objeto de avaliação. Assim, foram organizados em grupos conforme os eixos de atuação do hospital de ensino: gestão, assistência, e ensino e pesquisa.

Para tanto, foi elaborada uma planilha com a relação dos prováveis agentes do estudo, compreendidos como atores imprescindíveis para o desenvolvimento do processo, sendo a participação confirmada a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre-Esclarecido e Pós-Informado (APÊNDICE C).

Os *stakeholders* da gestão foram identificados a partir da posição que ocupavam no cenário do estudo, sendo subdivididos nos grupos: *Stakeholders* da Gestão do Hospital de Ensino, do SUS e das Escolas Médicas, compreendendo um total de cinco representantes, dentre gestores hospitalares, municipal e dos cursos de medicina e enfermagem conveniados ao hospital; e *Stakeholders* da Comissão de Acompanhamento das Metas do Hospital de Ensino, compreendendo um total de sete participantes, representantes da secretaria municipal de saúde, das escolas médicas e de enfermagem e do conselho municipal de saúde.

Com a finalidade de compreendermos o desempenho obtido pelo hospital na perspectiva dos *stakeholders* da assistência, foram selecionados profissionais de saúde que estão diretamente vinculados à assistência hospitalar, tais como Direção Técnica/ Clínica e Enfermagem, médicos e enfermeiros coordenadores das unidades de saúde relacionadas às áreas básicas de formação, totalizando seis respondentes.

A fim de avaliarmos a compreensão dos *stakeholders* de ensino, os sujeitos foram divididos em dois grupos: 1) docentes e preceptores dos programas de residência médica, compreendidas as quatro áreas básicas de formação, conforme a Portaria Interministerial 2.400 de 2007 (Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria e Ginecologia e Obstetrícia), docentes e preceptores do programa de residência de enfermagem, e coordenações dos internatos de medicina e enfermagem, correspondendo a nove respondentes; 2) discentes atuantes na unidade em estudo, a saber, residentes de medicina das áreas básicas de formação, residentes de enfermagem e internos de medicina, totalizando seis representantes. Os internos de enfermagem não participaram do estudo devido não estarem em atividade no hospital durante o período de coleta de dados.

Assim, ao final da rotação dos círculos hermenêuticos-dialéticos, participaram do estudo um total de 33 representantes, compreendidos como agentes implicados no processo (Tabela 1).

Tabela 1 - Característica x Quantitativo dos *stakeholders* por grupos de interesse (2015).

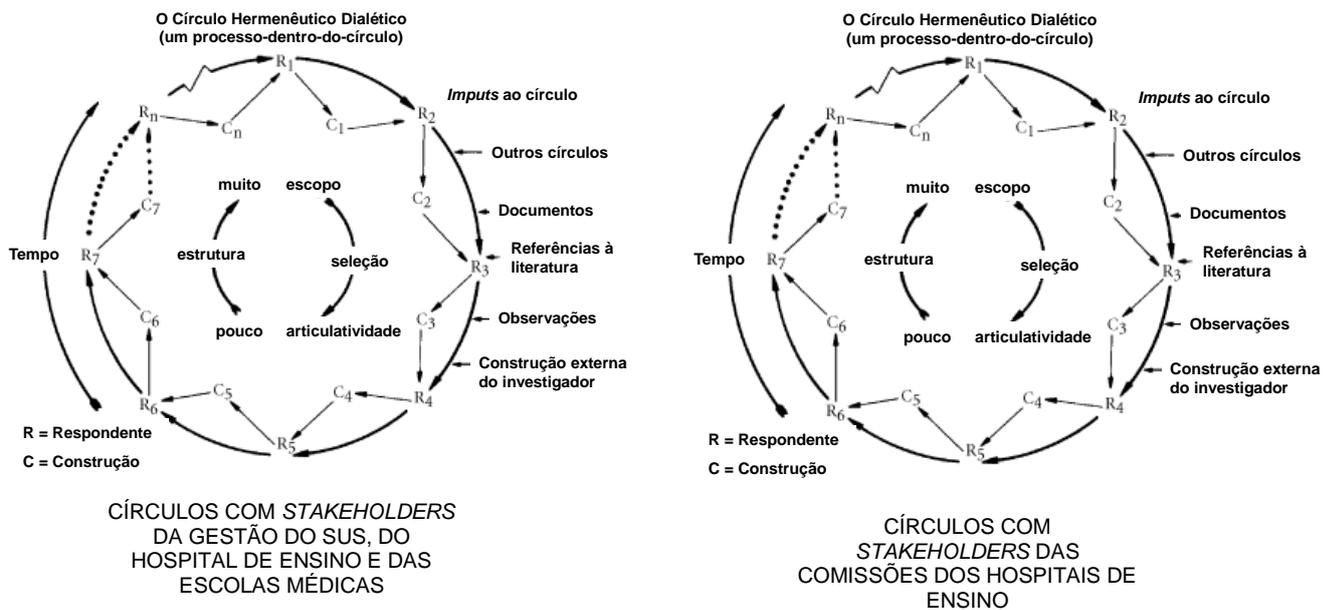
STAKEHOLDERS DA AVALIAÇÃO DE HE									
STAKEHOLDERS DA GESTÃO DO SUS, HE, ESCOLAS MÉDICAS		STAKEHOLDERS DA GESTÃO: COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DO HE		STAKEHOLDERS DA ASSISTÊNCIA		STAKEHOLDERS DO ENSINO E PESQUISA: DOCENTES E PRECEPTORES		STAKEHOLDERS DO ENSINO E PESQUISA: INTERNOS E RESIDENTES	
Descrição	N	Descrição	N	Descrição	N	Descrição	N	Descrição	N
Gestão local do SUS	01	Representação da Secretaria de Saúde	02	Direção Clínica e de Enfermagem	02	Coordenação Residências	02	Residentes	05
Gestão do HE	02	Representação Docente das IES	02	Coordenação Clínica Médica	01	Preceptores das Residências	05	Internos de Medicina	01
Coordenação das Escolas Médicas e de Enfermagem	02	Representação Discente das IES	02	Coordenação Cirurgia Geral	01	Coordenação Internato de Medicina e Enfermagem	02		
		Representação do Conselho Municipal de Saúde	01	Coordenação Pediatria	01				
				Coordenação Ginecologia e Obstetrícia	01				
Total	05		07		06		09		06

3.3.4 Desenvolvimento de construções conjuntas dentro de grupos

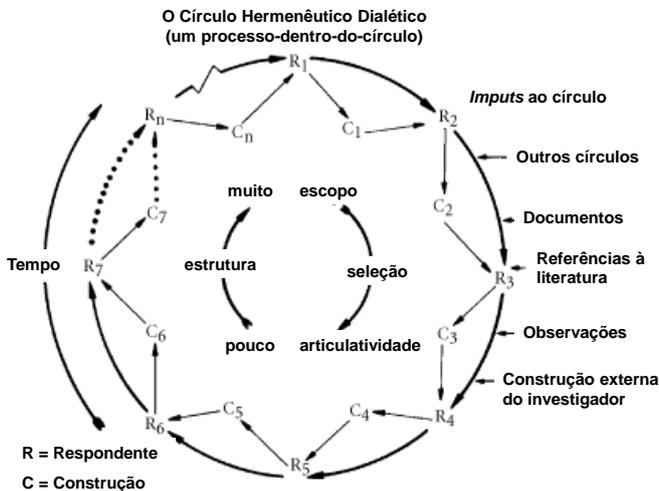
Após a identificação dos sujeitos, iniciou-se a rodagem dos círculos hermenêuticos dialéticos a fim de obter construções conjuntas sobre o desempenho obtido pelo hospital após ser contratualizado como Hospital de Ensino, no aspecto da gestão, atenção à saúde e ensino e pesquisa. Assim, foram realizadas entrevistas abertas com os *stakeholders* da gestão, do ensino e da assistência, conforme demonstrado na figura 2.

Figura 3 – Rodagem dos Círculos Hermenêuticos Dialéticos na Avaliação de Quarta Geração de Hospitais de Ensino

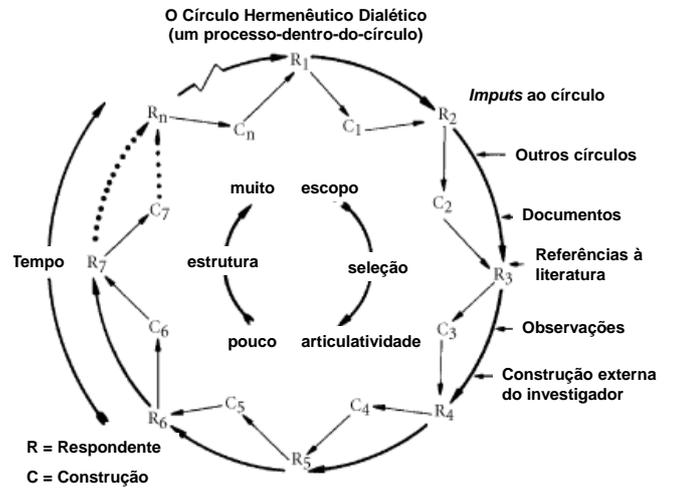
CÍRCULO DOS *STAKEHOLDERS* DE GESTÃO



CÍRCULOS DOS STAKEHOLDERS DE ENSINO

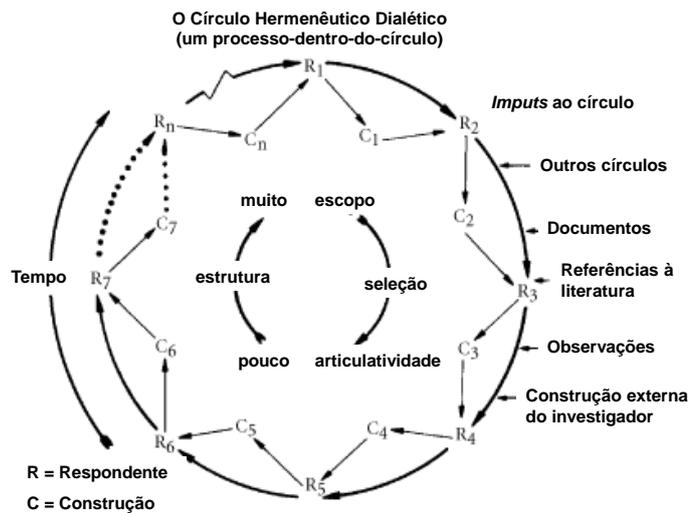


CÍRCULOS COM STAKEHOLDERS DOCENTES E PRECEPTORES



CÍRCULOS COM STAKEHOLDERS DISCENTES (GRADUAÇÃO E RESIDÊNCIA)

CÍRCULOS DOS STAKEHOLDERS DE ASSISTÊNCIA



CÍRCULOS COM STAKEHOLDERS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

O processo das construções conjuntas iniciou a partir da condução de entrevista aberta (APÊNDICE D) ao Respondente 1 (R1) de cada círculo hermenêutico-dialético selecionado pela posição privilegiada no contexto de investigação em estudo. Posteriormente, optou-se por selecionar os demais respondentes dos círculos de acordo com a posição que desempenhavam no contexto do estudo, correspondendo a *stakeholders* da gestão, da assistência e do ensino.

Assim, conforme a perspectiva das construções conjuntas da avaliação de quarta geração, os temas, conceitos, ideias, valores, preocupações e questões centrais propostos pelo respondente R1 foram analisados, a partir da técnica de comparação constante proposta pela Teoria Fundamentada de Glaser e Strauss (1969), como uma formulação inicial da construção de R1, e depois submetida a comentários pelo R2 que também pode construir livremente sua compreensão do contexto, sendo, neste momento, aplicada a técnica de entrevista semi-estruturada proposta a partir das construções anteriores.

O processo foi repetido com novos respondentes sendo integrados ao círculo até que a informação coletada se tornasse redundante ou caísse em duas ou mais construções que permanecessem em conflito.

De acordo com Haguette (1997) *apud* Boni e Quaresma (2005), a entrevista compreende um processo de interação social entre duas pessoas na qual o entrevistador tem por objetivo a obtenção de informações por parte do entrevistado. Sendo que, na entrevista aberta, o entrevistador introduz um tema e o entrevistado tem a liberdade para discorrer sobre o tema sugerido, dentro de uma conversação informal; e na entrevista semi-estruturada, o pesquisador segue um conjunto de questões previamente definidas a fim de delimitar o volume das informações e maior direcionamento do tema proposto, combinando assim perguntas abertas e fechadas.

3.3.5 Alargamento das construções conjuntas dos implicados no programa (stakeholders) através de novas informações e do aumento da sofisticação

Às entrevistas semi-estruturadas foram acrescidas informações oriundas da análise dos índices de desempenho nos eixos gestão, atenção à saúde, políticas prioritárias e ensino e pesquisa, obtidos dos relatórios do ano 2013 da Comissão de Acompanhamento de Contratos e observação.

Conforme Lüdke e André (1986) *apud* Wetzel (2005), a observação possibilita um contato pessoal e estreito do pesquisador ao fenômeno pesquisado, favorecendo aproximação do observador com a perspectiva dos sujeitos, permitindo a coleta de dados em situações em que são impossíveis outras formas de comunicação. Na perspectiva de Guba e Lincoln (2011), a observação intensifica sobremaneira a sinergia entre as entrevistas conduzidas nos círculos hermenêuticos e os documentos e registros.

3.3.6 Classificação das reivindicações, preocupações e questões solucionadas por consenso

Após a coleta de dados, as reivindicações, preocupações e questões solucionadas por consenso foram identificadas e consideradas como componentes para o relatório final.

Para fins deste estudo, considerou-se *reivindicação* as alegações favoráveis ao processo de desempenho do hospital de ensino, *preocupação* as afirmações que os interessados apresentassem como desfavoráveis ao desempenho desse hospital, e *questões* como qualquer situação no qual os agentes pudessem discordar.

3.3.7 Priorização dos itens não solucionados por consenso

Nesta etapa, as informações não consensuadas na rodagem dos círculos foram identificadas e consideradas parte do relatório final, visto que em virtude da indisponibilidade de tempo para adequação da pesquisa não foram submetidas à avaliação dos grupos de interesse a fim de definir as mais importantes e de compreenderem os aspectos relacionadas a elas.

Desta forma, de acordo com Guba e Lincoln (2011), em situações em que vários grupos de interesse apresentam diferenças valorativas um tanto acentuadas, é improvável que se alcance um consenso em todas as preocupações, reivindicações e questões.

3.4 Análise das Informações

O processo de análise de dados, no círculo hermenêutico dialético, é o método da comparação constante, proposto inicialmente por Glaser e Strauss (1967) no âmbito da Teoria Fundamentada.

Este método tem como finalidade a análise imediata das informações com o objetivo de que o conteúdo das entrevistas precedentes seja apresentado às entrevistas posteriores para obter comentários, emergindo no processo “uma construção cada vez mais inclusiva, que leva em conta as contribuições de todo e qualquer respondente que já tenha se envolvido” (GUBA e LINCOLN, 2011, p. 229). Para tanto, utilizou-se a técnica de análise de dados proposta na Teoria Fundamentada de Glaser e Strauss (CHARMAZ, 2009).

De acordo com a referida autora, a Teoria Fundamentada consiste em diretrizes sistemáticas, embora flexíveis, para coletar e analisar dados. Construída a partir da interação de pessoas e por meio de entrevistas, notas de campo, relatórios e dados de gravação, essa teoria utiliza como método de análise dos dados o método de comparação constante, no qual, inicialmente, se compara dados com dados dentro de uma mesma entrevista e, posteriormente, comparam-se os enunciados entre as entrevistas.

Para isso, se divide em três etapas: codificação, redação dos memorandos e redação dos manuscritos; as quais são descritas a seguir.

3.4.1 Codificação

Codificar significa categorizar segmentos de dados com uma denominação concisa chamada código, a qual representa cada parte dos dados, e em conjunto representam elementos de uma teoria nascente, orientam a uma nova coleta de dados, gerando categorias. Esses devem ser curtos, simples e analíticos e quando emergem da fala dos participantes do estudo, são chamados códigos *in vivo*.

Essa etapa compreende quatro tipos de codificação: codificação inicial, focalizada, axial e teórica. Sendo que a codificação inicial e a focalizada são as duas fases consideradas fundamentais na construção das teorias fundamentadas.

A *codificação inicial* inicia a partir da leitura atenta dos dados e permite detectar e desenvolver categorias, podendo ser realizada de três formas: palavra por palavra, linha a linha, e incidente por incidente.

A codificação palavra por palavra é útil ao trabalhar com documentos, força o pesquisador a acompanhar imagens e significados por meio da observação da estrutura e fluxo das palavras. A codificação linha a linha, denomina cada linha dos dados, funciona bem para entrevistas, observações, documentos, etnografias e autobiografias, permitindo desenvolver

categorias teóricas. Já a codificação incidente por incidente é adequada quando se avalia observação.

A segunda fase, *codificação focalizada*, exige do pesquisador tomada de decisão sobre quais códigos são mais significativos e frequentes para a análise minuciosa do montante de dados, os quais devem ser, nesta etapa, mais direcionados, seletivos e conceituais, favorecendo ao desenvolvimento de categorias.

A *codificação axial* objetiva classificar, sintetizar e organizar os montantes de dados, relacionando categoria à subcategoria. De acordo com Strauss e Corbin *apud* Charmaz (2009), deve ser organizada a partir de condições, ações/interações e consequências, não se configurando uma fase obrigatória quando se quer trabalhar diretrizes simples e flexíveis baseadas em seus dados empíricos.

A *codificação teórica* é o nível sofisticado de codificação que segue os códigos selecionados na codificação focalizada. Os códigos teóricos especificam as relações possíveis entre as categorias desenvolvidas na codificação focalizada, evitando a codificação axial e entrelaçando novamente a história fragmentada. Esta etapa dá contorno aos códigos focais, ajudando a contar uma história analítica de forma coerente. Composta por um grupo de 18 famílias de codificação.

Portanto, na análise inicial dos dados, utilizou-se a codificação inicial linha a linha de transcrições completas das entrevistas devido essa forma de codificação funcionar “particularmente bem com dados detalhados sobre problemas ou processos empíricos fundamentais, sejam esses dados compostos de entrevistas, observações, documentos ou etnografias e autobiografias” (CHARMAZ, 2009), permitindo comparar os dados dentro de uma mesma entrevista.

Após esta etapa, foram selecionados os códigos mais significativos e frequentes que representavam o montante dos dados de uma dada entrevista e organizados em quadros a fim de permitir a comparação dos dados entre as entrevistas e o desenvolvimento de categorias de análise (codificação focalizada), as quais foram agrupadas a partir dos organizadores da Avaliação de Quarta Geração e dos eixos normativos do Hospital de Ensino.

O modelo de quadro abaixo mostra o agrupamento das construções obtidas dos diferentes grupos de respondentes (R) no processo de codificação inicial, que foram, após, reunidas em um código focal vinculado a cada um dos 3 organizadores (reivindicações, preocupações e questões, e a cada um dos 3 eixos (“Ações estratégicas na área da assistência”, “Gestão, Ensino e Pesquisa” e “Modelo de Alocação de Recursos Financeiros”):

Quadro 2 – Código Focal por Eixo Normativo de HE e Organizador da Avaliação de Quarta Geração x Grupos de Interesse

ORGANIZADOR		EIXO:				
		CÓDIGO FOCAL:				
		CONSTRUÇÕES/RESPONDENTES (R)				
		<i>STAKEHOLDERS DA GESTÃO DO SUS, HE, ESCOLAS MÉDICAS</i>	<i>STAKEHOLDERS DA GESTÃO: COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DO HE</i>	<i>STAKEHOLDERS DA ASSISTÊNCIA</i>	<i>STAKEHOLDERS DO ENSINO E PESQUISA: DOCENTES E PRECEPTORES</i>	<i>STAKEHOLDERS DO ENSINO E PESQUISA: INTERNOS E RESIDENTES</i>

* Abreviaturas: HE – Hospitais de Ensino; SUS – Sistema Único de Saúde.

A partir desse quadro, construímos o quadro geral do modelo abaixo que distribui os códigos focais por organizador e eixo:

Quadro 3 – Códigos Focais dos *Stakeholders* por Eixos Normativos do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino x Organizadores da Avaliação de Quarta Geração (2015)

		EIXO – AÇÕES ESTRATÉGICAS NA ÁREA DA SAÚDE	EIXO - GESTÃO, ENSINO E PESQUISA	EIXO – MODELO DE ALOCAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS
		CÓDIGOS FOCAIS	CÓDIGOS FOCAIS	CÓDIGOS FOCAIS
ORGANIZADORES DA AVALIAÇÃO DE QUARTA GERAÇÃO	REIVINDICAÇÕES			
	PREOCUPAÇÕES			
	QUESTÕES			

Vale salientar que a codificação axial não foi utilizada devido não se configurar uma fase obrigatória quando se trabalha com diretrizes simples e flexíveis baseadas nos dados empíricos, e que a aplicação da codificação teórica não caberia no estudo, visto que orienta o uso das 18 famílias de codificação proposta por Glaser (1978).

3.4.2 Redação dos memorandos

Considerada etapa intermediária fundamental entre a coleta de dados e a redação dos relatos da pesquisa, incentiva analisar os dados e os códigos ainda no início da pesquisa, favorecendo identificar os códigos que devem ser tratados como categorias analíticas por meio de anotações analíticas livres e fluidas.

Assim, durante o período de coleta de dados, foram realizadas anotações em caderno de notas impresso e digitais que foram utilizadas principalmente para ampliar as construções.

3.4.3 Redação do manuscrito

Compreende a etapa final do método da comparação constante, permite apresentar o relato de caso a partir dos memorandos mais significativos.

Desta forma, na redação final, os dados foram apresentados em texto e gráficos e confrontados com a literatura, utilizando-se de convenções quanto à identificação dos sujeitos os quais foram identificados conforme a ordem de realização das entrevistas (R1, R2...R7).

3.5 Aspectos Éticos da Pesquisa

Conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012, a eticidade da pesquisa envolvendo seres humanos implica no respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida; na ponderação entre riscos e benefícios, tanto conhecidos como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos; na garantia de que danos previsíveis serão evitados; e na relevância social da pesquisa, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária.

Desta forma, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú para apreciação, recebendo parecer favorável deste, sob nº de CAAE 37096214.9.0000.5053, sendo que a coleta somente foi realizada após autorização das direções dos Hospitais e das Secretarias de Saúde Municipais por meio da

Carta de Anuência e do Termo de Fiel Depositário (APÊNDICE B, ANEXO C e D) e anuência dos sujeitos do estudo por meio da assinatura do Termo de Compromisso Livre Esclarecido e Pós-Informado (APÊNDICE C).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As construções conjuntas obtidas a partir da rodagem dos cinco círculos hermenêuticos-dialéticos propostos para avaliação do desempenho obtido pelo hospital pesquisado nos eixos gestão, atenção, ensino e pesquisa após a contratualização como hospital de ensino, são apresentadas a seguir, considerando-se os Eixos Normativos do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino, a saber: “Ações estratégicas na área da assistência”, “Gestão, Ensino e Pesquisa” e “Modelo de Alocação de Recursos Financeiros”; e os elementos organizadores da Avaliação de Quarta Geração (Quadro 4).

Quadro 4 - Construções dos *Stakeholders* por Eixos Normativos do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino x Organizadores da Avaliação de Quarta Geração (2015)

		EIXOS NORMATIVOS		
		AÇÕES ESTRATÉGICAS NA ÁREA DA ASSISTÊNCIA	GESTÃO HOSPITALAR, ENSINO E PESQUISA	MUDANÇA DO MODELO DE ALOCAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS
		CÓDIGOS FOCAIS	CÓDIGOS FOCAIS	CÓDIGOS FOCAIS
ORGANIZADORES DA AVALIAÇÃO DE QUARTA GERAÇÃO	REIVINDICAÇÕES	Nenhum	As parcerias entre Hospital de Ensino e Instituições de Ensino Superior são relevantes É imprescindível a atuação da Comissão de Avaliação e Monitoramento das Metas do Hospital	O financiamento específico à contratualização como HE é importante para o hospital
	PREOCUPAÇÕES	O Hospital de Ensino impacta e é impactado pela Rede de Atenção à Saúde	Há uma diferenciação no custo da assistência em Hospital de Ensino Não há planos de cargos e carreiras no hospital A preceptoria no hospital é um desafio As pesquisas ainda são insuficientes	Nenhum
	QUESTÕES	Houve melhoria na assistência à saúde hospitalar	Houve mudanças na gestão	O financiamento do SUS é insuficiente
			Houve melhorias na estrutura física	
		Houve melhoria nas políticas prioritárias em âmbito hospitalar	Houve melhorias no ensino no cenário hospitalar	
			Há integração ensino-serviço no hospital	
	Houve melhoria nas políticas prioritárias em âmbito hospitalar	Há envolvimento dos profissionais com o ensino		
		Há educação permanente para os profissionais		
		Não há entendimento sobre o papel primordial do Hospital de Ensino		

4.1 Eixo Normativo - Ações Estratégicas na Área da Assistência

A rodagem dos círculos hermenêutico-dialéticos sobre a avaliação de desempenho obtida pelo hospital, no eixo Ações Estratégicas na Área da Assistência, após ser contratualizado como hospital de ensino favoreceu a apreensão de preocupações e questões, conforme apresentado no quadro abaixo.

Quadro 5 - Construções dos *Stakeholders* Eixo Ações Estratégicas na Área da Assistência x Organizadores da Avaliação de Quarta Geração (2015)

		EIXO - AÇÕES ESTRATÉGICAS NA ÁREA DA ASSISTÊNCIA
		CÓDIGOS FOCAIS
ORGANIZADORES DA AVALIAÇÃO DE QUARTA GERAÇÃO	REIVINDICAÇÕES	Nenhum
	PREOCUPAÇÕES	O Hospital de Ensino impacta e é impactado pela Rede de Atenção à Saúde
	QUESTÕES	Houve melhoria na assistência à saúde hospitalar Houve melhoria nas políticas prioritárias no âmbito hospitalar

4.1.1 Organizador Reivindicações

Quanto às alegações favoráveis ao desempenho do hospital após a contratualização como HE, percebe-se, a partir do quadro acima, a não ocorrência de reivindicações no eixo ações estratégicas na área da assistência, o que enseja a ausência de impacto da certificação, no hospital em estudo, no referido eixo.

No entanto, Bernardo (2009) *apud* Brasil (2010, p. 12), em seu discurso sobre o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino e dos Hospitais Filantrópicos, afirma que os objetivos desses programas são reorientar e reformular a política para essas unidades hospitalares de forma a qualificar a atenção à saúde prestada por essas instituições do SUS.

4.1.2 Organizador Preocupações

Quanto às preocupações relacionadas ao desempenho do hospital após a contratualização como HE, tornou-se evidente, a partir das alegações dos *stakeholders*, o Código Focal “O Hospital de Ensino impacta e é impactado pela Rede de Atenção à Saúde”, o qual será descrito a seguir.

4.1.2.1 Código Focal - O Hospital de Ensino impacta e é impactado pela Rede de Atenção à Saúde

De acordo com Almeida (2009) *apud* Brasil (2010, p.07), os Hospitais Universitários e de Ensino podem ser compreendidos como uma “estratégia de formar pessoas, de prestar serviços à atenção à saúde de alta qualidade e, mais do que referência, de ser ponto de atenção na rede do SUS”.

Nesta perspectiva, a participação do hospital na rede de atenção à saúde emerge, no referido estudo, como uma preocupação para o bom desempenho hospitalar.

Quadro 6 - Construções dos *Stakeholders* referente ao Código Focal “O Hospital de Ensino impacta e é impactado pela Rede de Atenção à Saúde” (2015).

		EIXO –AÇÕES ESTRATÉGICAS NA ÁREA DA ASSISTÊNCIA				
		CÓDIGO FOCAL – O Hospital de Ensino impacta e é impactado pela Rede de Atenção à Saúde				
		CONSTRUÇÕES/RESPONDENTES (R)				
ORGANIZADOR	PREOCUPAÇÃO	STAKEHOLDERS DA GESTÃO DO SUS, HE, ESCOLAS MÉDICAS	STAKEHOLDERS DA GESTÃO: COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DO HE	STAKEHOLDERS DA ASSISTÊNCIA	STAKEHOLDERS DO ENSINO E PESQUISA: DOCENTES E PRECEPTORES	STAKEHOLDERS DO ENSINO E PESQUISA: INTERNOS E RESIDENTES
					<p>A rede compromete um melhor desempenho nas políticas prioritárias. (R1)</p> <p>Necessidade de maior diálogo com os demais pontos da rede. (R1)</p> <p>O hospital é fundamental para a região. (R4)</p> <p>A contribuição do hospital na rede é pequena. (R4)</p> <p>O HE favorece a fixação de profissionais na região. (R4)</p> <p>A estrutura do SUS favorece para a superlotação do hospital. (R7)</p> <p>A organização da rede dificulta o desempenho do hospital. (R7)</p>	

* Abreviaturas: HE – Hospitais de Ensino; SUS – Sistema Único de Saúde.

As construções conjuntas (códigos iniciais) do código focal “O Hospital de Ensino compõe a Rede de Atenção à Saúde” nos permitem observar que, embora o hospital venha cumprindo suas funções frente à contratualização, a inserção dele na rede de atenção à saúde é uma preocupação apresentada pelos *stakeholders* da gestão e do ensino, visto que a forma de organização da rede e o funcionamento do sistema de referência favorecem para a superlotação do hospital, e, conseqüentemente, para um desempenho diminuto na atenção à saúde e nas políticas prioritárias.

Neste sentido, conforme as construções dos atores, a contribuição do hospital de ensino na rede de atenção está na interiorização dos profissionais, que nele se formam, nos municípios circunvizinhos. Sendo necessário, portanto, diálogos entre hospital e demais municípios para que este obtenha maior governabilidade na rede.

De acordo com Barata, Mendes e Bittar (2010), o SUS está organizado de forma a prestar assistência à saúde por meio de uma rede descentralizada de serviços de saúde, levando em conta que as doenças mais comuns e as crônicas devem ser atendidas nas unidades básicas de saúde e os atendimentos especializados devem ser encaminhados para serviços mais complexos, de caráter secundário e terciário, como os HE.

Entretanto, corroboram que nessas unidades hospitalares ainda é realizada grande proporção de atendimentos de média e baixa complexidade, bloqueando as agendas de procedimentos de maior complexidade, e provocando o surgimento de filas de espera e demanda reprimida. Fatores que exigem o estabelecimento de referências e contrarreferências entre os HE e os demais serviços de saúde da rede, o estabelecimento de protocolos e fluxos padronizados e a existência de recursos e serviços de saúde intermediários para o bom desempenho dessas unidades hospitalares, cabendo a elas a responsabilidade do ensino e capacitação dos demais serviços da rede para que prestem assistência de qualidade (BARATA, MENDES e BITTAR, 2010).

Desta forma, Lobo *et al* (2010) reiteram que ainda faz-se necessária maior integração entre os HE e a rede de cuidados locais de saúde, a fim de conter o desperdício de recursos, experimentar novas formas de gerenciamento em saúde e adequar o ensino às necessidades de formação de profissionais conforme à demanda social e epidemiológica da população do entorno.

4.1.3 Organizador Questões

No que tange às alegações sobre o desempenho do hospital de ensino no eixo Ações Estratégicas nas Áreas Assistenciais, pode-se verificar uma discordância de opiniões entre os *stakeholders* da gestão, da assistência e do ensino e pesquisa no que concerne à melhoria na assistência e nas políticas prioritárias. Fato que favoreceu o surgimento dos códigos focais “Houve melhoria na assistência à saúde hospitalar” e “Houve melhoria nas políticas prioritárias no âmbito hospitalar”.

4.1.3.1 Código Focal - Houve melhoria na assistência à saúde hospitalar

Segundo Lima e Rivera (2012), o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino tem como um de seus objetivos a qualificação e desenvolvimento da assistência, preconizando o aumento de procedimentos de média e alta complexidade e a diminuição dos de atenção básica, bem como a introdução de práticas e estruturas qualificadoras da assistência.

Assim, a melhoria da assistência à saúde nosocomial surge, no referido estudo, como uma preocupação relacionada ao desempenho hospitalar, conforme Quadro 7.

Quadro 7 - Construções dos *Stakeholders* referente ao Código Focal “Houve melhoria na assistência à saúde hospitalar” (2015).

		EIXO –AÇÕES ESTRATÉGICAS NA ÁREA DA ASSISTÊNCIA				
		CÓDIGO FOCAL – Houve melhoria na assistência à saúde hospitalar				
		CONSTRUÇÕES/RESPONDENTES (R)				
ORGANIZADOR	QUESTÃO	STAKEHOLDERS DA GESTÃO DO SUS, HE, ESCOLAS MÉDICAS	STAKEHOLDERS DA GESTÃO: COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DO HE	STAKEHOLDERS DA ASSISTÊNCIA	STAKEHOLDERS DO ENSINO E PESQUISA: DOCENTES E PRECEPTORES	STAKEHOLDERS DO ENSINO E PESQUISA: INTERNOS E RESIDENTES
		Grande impacto na assistência. (R1)	A pesquisa de satisfação dos usuários impulsiona uma melhor assistência. (R2)	Avaliação clínica mais detalhada. (R1).	Assistência melhorou por conta do ensino. (R1)	Aumenta o dimensionamento de pessoas. (R1)
		Melhora nos processos e investimentos assistenciais. (R2)	A atuação das comissões de vigilância contribui para a melhoria na assistência. (R2)	Assistência multiprofissional. (R1).	Houve crescimento do profissional. (R1)	O aluno contribui para uma assistência mais integral. (R1)
		Melhoria nos indicadores de saúde. (R2)	O sistema de referência e contra-referência melhora o fluxo do atendimento. (R2)	Ruptura na atuação disciplinar. (R2)	Houve desenvolvimento da interdisciplinariedade. (R1)	Na pediatria, a atenção à saúde funciona muito bem. (R2)
		Mudança de gestão municipal e hospitalar prejudicam o avanço da assistência. (R2)	Separação entre pacientes SUS e de convênio e particulares. (R3)	Atendimento holístico. (R2)	Houve fortalecimento do setor como espaço de estudo pelos locais, pela infraestrutura e pela logística. (R1)	A assistência à saúde na neonatologia é complicada. (R2)
		Melhoria na organização dos serviços, fluxos e protocolos de atendimento. (R3)	Discentes e preceptores revitalizam as práticas cientificamente. (R3)	Melhora no dimensionamento de enfermagem. (R2)	Criação das comissões intra-hospitalar obrigatórias. (R2)	Melhoria na estrutura e nas tecnologias em saúde. (R4)
		Avanço na atuação multiprofissional. (R3)	O estudante instiga o profissional a refletir sua prática. (R4)	Avanço na qualidade da assistência. (R3)	Aumento quantitativo de pessoas que prestam a assistência. (R2)	A inserção de alunos melhora a assistência. (R4)
		Melhoria nos resultados dos exames laboratoriais e de imagem. (R4)	Houve melhoria nos serviços de pediatria e clínica médica. (R5)	O estudante está diretamente avaliando o paciente. (R3)	Com o ensino, tem-se um profissional próximo ao paciente. (R4)	A atenção multiprofissional acontece. (R4)
		As escalas estão preenchidas 24h. (R3)				

Quadro 7 (Continuação 1) - Construções dos *Stakeholders* referente ao Código Focal “Houve melhoria na assistência à saúde hospitalar” (2015).

		EIXO –AÇÕES ESTRATÉGICAS NA ÁREA DA ASSISTÊNCIA				
		CÓDIGO FOCAL – Houve melhoria na assistência à saúde hospitalar				
		CONSTRUÇÕES/RESPONDENTES (R)				
ORGANIZADOR	QUESTÃO	STAKEHOLDERS DA GESTÃO DO SUS, HE, ESCOLAS MÉDICAS	STAKEHOLDERS DA GESTÃO: COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DO HE	STAKEHOLDERS DA ASSISTÊNCIA	STAKEHOLDERS DO ENSINO E PESQUISA: DOCENTES E PRECEPTORES	STAKEHOLDERS DO ENSINO E PESQUISA: INTERNOS E RESIDENTES
				<p>Não houve melhoria qualitativa na assistência devido à superlotação. (R4)</p> <p>Precisa melhor organização na regulação do atendimento. (R4)</p> <p>Necessidade de ter uma assistência de qualidade. (R5)</p>	<p>Maior número de pessoas avaliando o paciente. (R5)</p> <p>Maior envolvimento entre a equipe multiprofissional. (R5)</p> <p>A superlotação prejudica a assistência. (R1)</p> <p>Necessidade de avaliação de indicadores de assistência. (R2)</p> <p>Fragilidades no atendimento às gestantes. (R3)</p> <p>Houve pouca mudança. (R4)</p> <p>Desafio: mudança de práticas.</p> <p>Qualidade da assistência prejudicada pela superlotação, falta de medicamentos e médico plantonistas. (R5)</p>	<p>Melhoria na estrutura, nos processos e na qualidade da assistência. (R4)</p> <p>Melhorias relacionadas à inserção do aluno: atendimento da demanda e olhar crítico. (R4)</p> <p>Melhora no dimensionamento de profissionais. (R5)</p> <p>Demanda elevada prejudica a assistência. (R4)</p> <p>Poucos hospitais terciários na região dificulta a assistência. (R4)</p>

Quadro 7 (Continuação 2) - Construções dos *Stakeholders* referente ao Código Focal “Houve melhoria na assistência à saúde hospitalar” (2015).

		EIXO –AÇÕES ESTRATÉGICAS NA ÁREA DA ASSISTÊNCIA				
		CÓDIGO FOCAL – Houve melhoria na assistência à saúde hospitalar				
		CONSTRUÇÕES/RESPONDENTES (R)				
ORGANIZADOR	QUESTÃO	<i>STAKEHOLDERS DA GESTÃO DO SUS, HE, ESCOLAS MÉDICAS</i>	<i>STAKEHOLDERS DA GESTÃO: COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DO HE</i>	<i>STAKEHOLDERS DA ASSISTÊNCIA</i>	<i>STAKEHOLDERS DO ENSINO E PESQUISA: DOCENTES E PRECEPTORES</i>	<i>STAKEHOLDERS DO ENSINO E PESQUISA: INTERNOS E RESIDENTES</i>
					Existem muitos problemas na atenção. (R7)	A qualidade da assistência não depende diretamente do ensino e da pesquisa. (R4) Desresponsabilização do profissional médico pelo paciente. (R6) Cuidado não sequencial. (R6)

* Abreviaturas: HE – Hospitais de Ensino; SUS – Sistema Único de Saúde.

Quanto à melhoria na assistência à saúde, no âmbito hospitalar, os *stakeholders* da gestão do SUS, das Escolas Médicas e do HE compreendem que a certificação como HE contribuiu para o desempenho do hospital nessa área, interferindo na melhoria dos processos assistenciais, indicadores de saúde e investimentos, bem como contribuindo para o avanço da atuação multidisciplinar na unidade em estudo.

Os representantes da comissão de acompanhamento do hospital de ensino, afirmam que a melhoria da assistência é impulsionada pela pesquisa de satisfação dos usuários, pela atuação das comissões intra-hospitalares, tendo os docentes e discentes como revitalizadores e instigadores de reflexão e mudança das práticas em saúde. Aspectos esses que, conforme construções dos sujeitos, contribuíram para a melhoria da atenção nos serviços de pediatria e clínica médica, para uma atuação multidisciplinar e, conseqüentemente, melhor avaliação do paciente.

Nessa perspectiva, os *stakeholders* da assistência e do ensino e pesquisa concordam com os representantes da gestão, ao corroborarem que a contratualização favoreceu a qualificação da assistência, mediante a inserção de estudantes, internos, residentes e preceptores nos serviços hospitalares, além da adequação do dimensionamento de profissionais e a melhoria em estrutura e equipamentos. Proporcionando, assim, atendimento holístico e avaliação clínica minuciosa do paciente; desenvolvimento da interdisciplinaridade; criação das comissões intra-hospitalares; e fortalecimento do serviço como espaço de formação, já que mesmo antes da certificação como HE, a unidade hospitalar se configurava campo de formação para profissões da saúde, especificamente enfermagem e medicina.

Conquanto, os *stakeholders* da gestão, da assistência e ensino e pesquisa divergem na compreensão de que essa melhoria tenha sido significativa, uma vez que reiteram a superlotação nos serviços do hospital e uma demanda excessiva de pacientes que necessitam de atendimento, citando causas e conseqüências do avanço no desempenho da assistência.

Neste contexto, os *stakeholders* da gestão apontaram: fragilidades na assistência, principalmente, na atenção materno-neonatal, ausência de profissionais médicos plantonistas e medicamentos, e a mudança da gestão hospitalar e municipal como fatores que prejudicam o desempenho. Os *stakeholders* da assistência citaram: número ínfimo de hospitais terciários na região de saúde; número reduzido de profissionais que prestam assistência na unidade de estudo; e ruptura no segmento do cuidado médico, uma vez que afirmam que o paciente passou a ser avaliado por vários profissionais de uma mesma categoria, e por vezes a avaliação clínica esteve centrada nos internos e residentes.

Desta forma, reiteram a imprescindibilidade da adoção de práticas voltadas para a qualificação da assistência na referida unidade hospitalar, citando: avaliação interna de indicadores de assistência sensíveis à qualidade; inserção de coordenadores nas unidades clínicas de internação; aumento no número de profissionais; e fortalecimento da atuação das comissões intra-hospitalares e do sistema de referência e contra-referência.

Nesta perspectiva, Machado e Kuchenbecker (2007), em estudo realizado com quatro hospitais de universitários e suas secretarias contratantes, afirmam que, frequentemente, cabe aos hospitais universitários o desempenho de atribuições que fogem da sua vocação mais primordial de prover assistência especializada, num cenário de formação de profissionais de saúde, devido para muitos da população brasileira a porta de entrada do sistema de saúde continuar sendo os serviços de emergência.

Lobo *et al* (2009, p. 444) apontam que, para tanto, é importante o desenvolvimento de programas de qualidade e acreditação nessas unidades hospitalares para manter a equipe de profissionais e gestão unidos em torno de metas, enfatizando que “a eficiência da produtividade assistencial pode estar associada à qualidade das atividades de ensino” desenvolvidas nesses hospitais.

4.1.3.2 Código Focal - Houve melhoria nas políticas prioritárias no âmbito hospitalar

De acordo com a Portaria Interministerial nº 2400 (BRASIL, 2007), um dos requisitos que devem ser cumpridos por hospitais de ensino ou que desejam se certificar é:

“participar das Políticas Prioritárias do SUS, conforme couber ao escopo da unidade hospitalar, colaborando ativamente na constituição de uma rede de cuidados progressivos à saúde e estabelecendo relações de cooperação técnica com a rede básica, tanto no campo da atenção à saúde como em ensino e pesquisa, de acordo com as realidades regionais.”

Desta forma, durante o processo de avaliação podemos perceber que a grande maioria dos *stakeholders* tinha dificuldade de desenvolver construções vicariantes sobre o desempenho do hospital de ensino nas políticas prioritárias do SUS, considerando-as uma preocupação para o desempenho da unidade em estudo (Quadro 8).

Quadro 8 - Construções dos *Stakeholders* referente ao Código Focal “Houve melhoria nas políticas prioritárias do SUS no âmbito hospitalar” (2015).

		EIXO –AÇÕES ESTRATÉGICAS NA ÁREA DA ASSISTÊNCIA				
		CÓDIGO FOCAL – Houve melhoria nas políticas prioritárias do SUS no âmbito hospitalar				
		CONSTRUÇÕES/RESPONDENTES (R)				
ORGANIZADOR	QUESTÃO	STAKEHOLDERS DA GESTÃO DO SUS, HE, ESCOLAS MÉDICAS	STAKEHOLDERS DA GESTÃO: COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DO HE	STAKEHOLDERS DA ASSISTÊNCIA	STAKEHOLDERS DO ENSINO E PESQUISA: DOCENTES E PRECEPTORES	STAKEHOLDERS DO ENSINO E PESQUISA: INTERNOS E RESIDENTES
				<p>O ensino favorece o desempenho nas políticas prioritárias do SUS. (R1)</p> <p>Houve melhora na quantidade e qualidade das políticas prioritárias. (R3)</p> <p>Equipes para trabalhar naquela política prioritária. (R3)</p> <p>Quanto às políticas prioritárias há muito para melhorar nas áreas da segurança do paciente, processos de enfermagem.(R4)</p>	<p>Houve melhoria nas políticas prioritárias do SUS. (R1)</p> <p>Avanço nas políticas prioritárias: acolhimento com classificação de risco e captação de órgãos. (R3)</p> <p>Avanço relacionado à educação permanente. (R3)</p> <p>O avanço depende de múltiplos atores (gestão, atenção, usuário). (R3)</p> <p>As políticas prioritárias variam de acordo com a gestão. (R4)</p> <p>O desempenho ocorre em algumas áreas como a OPO. (R5)</p> <p>O desempenho é multifatorial. (R5)</p> <p>Atuação por meio da criação de colegiados e comissões. (R7)</p>	<p>Envolvimento do hospital nas políticas propostas. (R1)</p> <p>Esforço da gestão. (R2)</p> <p>Melhoria no aspecto da estrutura física, pessoal e do gerenciamento dos serviços. (R3)</p> <p>Colaboração dos alunos. (R3)</p> <p>Interesse do hospital em manter as políticas prioritárias. (R3)</p> <p>Falta de acompanhamento e fiscalização das ações pelo município e união. (R3)</p>

Quadro 8 (Continuação) - Construções dos *Stakeholders* referente ao Código Focal “Houve melhoria nas políticas prioritárias do SUS no âmbito hospitalar” (2015).

		EIXO –AÇÕES ESTRATÉGICAS NA ÁREA DA ASSISTÊNCIA				
		CÓDIGO FOCAL – Houve melhoria nas políticas prioritárias do SUS no âmbito hospitalar				
		CONSTRUÇÕES/RESPONDENTES (R)				
ORGANIZADOR	QUESTÃO	STAKEHOLDERS DA GESTÃO DO SUS, HE, ESCOLAS MÉDICAS	STAKEHOLDERS DA GESTÃO: COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DO HE	STAKEHOLDERS DA ASSISTÊNCIA	STAKEHOLDERS DO ENSINO E PESQUISA: DOCENTES E PRECEPTORES	STAKEHOLDERS DO ENSINO E PESQUISA: INTERNOS E RESIDENTES
				<p>O resultado depende da atuação dos demais pontos da rede. (R1)</p> <p>Na captação de órgãos em algumas vezes houve retrocesso. (R2)</p> <p>A crise do sistema compromete a atuação do hospital nas políticas prioritárias. (R4)</p> <p>Algumas áreas são mais críticas (Urgência e Emergência). (R4)</p> <p>O desempenho prejudicado na Rede Cegonha e Humanização. (R5)</p> <p>Existência de limitações físicas e de pessoal. (R5)</p> <p>Falta envolvimento e estímulo para os profissionais. (R5)</p> <p>Há um subfinanciamento para as políticas prioritárias. (R5)</p>	<p>O resultado depende da atuação dos demais pontos da rede. (R1)</p> <p>Na captação de órgãos em algumas vezes houve retrocesso. (R2)</p> <p>A crise do sistema compromete a atuação do hospital nas políticas prioritárias. (R4)</p> <p>Algumas áreas são mais críticas (Urgência e Emergência). (R4)</p> <p>O desempenho prejudicado na Rede Cegonha e Humanização. (R5)</p> <p>Existência de limitações físicas e de pessoal. (R5)</p> <p>Falta envolvimento e estímulo para os profissionais. (R5)</p> <p>Há um subfinanciamento para as políticas prioritárias. (R5)</p>	<p>Possuem financiamento próprio e um sistema de vigilância. (R4)</p> <p>Necessárias e estão em funcionamento. (R4)</p> <p>As políticas prioritárias exigem funcionamento 24h. (R4)</p> <p>Os alunos favorecem esse funcionamento. (R4)</p> <p>Grande quantidade de políticas prioritárias. (R2)</p> <p>A estrutura física do hospital e a sobrecarga de trabalho dificultam o desempenho. (R6)</p>

Conforme observamos no quadro, os *stakeholders* da gestão, assistência e ensino e pesquisa consensuam que houve melhoria no desempenho das políticas prioritárias no hospital, quanto a profissionais para atuarem especificamente nessas áreas, à adequação da estrutura física, e ao gerenciamento dos serviços, destacando a atuação deste na captação de órgãos e tecidos para transplantes, no acolhimento com classificação de risco e na humanização. Reiteraram ainda que esse avanço ocorreu devido ao interesse da gestão hospitalar em participar dessas políticas, devido haver financiamento específico para tais atividades e favorecer a qualificação da assistência; bem como devido à inserção dos alunos e ao desenvolvimento de comissões/colegiados e ações de educação permanente.

No entanto, foi perceptível dissenso quanto a essa melhoria, uma que os *stakeholders* afirmaram que ainda há impasses para o desempenho das políticas prioritárias no hospital, e que as mesmas não são acompanhadas e fiscalizadas pelo município, exemplificando as dificuldades voltadas para a atenção à saúde materno-infantil; acolhimento com classificação de riscos; segurança do paciente; organização da rede de atenção à saúde; limitações financeiras, físicas e de pessoal para atender à demanda; e ausência de estímulo e capacitação dos profissionais para atuarem nas políticas propostas. Aspectos esses que refletem no desempenho da atenção às urgências e emergências, rede cegonha e humanização da assistência.

Assim, dentre as políticas prioritárias propostas pelo Ministério da Saúde que devem constar no documento legal da contratualização entre HE e secretaria contratante, a portaria nº 1.702 de 2004, que cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do SUS, aponta as relacionadas às áreas de sangue, transplante, urgência e emergência, AIDS, humanização, saúde da mulher e da criança, terapia intensiva, pesquisa e gestão do trabalho e da educação para o SUS (BRASIL, 2004). Sendo referido ainda por Brasil (2015), que um dos objetivos do Programa de Certificação de HE é garantir a inserção dessas unidades hospitalares na Rede de Atenção à Saúde (RAS), com participação efetiva nas políticas prioritárias do SUS, considerando seu perfil assistencial.

4.2 Eixo Normativo – Gestão, Ensino e Pesquisa

A rodagem dos círculos hermenêutico-dialéticos sobre a avaliação de desempenho obtida pelo hospital após ser contratualizado como hospital de ensino, no eixo Gestão, Ensino e Pesquisa, permitiu-nos depreender a existência de reivindicações, preocupações e questões relacionadas ao eixo, como apresentado no quadro abaixo.

Conforme traz a nova portaria de certificação dos HE, um dos objetivos do programa é garantir a melhoria da qualidade do ensino, da pesquisa e da gestão oferecidos por essas unidades hospitalares, além da melhoria na qualidade da atenção à saúde (BRASIL, 2015).

Quadro 9 - Construções dos *Stakeholders* Eixo Ações Estratégicas na Área da Assistência x Organizadores da Avaliação de Quarta Geração (2015)

		EIXO – GESTÃO, ENSINO E PESQUISA
		CÓDIGOS FOCAIS
ORGANIZADORES DA AVALIAÇÃO DE QUARTA GERAÇÃO	REIVINDICAÇÕES	As parcerias entre Hospital de Ensino e Instituições de Ensino Superior são relevantes
		É imprescindível a atuação da Comissão de Avaliação e Monitoramento das Metas do Hospital
	PREOCUPAÇÕES	Há uma diferenciação no custo da assistência em Hospital de Ensino
		Não há planos de cargos e carreiras no hospital
		A preceptorial no hospital é um desafio
		As pesquisas ainda são insuficientes
	QUESTÕES	Houve mudanças na gestão
		Houve melhorias na estrutura física
		Houve melhorias no ensino no cenário hospitalar
		Há integração ensino-serviço no hospital
		Há envolvimento dos profissionais com o ensino
		Há educação permanente para os profissionais
		Não há entendimento sobre o papel primordial do Hospital de Ensino

4.2.1 Organizador Reivindicações

No tocante às alegações favoráveis ao desempenho do hospital após a contratualização como HE, percebe-se, a partir do quadro acima, a emergência das reivindicações: “As parcerias entre Hospital de Ensino e Instituições de Ensino Superior são

relevantes” e “É imprescindível a atuação da Comissão de Avaliação e Monitoramento das Metas do Hospital”.

4.2.1.1 Código Focal - As parcerias entre Hospital de Ensino e Instituições de Ensino Superior são relevantes

De acordo com o artigo 2º da Portaria Interministerial nº 2.400 de 2007, as parcerias com Instituições de Ensino Superior são imprescindíveis para a certificação como Hospital de Ensino, seja na condição de Hospital Geral ou Especializado, de propriedade de Instituição de Ensino Superior, pública ou privada, ou formalmente conveniado a esta (BRASIL, 2004).

Assim, o quadro abaixo apresenta as construções dos atores envolvidos nesse processo de avaliação sobre a importância das parcerias entre o HE e as IES para o desempenho hospitalar após a contratualização com o SUS.

Quadro 10 - Construções dos *Stakeholders* referente ao Código Focal “As parcerias entre Hospital de Ensino e Instituições de Ensino Superior são relevantes” (2015).

		EIXO – GESTÃO, ENSINO E PESQUISA				
		CÓDIGO FOCAL – As parcerias entre Hospital de Ensino e Instituições de Ensino Superior são relevantes				
		CONSTRUÇÕES/RESPONDENTES (R)				
ORGANIZADOR	REIVINDICAÇÃO	STAKEHOLDERS DA GESTÃO DO SUS, HE, ESCOLAS MÉDICAS	STAKEHOLDERS DA GESTÃO: COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DO HE	STAKEHOLDERS DA ASSISTÊNCIA	STAKEHOLDERS DO ENSINO E PESQUISA: DOCENTES E PRECEPTORES	STAKEHOLDERS DO ENSINO E PESQUISA: INTERNOS E RESIDENTES
		Existência de diálogo entre gestão do HE e das IES. (R3)	O hospital precisa das universidades para ser hospital de ensino. (R2)	Parceria com as IES bem coesa. (R2)	Fortalecimento das IES no hospital. (R1)	Necessidade de participação das universidades no financiamento. (R6)
Aproximação hospital e IES como uma facilidade. (R3)	Programas de residência médica decorrentes da parceria entre hospital e faculdade de Medicina. (R2)	As parcerias importantes para manter o hospital como de ensino. (R3)	As parcerias são importantes para o desempenho. (R1)			
	Falta maior proximidade da Universidade. (R3)	As IES são importantes para o amadurecimento do hospital na pesquisa. (R4)	Hospital de Ensino e faculdade estão interrelacionados. (R3)			
	Vínculo frágil. (R3)		Aumento das vagas de residência. (R3)			
	A contratualização organizou e estabeleceu funções do hospital frente às IES e o SUS. (R4)	Institucionalização de espaço físico e representatividade das IES no hospital. (R5)	Favorece a permanência de profissionais na região. (R3)			
			Necessária para os cursos de medicina e enfermagem. (R5)			
			Participação de pessoas comprometidas com a melhoria do ensino e assistência. (R7)			

* Abreviaturas: IES – Instituição de Ensino Superior; HE – Hospital de Ensino; SUS – Sistema Único de Saúde.

A partir das construções dos *stakeholders* do estudo, podemos observar o consenso dos representantes da gestão, assistência, e ensino e pesquisa quanto à compreensão da importância da parceria entre Hospital de Ensino e Instituições de Ensino Superior para a contratualização como HE e desempenho hospitalar. Entretanto não houve nenhuma construção relacionada a esse código focal por parte dos residentes e internos.

De acordo com os participantes, o que facilita o desempenho do hospital, na perspectiva de HE, é a proximidade e o diálogo que há entre hospital e IES, sendo salientado que a contratualização organizou e estabeleceu as funções do hospital frente às instituições formadoras e o SUS, permitindo a ampliação e criação de programas de residência médica, o amadurecimento da pesquisa no âmbito hospitalar, e a permanência de profissionais na região de saúde. No entanto, os *stakeholders* da gestão e do ensino e pesquisa, trazem que há fragilidade nesse vínculo, sendo necessário, portanto, maior proximidade entre ambos, bem como participação das instituições de ensino no financiamento do hospital.

Conforme Brasil (2004) a parceria entre HE e IES é condição *sine qua non* para a certificação como Hospital de Ensino, visto que para serem certificados devem abrigar, formalmente e em caráter permanente e contínuo, estudantes de um curso de medicina e de pelo menos dois outros cursos de graduação na área da saúde, além de programas de Residência Médica, regularmente credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica.

4.2.1.2 Código Focal - *É importante a atuação de uma Comissão de Avaliação e Monitoramento das Metas do Hospital*

De acordo com Lobo *et al* (2009), dentre as iniciativas e políticas governamentais já implantadas que visam fortalecer a relação dos hospitais universitários com o SUS, merece destaque a certificação e contratualização como hospitais de ensino.

Uma vez certificados, os HE firmam contrato com o gestor do SUS por meio da definição e pactuação de metas quantitativas e qualitativas a serem realizadas pelos hospitais, dando materialidade ao processo de acompanhamento e avaliação sistemática realizados pela Comissão de Acompanhamento do Contrato (LOBO *et al*, 2009).

Desta forma, a atuação da Comissão de Acompanhamento do Contrato, surge como uma reivindicação ao desempenho do hospital de ensino por parte do *stakeholders* do estudo (Quadro 11).

Quadro 11 - Construções dos *Stakeholders* referente ao Código Focal “Atuação de uma Comissão de Avaliação e Monitoramento das Metas do Hospital” (2015).

		EIXO – GESTÃO, ENSINO E PESQUISA				
		CÓDIGO FOCAL – Atuação de uma Comissão de Avaliação e Monitoramento das Metas do Hospital				
		CONSTRUÇÕES/RESPONDENTES (R)				
ORGANIZADOR	REIVINDICAÇÃO	STAKEHOLDERS DA GESTÃO DO SUS, HE, ESCOLAS MÉDICAS	STAKEHOLDERS DA GESTÃO: COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DO HE	STAKEHOLDERS DA ASSISTÊNCIA	STAKEHOLDERS DO ENSINO E PESQUISA: DOCENTES E PRECEPTORES	STAKEHOLDERS DO ENSINO E PESQUISA: INTERNOS E RESIDENTES
				<p>Criação de uma comissão para avaliar mensalmente o Hospital.</p> <p>Poder avaliativo da comissão.(R4)</p>	<p>A Comissão de Acompanhamento das Metas desconhece o instrumento de contrato. (R2)</p> <p>Falta domínio da comissão sobre seu papel. (R2)</p> <p>Existência de uma comissão que acompanha o Plano Operativo. (R3)</p> <p>O desempenho das metas sofre o viés do instrumento de avaliação. (R5)</p> <p>As metas são superficiais. (R5)</p> <p>O Conselho Municipal de Saúde não possui assento na Comissão. (R6)</p> <p>A comissão ainda não compreende totalmente o papel dela. (R7)</p> <p>Falta autonomia na Comissão de Acompanhamento das Metas do Hospital de Ensino. (R7)</p> <p>Necessidade da comissão atuar em campo. (R7)</p>	<p>Comissão acompanha a aplicação do recurso. (R1)</p> <p>Reuniões periódicas para acompanhamento do recurso. (R1)</p>

* Abreviaturas: IES – Instituição de Ensino Superior; HE – Hospital de Ensino; SUS – Sistema Único de Saúde.

A Comissão de Acompanhamento de Contratos surge, nas construções dos *stakeholders*, como ferramenta ao processo de contratualização do hospital com o SUS, visto que teria como função avaliar mensalmente o desempenho do hospital a fim de que esse fizesse juízo ao recurso financeiro que vinha do Ministério da Saúde.

Wanderley (2010) *apud* Brasil (2012, p. 45) considera as comissões de acompanhamento como “estruturas e estratégias fundamentais para o sucesso da contratualização”, as quais são reiteradas nas cláusulas do convênio como uma proposta específica de cada local, com definições sobre as regularidades das reuniões e composição. Devendo reunir-se mensalmente e ter como componentes: representantes do hospital, da secretaria contratante, da comunidade acadêmica e dos usuários.

Assim, ao observamos os códigos iniciais dos *stakeholders*, verificamos que a Comissão de Acompanhamento do Contrato do hospital em estudo se reúne mensalmente, indo ao encontro do proposto, mas não possui participação do Conselho Municipal de Saúde como representante dos usuários.

De acordo ainda com Wanderley (2010) *apud* Brasil (2012, p. 47), as atribuições das comissões são “acompanhar as execuções dos convênios, principalmente no tocante aos seus custos, acompanhamento das metas e avaliação da qualidade”, devendo realizar um acompanhamento indicativo do alcance das metas, apontando providências e redirecionamentos. No entanto, Spigolon (2010) *apud* Brasil (2012) ressalta que, no contexto atual, os membros que compõe essa comissão, na grande maioria, desconhecem o papel dela. Aspecto que pode ser corroborado pelo estudo em questão, uma vez que os *stakeholders* da Comissão de Acompanhamento das Metas do Hospital de Ensino afirmaram que falta domínio da comissão sobre seu papel frente ao hospital e que a avaliação das metas sofre o viés do instrumento de avaliação, sendo indicada, pelos mesmos, a necessidade de maior autonomia dessa comissão e atuação *in locu*.

4.2.2 Organizador Preocupações

No que se refere às alegações desfavoráveis ao desempenho do hospital após a contratualização, as construções vicariantes dos *stakeholders* permitiram a emersão das preocupações: “Há uma diferenciação no custo da assistência em Hospital de Ensino”; “Não há planos de cargos e carreiras no hospital”; “A preceptoria no hospital é um desafio”; e “As pesquisas ainda são insuficientes”.

4.2.2.1 Código Focal - Há uma diferenciação no custo da assistência no hospital de ensino

De acordo com Dallora e Foster (2008), os hospitais de ensino são instituições caras devido contemplarem atendimentos de alta complexidade e atividades que mesclam assistência médica com procedimentos didáticos.

Neste contexto, a análise das construções emergentes (códigos focais) no quadro abaixo nos favorece a compreensão de que há um custo diferenciado relacionado à assistência no hospital de ensino pesquisado.

Quadro 12 - Construções dos *Stakeholders* referente ao Código Focal “Há uma diferenciação no custo da assistência em Hospital de Ensino” (2015).

		EIXO – GESTÃO, ENSINO E PESQUISA				
		CÓDIGO FOCAL – Há uma diferenciação no custo da assistência em Hospital de Ensino				
		CONSTRUÇÕES/RESPONDENTES (R)				
ORGANIZADOR	PREOCUPAÇÃO	STAKEHOLDERS DA GESTÃO DO SUS, HE, ESCOLAS MÉDICAS	STAKEHOLDERS DA GESTÃO: COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DO HE	STAKEHOLDERS DA ASSISTÊNCIA	STAKEHOLDERS DO ENSINO E PESQUISA: DOCENTES E PRECEPTORES	STAKEHOLDERS DO ENSINO E PESQUISA: INTERNOS E RESIDENTES
		<p>O ensino aumenta o custo da assistência. (R1)</p> <p>O HE sai caro. (R4)</p> <p>Maior quantidade de exames solicitados. (R4)</p> <p>Financeiramente mais caro x maior qualidade na assistência. (R4)</p> <p>Quando se recebe aluno, se gasta mais dinheiro. (R5)</p>	<p>A melhoria da assistência compensa o custo obtido. (R5)</p>	<p>Altos custos x receitas pequenas (R2).</p> <p>Custo elevado da assistência. (R3)</p> <p>Custo com equipamentos médico-hospitalares, EPI's, alimentação, roupa, estrutura física e humana. (R3)</p> <p>Os benefícios superam os gastos.(R3)</p> <p>Maior custo da assistência x Melhoria da qualidade da assistência x Inserção do ensino. (R4)</p>	<p>O custo da assistência compensado com a qualidade obtida. (R2)</p> <p>O ensino eleva o custo da assistência. (R3)</p> <p>A qualidade proporcionada à assistência sobressai ao custo. (R3)</p> <p>O ensino é caro. (R5)</p> <p>O custo torna-se aumentado. (R6)</p> <p>Solicitação de mais exames, maior tempo de internação, eleva o custo da assistência.</p> <p>O custo superior aos demais hospitais. (R8)</p>	

* Abreviaturas: EPI's – Equipamentos de Proteção Individual; HE – Hospital de Ensino; SUS – Sistema Único de Saúde.

De acordo com os discursos dos participantes, a inserção de residentes e internos na assistência eleva o custo do hospital, devido a um maior percentual de exames solicitados para definição de diagnóstico, e conseqüentemente, maior tempo de internação, a despesas com equipamentos e material médico-hospitalares, com alimentação, rouparia e equipamentos de proteção individual.

Lobo *et al* (2009) afirmam que em virtude dos custos maiores dessas unidades hospitalares frente ao ensino e pesquisas desenvolvidos, há uma necessidade de diferenciação do valor repassado pelos procedimentos realizados nesses hospitais, justificando a diferenciação do custeio a maiores gastos com médias de permanência maiores, maior quantidade de exames complementares e técnicas mais complexas para o nível terciário de atendimento.

Contudo, ao passo que reconhecem o aumento do custo da assistência com a inserção do ensino no hospital, os *stakeholders* da gestão, da assistência e do ensino e pesquisa, ressaltam que a qualidade da assistência proporcionada pelo ensino justifica e supera os custos onerados.

Estudos realizados em hospitais de ensino apontam que, na Espanha, a quantidade de residentes pode impactar 9% a mais no custo estimado para os HE em relação aos hospitais sem ensino, sendo que, na Europa e Estados Unidos, este custo é de até 25% maior que os demais hospitais gerais nos referidos países (BITTAR e MAGALHÃES, 2008). Na Austrália, estudos demonstram que o custo dos HUs é de 12% maior do que em hospitais não universitários de alta tecnologia, e que na Coreia do Sul este percentual sobe para 28% quando comparados a hospitais de mesma complexidade (DALLORA e FOSTER, 2008).

Lobo *et al* (2009) em estudo sobre o impacto da reforma de financiamento em hospitais de ensino no Brasil, corroboram a diferenciação de custos em HE, ao afirmarem que apesar das atividades de ensino estarem associadas ao aumento do custo da produção assistencial nos hospitais, o desenvolvimento e a excelência do ensino e pesquisa nesses hospitais podem ser considerados estratégia prioritária para o enfrentamento da crise de financiamento desses hospitais.

4.2.2.2 Código Focal - Não há planos de cargos e carreiras no hospital

Conforme Brasil (2006), plano de cargos, carreiras e salários (PCCS) é o “conjunto de normas que disciplinam o ingresso e instituem oportunidades e estímulos ao desenvolvimento pessoal e profissional dos trabalhadores de forma a contribuir com a qualificação dos serviços”.

No Brasil, até o ano de 2004, inexistia um programa de cargos e carreiras para profissionais e trabalhadores do SUS, quando, nesse mesmo período, o Ministério da Saúde cria uma Comissão para Elaborar Diretrizes para um Plano de Cargos, Carreiras e Salários no SUS. Sendo, portanto, definido, como uma de suas diretrizes, estimular a elaboração de Planos de Carreiras com estruturas e formas de desenvolvimento semelhantes em todos os serviços do SUS, desde a União, Estado e Distrito Federal, até a rede complementar de atenção à saúde (BRASIL, 2006).

Nessa perspectiva, os *stakeholders* do estudo, expõem a ausência do plano de cargos e carreiras do hospital como uma preocupação para o seu desempenho, conforme pode ser observado no quadro abaixo.

Quadro 13 - Construções dos *Stakeholders* referente ao Código Focal “Não há plano de cargo e carreira no hospital” (2015).

		EIXO – GESTÃO, ENSINO E PESQUISA				
		CÓDIGO FOCAL – Não há plano de cargo e carreira no hospital				
		CONSTRUÇÕES/RESPONDENTES (R)				
ORGANIZADOR	PREOCUPAÇÃO	STAKEHOLDERS DA GESTÃO DO SUS, HE, ESCOLAS MÉDICAS	STAKEHOLDERS DA GESTÃO: COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DO HE	STAKEHOLDERS DA ASSISTÊNCIA	STAKEHOLDERS DO ENSINO E PESQUISA: DOCENTES E PRECEPTORES	STAKEHOLDERS DO ENSINO E PESQUISA: INTERNOS E RESIDENTES
						<p>Discordância da igualdade de remuneração. (R3)</p> <p>Iniciativa fracassada. (R5)</p> <p>Desestímulo quanto a planos de cargos e carreiras. (R5)</p> <p>Titulação acadêmica não favorece mudança. (R5)</p>

De acordo com o quadro anterior, percebe-se que os *stakeholders* da assistência e do ensino e pesquisa (docentes e preceptores) consensuam quanto à inexistência de um plano de cargo e carreira no hospital, afirmando que esse aspecto concorre para a desmotivação dos profissionais e para a dificuldade de envolvimento do corpo clínico nas atividades de ensino-assistência.

Os atores do processo de avaliação reiteram também que a titulação acadêmica não implica em melhoria do cargo e de salários, não havendo incentivo para os colaboradores participarem de programas de pós-graduação *strictu sensu*, bem como não há diferenciação de salários entre profissionais recém-formados e os que possuem maior tempo de atuação no hospital. Porém, salientam que já houve tentativas por parte da gestão de se instituir um plano de cargos, carreiras e salários no hospital, contudo sem sucesso.

Neste contexto, Lobo *et al* (2009) corroboram que a avaliação periódica dos profissionais, com técnicas atuais e a participação nos resultados, servem de estímulo para o crescimento profissional e maior retorno produtivo e financeiro às unidades, enfatizando que o investimento na carreira acadêmica é “fundamental para a formação de pessoal com melhor visão nas questões epidemiológicas, sociais, econômicas e culturais da comunidade”.

Vale salientar que essa preocupação foi apresentada, especificamente pelos *stakeholders* da assistência e do ensino e pesquisa (docentes e preceptores), favorecendo a compreensão de que a inexistência de um plano de cargos e carreiras reverbera principalmente no desenvolvimento das práticas profissionais, não sendo percebida como aspecto relevante e de impacto para o desempenho do hospital de ensino para o grupo da gestão e dos internos e residentes.

4.2.2.3 Código Focal – A preceptoria no hospital é um desafio

Para compreendermos a preceptoria como um desafio no Hospital de Ensino é imperativo, conhecermos o que é essa atividade e quais funções estão relacionadas a ela.

Em um estudo sobre o papel do preceptor, supervisor, tutor e mentor, Botti e Rego (2008) apresentam três conceitos de preceptor, a saber, o de Mills o qual afirma que é aquele profissional que não faz parte da academia, mas “tem importante papel na inserção e socialização do recém-graduado no ambiente de trabalho”; o de Ryan-Nicholls, em que este se configura aquele “professor que ensina a um pequeno grupo de alunos e residentes, com ênfase na prática clínica e no desenvolvimento de habilidades para tal prática”; e o de Bain e Armitage, em que o preceptor “tem a função de estreitar a distância entre teoria e prática”.

Desta forma, esse tema emergiu neste estudo como uma alegação desfavorável para o desempenho do hospital de ensino, haja vista se configurar ainda em um desafio para tal.

Quadro 14 - Construções dos *Stakeholders* referente ao Código Focal “A preceptoria no hospital é um desafio” (2015).

		EIXO – GESTÃO, ENSINO E PESQUISA				
		CÓDIGO FOCAL – A preceptoria no hospital é um desafio				
		CONSTRUÇÕES/RESPONDENTES (R)				
ORGANIZADOR	PREOCUPAÇÃO	STAKEHOLDERS DA GESTÃO DO SUS, HE, ESCOLAS MÉDICAS	STAKEHOLDERS DA GESTÃO: COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DO HE	STAKEHOLDERS DA ASSISTÊNCIA	STAKEHOLDERS DO ENSINO E PESQUISA: DOCENTES E PRECEPTORES	STAKEHOLDERS DO ENSINO E PESQUISA: INTERNOS E RESIDENTES
		Dificuldade na preceptoria. (R2)	Falta monitoramento nas atividades de preceptoria. (R1)	Fragilidade no acompanhamento dos residentes. (R3)	Preceptoria atuante no hospital. (R2)	Preceptoria bem assistida. (R1)
Falta compreensão do papel do HE e sobre o que é preceptoria. (R2)	A preceptoria funciona bem em alguns serviços. (R1)	Inexistência de preceptoria. (R3)	Necessidade de acompanhamento intensivo por parte do preceptor. (R2)	O preceptor é bem preparado. (R1)		
A preceptoria diferenciada para residentes e internos. (R2)	Necessidade de avaliação e capacitação dos profissionais que desempenham preceptoria. (R1)	Staff não deve ficar 24h ao lado do residente. (R3)	Houve aumento no número de preceptores. (R3)	Desconhecimentos dos preceptores. (R3)		
Preceptores com práticas viciadas. (R4)	O acompanhamento da preceptoria depende do serviço. (R1)	Desconsidera necessidade de preceptoria 24h. (R4)	Criaram-se incentivos para preceptores. (R3)	Em alguns serviços a preceptoria acontece. (R3)		
	Existência de um preceptor de referência no dia-a-dia. (R3)	Necessidade de capacitação para a preceptoria. (R5)	Existe preceptoria na residência médica. (R3)	Preceptoria completa em quase todas as áreas da clínica médica. (R4)		
	Houve maior proximidade dos preceptores aos residentes. (R3)	Falta de reconhecimento da preceptoria pela IES. (R5)	Os médicos não possuem formação docente. (R3)	Presença de preceptoria e discussão de casos. (R4)		
	Preceptores insuficientes. (R3)	Dificuldade de conciliar atividades de preceptoria e assistência. (R5)	Vem-se trabalhando a formação docente e o incentivo de formação. (R3)	Ausência de preceptor às noites. (R4)		
	Avanço na preceptoria quanto à identificação do preceptor. (R3)	Preceptoria de medicina e enfermagem diferenciada. (R5)	Dificuldade na atuação do preceptor. (R3)			
			Necessidade da integração residente e preceptor. (R3)			
			Os preceptores não são treinados. (R4)			

Quadro 14 (Continuação 1) - Construções dos *Stakeholders* referente ao Código Focal “A preceptoria no hospital é um desafio” (2015).

		EIXO – GESTÃO, ENSINO E PESQUISA				
		CÓDIGO FOCAL – A preceptoria no hospital é um desafio				
		CONSTRUÇÕES/RESPONDENTES (R)				
ORGANIZADOR	PREOCUPAÇÃO	STAKEHOLDERS DA GESTÃO DO SUS, HE, ESCOLAS MÉDICAS	STAKEHOLDERS DA GESTÃO: COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DO HE	STAKEHOLDERS DA ASSISTÊNCIA	STAKEHOLDERS DO ENSINO E PESQUISA: DOCENTES E PRECEPTORES	STAKEHOLDERS DO ENSINO E PESQUISA: INTERNOS E RESIDENTES
				<p>Dificuldades: Desconhecimento da carga horária dos preceptores. (R3)</p> <p>Dependendo da especialidade, a preceptoria poderá ser feita lado a lado ou em alguns encontros. (R3)</p> <p>Inexiste um processo de avaliação dos preceptores. (R3)</p> <p>Falta plano de trabalho para o desenvolvimento dos preceptores. (R4)</p> <p>Falta acompanhamento para a residência. (R5)</p> <p>Não há necessidade de preceptoria 24h. (R5)</p> <p>Desconhecimento do papel do staff. (R5)</p> <p>Na ginecologia tem preceptor direto. (R5)</p>	<p>Desconhecimento da função do preceptor. (R5)</p>	<p>Não existe treinamento para os preceptores. (R4)</p> <p>Necessidade de diálogos entre preceptoria e coordenação de ensino. (R4)</p> <p>A preceptoria funciona bem em alguns serviços. (R5)</p> <p>Não são preparados para serem preceptores. (R6)</p> <p>Não é necessário o profissional estar constantemente presente para que haja preceptoria. (R6)</p> <p>Alguns preceptores são comprometidos com o ensino. (R7)</p> <p>Em alguns serviços, a preceptoria é boa. (R7)</p> <p>Existem diferentes formas de preceptoria. (R7)</p>

Quadro 14 (Continuação 2) - Construções dos *Stakeholders* referente ao Código Focal “A preceptoria no hospital é um desafio” (2015).

		EIXO – GESTÃO, ENSINO E PESQUISA				
		CÓDIGO FOCAL – A preceptoria no hospital é um desafio				
		CONSTRUÇÕES/RESPONDENTES (R)				
ORGANIZADOR	PREOCUPAÇÃO	<i>STAKEHOLDERS DA GESTÃO DO SUS, HE, ESCOLAS MÉDICAS</i>	<i>STAKEHOLDERS DA GESTÃO: COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DO HE</i>	<i>STAKEHOLDERS DA ASSISTÊNCIA</i>	<i>STAKEHOLDERS DO ENSINO E PESQUISA: DOCENTES E PRECEPTORES</i>	<i>STAKEHOLDERS DO ENSINO E PESQUISA: INTERNOS E RESIDENTES</i>
					Preocupação com a preceptoria da residência médica. (R6) Momentos em que o residente está sozinho. (R6)	

A partir da análise do quadro acima, verificamos que os *stakeholders* apontam a preceptoria como uma preocupação para o desempenho do hospital de ensino, visto que, de acordo com o relato deles, a preceptoria acontece de forma diferenciada nos serviços do hospital, entre os cursos de formação em saúde e entre as modalidades de formação (residência e internato), inexistindo atividades de capacitação para esses profissionais.

Os *stakeholders* da gestão e da assistência compreendem que há uma dificuldade no desenvolvimento da preceptoria no hospital devido aos profissionais ainda não depreenderem o papel do hospital como unidade de ensino e desconhecerem os conceitos e fundamentação teórica sobre preceptoria na saúde, apresentando, assim, práticas viciadas. Afirmam, ainda, que a atividade de preceptoria é desempenhada com êxito em alguns serviços do hospital e que as competências dessa função diferem entre os serviços, havendo, portanto, a necessidade de elaboração e monitoramento de um plano de trabalho para esses profissionais, além da ampliação do quantitativo de preceptores no serviço e maior proximidade entre estes e os residentes.

Os *stakeholders* do ensino e pesquisa (docentes e preceptores) relatam que após a contratualização como hospital de ensino houve melhora no desenvolvimento da preceptoria no hospital, já que possibilitou a ampliação do quantitativo de profissionais para desempenharem essa atividade, bem como incentivo financeiro para os mesmos. Contudo, reconhecem que há necessidade de acompanhamento, gerenciamento e capacitação para a preceptoria no hospital, devido esta apresentar desempenho significativo apenas em algumas unidades do hospital e à ausência de formação técnica-científica para o ser/fazer docente/preceptor.

Neste contexto, os residentes e internos expõem ainda que a preceptoria no hospital é bem assistida e que os profissionais que desempenham essa função são preparados para tal. Relatam que a dificuldade para melhor desempenho nesta atividade está relacionada à fragilidade da presença de preceptores em todos os turnos e ao incentivo e treinamentos para estes.

De acordo com Botti e Rego (2008, p. 365), o preceptor “deve ter a capacidade de integrar os conceitos e valores da escola e do trabalho, ajudando o profissional em formação a desenvolver estratégias para resolver os problemas do cotidiano da atenção à saúde”, devendo estar, conforme Lopes *apud* Chamello *et al* (2009), ao lado do aluno constantemente, porque, de acordo com esse autor, é a atitude dele e sua relação com o paciente que formam um médico mais humano e capaz de um diagnóstico correto, contribuindo para a qualidade da assistência prestada ao paciente.

Assim, de acordo com o artigo 2º da Resolução do Conselho Nacional de Residência Médica nº 005/2004, para o acompanhamento de residentes, se faz necessário um preceptor/tutor para cada programa de residência, com carga horária de 40 horas semanais, em tempo integral, e com folga de um dia. Conforme a Resolução da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional nº 05/2004, as atividades educativas dos programas de residência multiprofissional também deverão ser realizadas sob a orientação e supervisão do corpo docente-assistencial vinculado ao programa.

Neste mesmo contexto, a Portaria Interministerial nº 2400 de 2007, que estabelece requisitos para a certificação de unidades hospitalares como Hospital de Ensino, explicita no artigo 7º que esses hospitais deverão “garantir acompanhamento diário por docente ou preceptor para os estudantes de graduação e para os residentes”; sendo ratificado na portaria nº 285 de 2015, que redefine a certificação de hospitais de ensino, que o acompanhamento diário por docente ou preceptor deve seguir a distribuição de um preceptor com carga horária de 20 horas semanais para cada três residentes ou um preceptor com carga horária de 40 horas semanais para cada 06 residentes, e um preceptor para cada 12 alunos de internato.

Entretanto, estudos demonstram que, no ensino da prática médica ambulatorial, têm-se inadequações na qualidade e no tempo destinado pelos preceptores aos estudantes, e que o desafio está na busca por preceptores capacitados para o ensino do grande contingente de alunos (CHAMELLO *et al*, 2009).

4.2.2.4 Código Focal – As pesquisas ainda são insuficientes

De acordo com a portaria interministerial nº 2400 de 2007, todos os espaços de produção das ações e serviços de saúde, desde as unidades saúde ambulatoriais até as hospitalares, compreendem campos de prática de ensino e de pesquisa em saúde. Assim, conforme essa mesma portaria, as unidades hospitalares para serem certificadas como hospitais de ensino devem dispor de projeto institucional próprio ou da IES à qual for vinculada para o desenvolvimento de atividades regulares de pesquisa científica, e de mecanismos de gerenciamento das atividades de ensino e de pesquisa desenvolvidas no hospital.

Diante disso, no presente estudo, o desenvolvimento de pesquisa emerge como uma preocupação ao desempenho do hospital de ensino, devido ser consideradas pelos *stakeholders* da avaliação como insuficientes.

Quadro 15 - Construções dos *Stakeholders* referente ao Código Focal “As pesquisas são insuficientes” (2015).

		EIXO – GESTÃO, ENSINO E PESQUISA				
		CÓDIGO FOCAL – As pesquisas são insuficientes				
		CONSTRUÇÕES/RESPONDENTES (R)				
ORGANIZADOR	PREOCUPAÇÃO	STAKEHOLDERS DA GESTÃO DO SUS, HE, ESCOLAS MÉDICAS	STAKEHOLDERS DA GESTÃO: COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DO HE	STAKEHOLDERS DA ASSISTÊNCIA	STAKEHOLDERS DO ENSINO E PESQUISA: DOCENTES E PRECEPTORES	STAKEHOLDERS DO ENSINO E PESQUISA: INTERNOS E RESIDENTES
		Dificuldade de divulgação. (R2)	Falta clareza das linhas de pesquisa. (R1)	A pesquisa exige tempo. (R3)	Maior campo de pesquisa da região Norte. (R1)	Desenvolvimento de pesquisas no hospital. (R1)
Investimento em pesquisa. (R2)	Necessidade de divulgação desses resultados. (R1)	Os estudantes utilizam o hospital como campo de pesquisa e levam o conhecimento. (R3)	A pesquisa é desenvolvida pelas universidades. (R1)	Existência de incentivo financeiro. (R5)		
Necessidade de fomentar a cultura de pesquisa. (R3)	A pesquisa ainda não é perceptível. (R1)	Os profissionais não dispõem de tempo para pesquisar. (R3)	Inexiste grupos de estudos. (R1)	O hospital possui estrutura para pesquisa. (R4)		
Dificuldade pela caracterização dos profissionais. (R3)	Não são direcionadas para as necessidades do SUS e do hospital. (R2)	Apoio no desenvolvimento de pesquisa. (R3)	O hospital empresta a pesquisa. (R1)	Não há estímulo para a pesquisa. (R6)		
Ausência de linhas de pesquisa. (R3)	Necessidade de desenvolvimento de pesquisas. (R3)	Falta incentivo para a pesquisa. (R3)	A pesquisa não está equilibrada com o ensino. (R2)			
	Desenvolvimento de pesquisas por representantes da graduação. (R3)	Desenvolvimento de pesquisa. (R4)	O hospital não pesquisa para si. (R2)			
	Necessidade de pesquisas para a prática em saúde. (R3)	Pesquisa como desafio. (R4)	A pesquisa é realizada por pessoas externas. (R2)			
	A pesquisa demorou mais para acontecer. (R4)	Pesquisas sem expressão. (R4)	Falta interesse da administração para investir na pesquisa. (R2)			
		A pesquisa é a vertente mais fraca do tripé. (R4)	Ausência de discussões sobre que pesquisas são necessárias para a instituição. (R2)			
			Falta de interesse administrativo. (R2)			

Quadro 15 (Continuação 1) - Construções dos *Stakeholders* referente ao Código Focal “As pesquisas são insuficientes” (2015).

		EIXO – GESTÃO, ENSINO E PESQUISA				
		CÓDIGO FOCAL – As pesquisas são insuficientes				
		CONSTRUÇÕES/RESPONDENTES (R)				
ORGANIZADOR	PREOCUPAÇÃO	<i>STAKEHOLDERS DA GESTÃO DO SUS, HE, ESCOLAS MÉDICAS</i>	<i>STAKEHOLDERS DA GESTÃO: COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DO HE</i>	<i>STAKEHOLDERS DA ASSISTÊNCIA</i>	<i>STAKEHOLDERS DO ENSINO E PESQUISA: DOCENTES E PRECEPTORES</i>	<i>STAKEHOLDERS DO ENSINO E PESQUISA: INTERNOS E RESIDENTES</i>
				<p>A pesquisa favorece o pensamento científico. (R4)</p> <p>Necessidade de maior visibilidade dos projetos de pesquisa. (R5)</p> <p>Falta maior estímulo e interesse do pesquisador para as ações de pesquisa. (R5)</p> <p>Pesquisa contribui para a melhoria do hospital. (R7)</p>	<p>A pesquisa precisa ser inserida como meta. (R4)</p> <p>O hospital desconhece o rumo da pesquisa. (R4)</p> <p>A pesquisa exige uma complexidade maior. (R4)</p> <p>Necessidade da compreensão da gestão. (R4)</p> <p>As IES pesquisam. (R4)</p> <p>Profissionais capacitados para desenvolver pesquisa. (R5)</p> <p>Existência de recurso para pesquisas. (R5)</p> <p>Necessidade de maior apoio para o desenvolvimento de pesquisa. (R5)</p> <p>Interesses pessoais, financeiros, prejudicam. (R5)</p>	<p>Pesquisa precisa ser inserida como meta. (R4)</p> <p>O hospital desconhece o rumo da pesquisa. (R4)</p> <p>A pesquisa exige uma complexidade maior. (R4)</p> <p>Necessidade da compreensão da gestão. (R4)</p> <p>As IES pesquisam. (R4)</p> <p>Profissionais capacitados para desenvolver pesquisa. (R5)</p> <p>Existência de recurso para pesquisas. (R5)</p> <p>Necessidade de maior apoio para o desenvolvimento de pesquisa. (R5)</p> <p>Interesses pessoais, financeiros, prejudicam. (R5)</p>

Quadro 15 (Continuação 2) - Construções dos *Stakeholders* referente ao Código Focal “As pesquisas são insuficientes” (2015).

		EIXO – GESTÃO, ENSINO E PESQUISA				
		CÓDIGO FOCAL – As pesquisas são insuficientes				
		CONSTRUÇÕES/RESPONDENTES (R)				
ORGANIZADOR	PREOCUPAÇÃO	<i>STAKEHOLDERS DA GESTÃO DO SUS, HE, ESCOLAS MÉDICAS</i>	<i>STAKEHOLDERS DA GESTÃO: COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DO HE</i>	<i>STAKEHOLDERS DA ASSISTÊNCIA</i>	<i>STAKEHOLDERS DO ENSINO E PESQUISA: DOCENTES E PRECEPTORES</i>	<i>STAKEHOLDERS DO ENSINO E PESQUISA: INTERNOS E RESIDENTES</i>
						<p>Não contribui para a mudança. (R5)</p> <p>Pesquisa por interesses próprios. (R5)</p> <p>Pesquisas realizadas por estudantes e residentes. (R6)</p> <p>Desempenho da pesquisa na área médica e de enfermagem. (R6)</p> <p>Muitas pesquisas sendo realizadas (R6)</p>

A análise do quadro acima nos permite observar que as construções vicariantes dos *stakeholders* da gestão, da assistência e do ensino e pesquisa nos direcionam para a compreensão do desenvolvimento de pesquisas no hospital como um aspecto embora presente, ainda insuficiente na unidade hospitalar.

Entretanto, reconheceram que há no hospital incentivo financeiro para o desenvolvimento de pesquisas, por meio de edital de seleção, mas que essa ação não provoca impactos significativos no desenvolvimento de diretrizes e tecnologias para o cuidado em saúde no referido hospital.

De acordo com o relato dos participantes da avaliação, a contratualização como HE favoreceu o desenvolvimento de pesquisas no hospital, com a possibilidade de um apoio financeiro para as mesmas, ressaltando que das vertentes do tripé assistência/ensino/pesquisa, esta última é a menos desenvolvida. Isto porque, conforme as construções, a unidade hospitalar em estudo ainda dispõe de um número reduzido de profissionais com titulação de mestre e doutor, e indis põe de grupos de pesquisa; não havendo interesse dos profissionais e da gestão no desenvolvimento desta, visto que a pesquisa exige disponibilidade de tempo e os profissionais estão mais envolvidos com os processos assistenciais.

Assim, podemos perceber que o hospital é campo de pesquisa para estudantes e docentes das IES conveniadas, principalmente na área da medicina e enfermagem, mas na há retorno dos resultados encontrados e diretrizes propostas para o hospital; favorecendo nos *stakeholders* a compreensão de que essas pesquisas não apresentam expressão para a unidade hospitalar, que apenas empresta seus conhecimentos.

Portanto, apontam esse aspecto do hospital como um desafio, enfatizando a necessidade de reflexão de quais tipos de pesquisas o hospital necessita, bem como o fortalecimento dessas, visto que possui material, informações e pessoal suficientes para o bom desempenho na área da pesquisa.

Desta forma, conforme Machado e Kuchenbecker (2007), no ano de 2006 foi criada a Rede Nacional de Pesquisa Clínica no Brasil, configurando-se em uma oportunidade ímpar para que os hospitais universitários consolidassem sua atuação em pesquisa de modo sustentável e alinhado às necessidades nacionais; implicando na capacidade dessas unidades hospitalares implantarem e fortalecerem “mecanismos próprios de apoio e fomento à pesquisa”.

4.2.3 Organizador Questões

Quanto às construções sobre o desempenho do hospital de ensino no eixo Gestão, Ensino e Pesquisa, pode-se verificar discordância de opiniões entre os *stakeholders* da avaliação quanto à melhoria na gestão, na estrutura física e no ensino, favorecendo o surgimento de sete códigos focais, que serão discutidos a seguir.

4.2.3.1 Código Focal – Houve melhoria na gestão hospitalar

De acordo com a portaria interministerial nº 1.702 (BRASIL, 2004) o Programa de Reestruturação de Hospitais de Ensino, no âmbito do SUS, apresenta como uma de suas estratégias a “qualificação do processo de gestão hospitalar em função das necessidades e da inserção do hospital na rede regionalizada e hierarquizada de saúde” no SUS.

Considerando esse aspecto, ao realizarmos a avaliação de desempenho da unidade hospitalar após a contratualização com o SUS, podemos perceber, por meio das construções dos *stakeholders*, a emergência da *questão* “Houve melhoria na gestão hospitalar”, conforme discutido a seguir.

Quadro 16 - Construções dos *Stakeholders* referente ao Código Focal “Houve melhoria na gestão hospitalar” (2015).

		EIXO – GESTÃO, ENSINO E PESQUISA				
		CÓDIGO FOCAL – Houve melhoria na gestão hospitalar				
		CONSTRUÇÕES/RESPONDENTES (R)				
ORGANIZADOR	QUESTÃO	STAKEHOLDERS DA GESTÃO DO SUS, HE, ESCOLAS MÉDICAS	STAKEHOLDERS DA GESTÃO: COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DO HE	STAKEHOLDERS DA ASSISTÊNCIA	STAKEHOLDERS DO ENSINO E PESQUISA: DOCENTES E PRECEPTORES	STAKEHOLDERS DO ENSINO E PESQUISA: INTERNOS E RESIDENTES
		Menor impacto da contratualização está na gestão. (R1)	Esforço da gestão em identificar no corpo clínico pessoas que possam se envolver com o ensino. (R1)	Evolução na gestão. (R2)	Investimento em educação continuada. (R1)	A gestão da residência é de fácil acesso. (R2)
Certificação como hospital de ensino resultante da melhoria da atenção, gestão e ensino e pesquisa. (R2)	Compreensão sobre as questões de hospital de ensino. (R1)	Crescimento quanto à pessoal e conhecimentos. (R2)	Melhorou o ambiente para o ensino. (R1)	Fragilidade na gestão. (R2)		
Contratações de profissionais com a visão do ensino. (R2)	Esforço em favorecer melhorias para o ensino. (R1)	Transparência nas ações e gestão do recurso. (R2)	Houve melhoria do investimento, da gerência e da gestão ensino-pesquisa. (R1)	Financiamento para o HE ser dividido em rubricas. (R3)		
Decisões centrais dialogadas com o ensino. (R2)	Capacitação e renovação do corpo clínico. (R1)	Dificuldade na gestão. (R2)	O interesse da gestão em querer ser hospital de ensino. (R1)	Cumprimento de escalas pelos profissionais. (R3)		
Existência de gestão colegiada. (R2)	Falta divulgação para a comunidade. (R1)	Melhoria na gestão. (R3)	Criação das comissões intra-hospitalar obrigatórias. (R2)	Necessidade de maior organização do hospital. (R3)		
	Necessidade de mecanismos de avaliação e feedback das ações práticas. (R1)	Mudança do modelo de gerência da administração hospitalar. (R3)	Melhoria devido exigências do Ministério da Saúde. (R2)	DEPE favorece a melhoria do hospital. (R4)		
	Gestão mais participativa, transparente e dialógica. (R2)	Hospital pequeno do ponto de vista da gestão. (R3)	A contratualização trouxe muitos avanços na estrutura e nos processos do hospital. (R2)	A gestão tem melhorado. (R5)		
	A forma como o hospital se propõe favorece a todos. (R2)	Falta administração hospitalar. (R3)	Necessidade de traçar prioridades. (R2)	Avanço com a implantação do DEPE. (R5)		
		Falta interface entre a gestão de ensino e pesquisa e os serviços. (R4)	Necessidade maior apoio da gestão geral na gestão de ensino. (R2)	Renovação do corpo de profissionais. (R5)		
		Necessidade de mais interlocutores da gestão. (R4)				

Quadro 16 (Continuação 1) - Construções dos *Stakeholders* referente ao Código Focal “Houve melhoria na gestão hospitalar” (2015).

		EIXO – GESTÃO, ENSINO E PESQUISA				
		CÓDIGO FOCAL – Houve melhoria na gestão hospitalar				
		CONSTRUÇÕES/RESPONDENTES (R)				
ORGANIZADOR	QUESTÃO	STAKEHOLDERS DA GESTÃO DO SUS, HE, ESCOLAS MÉDICAS	STAKEHOLDERS DA GESTÃO: COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DO HE	STAKEHOLDERS DA ASSISTÊNCIA	STAKEHOLDERS DO ENSINO E PESQUISA: DOCENTES E PRECEPTORES	STAKEHOLDERS DO ENSINO E PESQUISA: INTERNOS E RESIDENTES
		Menor impacto da contratualização está na gestão. (R1)	Educação Permanente como avanço do hospital. (R2)	Desafio da gestão: ter representações nos serviços. (R4)	Necessidade de maior colaboração nos processos de ensino. (R2)	
Certificação como hospital de ensino resultante da melhoria da atenção, gestão e ensino e pesquisa. (R2)	A dificuldade do fortalecimento da gestão participativa. (R2)		Necessidade de equilibrar as dificuldades para que o ensino avance. (R2)			
Contratações de profissionais com a visão do ensino. (R2)	Departamento de Ensino e Pesquisa atuante. (R3)		Avanços e mudanças percebidos na gestão. (R4)			
Decisões centrais dialogadas com o ensino. (R2)	Necessidade de se repensar novas metas para o hospital. (R3)		Houve um acréscimo de pessoal. (R4)			
Existência de gestão colegiada. (R2)	Estrutura de ensino e o Departamento de Ensino mantém o HE. (R5)		Ensino como prioridade da gestão. (R4)			
Criação do Instituto de Ensino. (R5)	Limitações financeiras, de corpo profissional, preceptoria. (R5)		Estratégias pontuais para melhoria. (R4)			
	Houve melhorias a curto passo. (R5)		Desconhecimento do perfil do hospital. (R4)			
	Necessidade de uma gestão participativa, organizada. (R5)		Necessidade de uma gestão mais clara e descentralizada. (R4)			
	Necessidade de práticas de avaliação. (R5)		Necessidade de fortalecimento da gestão. (R4)			
			Necessidade metas definidas. (R4)			
			Não houve muita mudança nos processos. (R4)			

Quadro 16 (Continuação 2) - Construções dos *Stakeholders* referente ao Código Focal “Houve melhoria na gestão hospitalar” (2015).

		EIXO – GESTÃO, ENSINO E PESQUISA				
		CÓDIGO FOCAL – Houve melhoria na gestão hospitalar				
		CONSTRUÇÕES/RESPONDENTES (R)				
ORGANIZADOR	QUESTÃO	STAKEHOLDERS DA GESTÃO DO SUS, HE, ESCOLAS MÉDICAS	STAKEHOLDERS DA GESTÃO: COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DO HE	STAKEHOLDERS DA ASSISTÊNCIA	STAKEHOLDERS DO ENSINO E PESQUISA: DOCENTES E PRECEPTORES	STAKEHOLDERS DO ENSINO E PESQUISA: INTERNOS E RESIDENTES
				<p>Necessidade de melhoria na gestão. (R5)</p> <p>Houve uma melhoria funcional. (R6)</p> <p>Existência de um serviço de ouvidoria ativa para os usuários. (R6)</p> <p>O hospital gerencia seu recurso financeiro. (R6)</p> <p>Ausência de ouvidoria ativa para os funcionários. (R6)</p> <p>Problema na gestão dos recursos. (R7)</p> <p>A compartimentalização organizacional, administrativa e de recurso prejudica o hospital. (R7)</p> <p>Falta equidade na organização administrativa do hospital. (R7)</p>		

A partir da análise do quadro anterior, podemos perceber que há um dissenso entre os *stakeholders* da gestão, assistência e ensino e pesquisa quanto às mudanças na gestão hospital. Para os sujeitos da gestão, após a contratualização como hospital de ensino, houve uma melhoria na gestão quanto: à gestão colegiada, participativa e transparente, com decisões centrais dialogadas com o ensino; à compreensão e participação dos gestores nos aspectos relacionados, especificamente, a hospitais de ensino; à contratação de profissionais com visão acadêmica; à instituição de um serviço de ouvidoria; à criação de um departamento que gerencia, acompanha e monitora as ações de ensino e pesquisa no hospital, com participação ativa de um serviço de educação permanente voltado às necessidades do cotidiano do hospital; e à criação de um instituto de ensino que favoreceu a organização do financiamento e dos processos.

Entretanto, ressaltaram que das melhorias que houve no hospital, essa foi a de menor impacto, tendo a compartimentalização organizacional, a limitação financeira, o corpo de profissionais reduzido e a preceptoria para a formação em saúde como fatores dificultadores ao desempenho. Assim, explicitaram a necessidade de se definir novas metas para o hospital, de instituir mecanismos internos de avaliação e *feedback* das práticas, e de divulgação dos resultados para a comunidade para se alcançar melhorias na área da gestão hospitalar.

Os *stakeholders* da assistência corroboraram com os da gestão afirmando que houve uma mudança na gestão hospitalar decorrente do crescimento do hospital, quanto à mudança no modelo de administração hospitalar, a aumento de pessoal e conhecimentos e à transparência nas ações e gestão do recurso. Entretanto, afirmaram ainda que a gestão da unidade hospitalar não apresenta visibilidade, decorrente de ausência de administração hospitalar e interface entre ensino/pesquisa e serviços, sendo necessário portanto o desenvolvimento de interlocutores entre o corpo de profissionais/ serviços e a gestão hospitalar

Para os *stakeholders* do ensino e pesquisa, a melhoria obtida pelo hospital de ensino na área da gestão está relacionada às exigências do Ministério da Saúde frente a esses hospitais e à participação do Departamento de Ensino do referido hospital nas ações de ensino/pesquisa e assistência, atrelada ao repasse dos recursos. Enfatizaram, neste contexto, melhoria na estrutura e processos, citando a melhoria da gerência no hospital, o acréscimo de pessoal e o cumprimento de escalas, a criação das comissões intra-hospitalares, a melhoria do ambiente para o ensino e o investimento em educação continuada/permanente; embora, de acordo com os mesmos, essas melhorias tenham sido pontuais.

Contudo, há também a percepção por parte dos *stakeholder* de uma gestão fragilizada e da não ocorrência de melhorias nos processos, com a compreensão de que o desconhecimento do perfil de atendimento, a deficiente distribuição orçamentária e a não transparência dos recursos são aspectos dificultadores para esse desempenho.

Assim, expuseram a necessidade de a gestão hospitalar traçar suas prioridades para tomada de decisão, ter maior participação nas ações de ensino e pesquisa, e participar e dialogar suas decisões com os colaboradores do hospital.

De acordo com Brasil (2004), a contratualização como hospital de ensino viabiliza a fixação de metas quantitativas e qualitativas entre o gestor hospitalar e o gestor local do SUS, dentre as quais estão as relacionadas à gestão hospitalar. Assim, os hospitais devem possuir ações de democratização da gestão, visando seu aperfeiçoamento e propiciando transparência, credibilidade e ética; elaborar plano diretor e planejamento hospitalar em conjunto com a equipe multiprofissional, docentes e discentes; e, além de outros aspectos, aplicar ferramentas gerenciais que favoreçam a horizontalização da gestão e qualificação gerencial.

4.2.3.2 Código Focal – Houve melhoria na estrutura física

Quanto à melhoria na estrutura física, este código focal surgiu como uma *questão* frente ao desempenho obtido pelo hospital no eixo normativo gestão, ensino e pesquisa após ser certificado e contratualizado como Hospital de Ensino.

Quadro 17 - Construções dos *Stakeholders* referente ao Código Focal “Houve melhoria na estrutura física” (2015).

		EIXO – GESTÃO, ENSINO E PESQUISA				
		CÓDIGO FOCAL – Houve melhoria na estrutura física				
		CONSTRUÇÕES/RESPONDENTES (R)				
ORGANIZADOR	QUESTÃO	STAKEHOLDERS DA GESTÃO DO SUS, HE, ESCOLAS MÉDICAS	STAKEHOLDERS DA GESTÃO: COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DO HE	STAKEHOLDERS DA ASSISTÊNCIA	STAKEHOLDERS DO ENSINO E PESQUISA: DOCENTES E PRECEPTORES	STAKEHOLDERS DO ENSINO E PESQUISA: INTERNOS E RESIDENTES
		Mudança na estrutura física. (R1)	O avanço na gestão está relacionado à estrutura física. (R1)	Estrutura física adequada. (R1)	A infraestrutura para o ensino avançou muito. (R2)	O serviço de pediatria possui estrutura adequada. (R2)
		Mudança em estrutura física.(R2)	Estrutura física específica para o ensino. (R1)	Necessidade de investir na estrutura física. (R1)	Houve avanço na estrutura dos setores assistenciais. (R2)	Ausência de estrutura física para o atendimento materno-infantil.(R2)
		Estrutura física específica para o ensino. (R3)	Avanço na estrutura física. (R5)	Falta de adequação física para as exigências (R2)	Criação de salas de estudo em alguns serviços. (R2)	Estrutura física deficiente.
			Melhoria estrutura física de forma heterogênea. (R5)	Ganho do serviço no aspecto da estrutura. (R3)	Necessidade de construção de salas de estudos. (R2)	Necessidade de investimento para estrutura. (R3)
			Mudança perceptível no Serviço de Pediatria. (R5)	Excelente estrutura física para o ensino. (R3)	Necessidade de se investir em equipamentos para treinamentos. (R2)	Boa estrutura para ensino e pesquisa. (R4)
			Não houve tanta melhoria na estrutura física. (R4)	Precisa de melhoria para a biblioteca. (R3)	Houve melhoria na estrutura de ensino (R3)	A estrutura física precisa melhorar.(R4)
			Desafio é a melhoria da estrutura física. (R6)	Necessidade de melhoria de estrutura física nos serviços. (R3)	Houve uma melhoria na estrutura física. (R4)	Vem melhorando a infraestrutura.(R5)
			Infraestrutura antiga. (R7)	Melhoria na estrutura. (R4)	Investimento em estrutura física e de equipamentos. (R5)	Falta estrutura física e equipamentos. (R6)
	Dificuldade na estrutura física do hospital. (R7)					

Quadro 17 (Continuação) - Construções dos *Stakeholders* referente ao Código Focal “Houve melhoria na estrutura física” (2015).

		EIXO – GESTÃO, ENSINO E PESQUISA				
		CÓDIGO FOCAL – Houve melhoria na estrutura física				
		CONSTRUÇÕES/RESPONDENTES (R)				
ORGANIZADOR	QUESTÃO	STAKEHOLDERS DA GESTÃO DO SUS, HE, ESCOLAS MÉDICAS	STAKEHOLDERS DA GESTÃO: COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DO HE	STAKEHOLDERS DA ASSISTÊNCIA	STAKEHOLDERS DO ENSINO E PESQUISA: DOCENTES E PRECEPTORES	STAKEHOLDERS DO ENSINO E PESQUISA: INTERNOS E RESIDENTES
						Houve melhora nos setores que recebem investimentos próprios. (R6) Déficit estrutural frente à demanda. (R6)

As construções dos *stakeholders* da gestão, da assistência e do ensino e pesquisa quanto à melhoria na estrutura física, nos permite observar um ponto de discordância de opiniões. Para a maioria dos sujeitos participantes da avaliação, houve melhoria na estrutura física do hospital após a contratualização como HE, embora reconhecem que esta aconteceu de forma heterogênea entre os serviços, havendo destaque para a melhoria no serviço de pediatria e em espaços destinados às atividades de ensino. Outros expuseram que a estrutura ainda é antiga, que não havendo muitas mudanças nesta, a qual é inadequada para a demanda de atendimento.

Entretanto, afirmaram, em unanimidade, a necessidade de investimento nesta área para a qualificação da assistência e do ensino e pesquisa no hospital, enfatizando a importância de investimento no serviço de atenção materno-infantil e em espaços de ensino para as unidades assistenciais, considerando este aspecto um desafio a ser enfrentado.

Com o movimento de humanização no século XX, a estrutura física hospitalar passou a ter relevância, “devendo ser projetada de maneira a favorecer a cura e possibilitar a interação entre o paciente e sua família” (PADILHA; MANCIA, 2005 *apud* LIMA *et al*, 2010). No ano 2002, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária adotou uma resolução para padronizar as construções e reformas nas Unidades de Saúde, a Resolução das Diretrizes Colegiadas nº 50. Assim, conforme Potier (2006) *apud* Lima (2010), o desenho físico do hospital deve ser compatível com suas funções.

Portanto, em se tratando de hospitais de ensino, além da estrutura administrativa e de atenção à saúde, essas unidades hospitalares devem dispor, conforme a Portaria nº 285 do Ministério da Saúde, de infraestrutura para o ensino de graduação e pós-graduação, como acesso a bibliotecas virtuais, respeitando-se os critérios de dimensão, limpeza, iluminação, acústica, ventilação, conservação e comodidade (BRASIL, 2015).

4.2.3.3 Código Focal – Houve melhorias no ensino no cenário hospitalar

Considerando que os hospitais de ensino são unidades hospitalares que, além de prestarem assistência à saúde de alta complexidade, desempenham concomitantemente atividades de ensino e pesquisa, a melhoria na vertente ensino emerge no referido estudo como uma *questão* entre os respondentes da avaliação.

Quadro 18 - Construções dos *Stakeholders* referente ao Código Focal “Houve melhorias no ensino no cenário hospitalar” (2015).

		EIXO – GESTÃO, ENSINO E PESQUISA				
		CÓDIGO FOCAL – Houve melhorias no ensino no cenário hospitalar				
		CONSTRUÇÕES/RESPONDENTES (R)				
ORGANIZADOR	QUESTÃO	STAKEHOLDERS DA GESTÃO DO SUS, HE, ESCOLAS MÉDICAS	STAKEHOLDERS DA GESTÃO: COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DO HE	STAKEHOLDERS DA ASSISTÊNCIA	STAKEHOLDERS DO ENSINO E PESQUISA: DOCENTES E PRECEPTORES	STAKEHOLDERS DO ENSINO E PESQUISA: INTERNOS E RESIDENTES
				<p>Forte impacto nas ações de ensino. (R1)</p> <p>Criação de um setor para o ensino. (R2)</p> <p>Reestruturação do Departamento de Ensino. (R2)</p> <p>Maior envolvimento das universidades no processo de gestão. (R2)</p> <p>Criação de 07 programas de residência médicas. (R2)</p> <p>Ensino em parceria com a universidade. (R2)</p>	<p>Espaço fértil para o ensino. (R1)</p> <p>Inexistência de atividades que potencializem o ensino-aprendizagem. (R1)</p> <p>Prejudicada pela ausência de preceptor. (R1)</p> <p>Prejudicada pela superlotação. (R1)</p> <p>Necessidade de divulgação dos resultados do ensino e pesquisa. (R1)</p> <p>Fortalecimento do ensino. (R4)</p> <p>Avanço no ensino. (R5)</p> <p>Existe deficiência de pessoal. (R5)</p>	<p>Residência como resultado da certificação. (R1)</p> <p>Ampliação de vagas de residência. (R1)</p> <p>Ampliação de programas e vagas em residência médica. (R2)</p> <p>Falta melhorar o ensino. (R2)</p> <p>Necessidade de controle das práticas de ensino. (R3)</p> <p>Os residentes trazem contribuição para o serviço. (R3)</p>

Quadro 18 (Continuação) - Construções dos *Stakeholders* referente ao Código Focal “Houve melhorias no ensino no cenário hospitalar” (2015).

		EIXO – GESTÃO, ENSINO E PESQUISA																														
		CÓDIGO FOCAL – Houve melhorias no ensino no cenário hospitalar																														
		CONSTRUÇÕES/RESPONDENTES (R)																														
ORGANIZADOR	QUESTÃO	STAKEHOLDERS DA GESTÃO DO SUS, HE, ESCOLAS MÉDICAS	STAKEHOLDERS DA GESTÃO: COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DO HE	STAKEHOLDERS DA ASSISTÊNCIA	STAKEHOLDERS DO ENSINO E PESQUISA: DOCENTES E PRECEPTORES	STAKEHOLDERS DO ENSINO E PESQUISA: INTERNOS E RESIDENTES																										
		Existência de práticas qualificadoras. (R2)	Houve melhoria no ensino. (R6)	Residentes como mão de obra qualificada. (R3)	O ensino ainda precisa melhorar. (R3)	O cumprimento de escala favoreceria o aprendizado. (R4)	Residência Multiprofissional como resposta à melhoria da assistência. (R2)	Os programas de residência contribuem com a assistência. (R7)	O aluno fomenta melhoria no ensino e na assistência. (R4)	Faltam acompanhamento e monitoramento na residência. (R4)	Desenvolveu-se bastante na área acadêmica. (R4)	Práticas qualificadoras. (R4)	Desenvolvimento da capacidade docente. (R4)	A residência não está bem estruturada. (R4)	O ensino tem evoluído. (R4)	A demanda de pacientes é boa para o aprendizado. (R4)	Criação de um Departamento de Ensino e Pesquisa. (R5)	Corpo clínico docente. (R4)	Necessidade de rigor no acompanhamento das atividades de ensino e pesquisa. (R4)	Há grande rotatividade de pacientes e casos. (R4)	O ensino vem se desenvolvendo. (R5)	Participação das universidades. (R5)	Criação do DEPE, salas de estudos (R6).	O ensino avançou mais do que a pesquisa. (R5)	O ensino teve grande benefício. (R8)	Demanda excessiva facilita o aprendizado. (R5)	Necessidade de monitoramento das atividades de ensino. (R5)	Presença de estudantes. (R5)	Falta ensino de qualidade. (R6)	O ensino tem sido pouco aproveitado. (R8)	Formação deficiente em alguns aspectos. (R6)	Necessidade de ensinar a fazer e a ser. (R6)

A análise do quadro acima nos permite depreender que de acordo com as construções dos *stakeholders* da gestão, a contratualização como HE influenciou grandemente o desempenho das ações de ensino no hospital, visto que favoreceu maior envolvimento das universidades no processo ensino-aprendizagem, possibilitou a criação e ampliação de vagas nos programas de residência médica e a implantação de um programa de residência multiprofissional em saúde, bem como favoreceu a implementação de um setor para o desenvolvimento e gerenciamento do recurso financeiro e das atividades de ensino, com corpo de profissionais atuante, e a construção de salas de estudos nas unidades assistenciais. Apresentam, assim, como práticas fortalecedoras do processo ensino-aprendizagem: programa de bolsa auxílio-serviço para estudantes de graduação, visitas guiadas, sessões clínicas, estudos de caso, seminários, encontros científicos, e sistema de videoconferência em saúde.

Entretanto, ainda foi corroborada por alguns dos respondentes, a inexistência de atividades que potencializem o ensino-aprendizagem no hospital e a deficiência de pessoal para fomentar o aprendizado, acarretando prejuízo para o desempenho do ensino.

Os *stakeholders* da assistência concordam com os da gestão na perspectiva de que a criação e ampliação de vagas dos programas de residência e a criação de espaços para as atividades de ensino e pesquisa foram resultantes da certificação como hospital de ensino, havendo a compreensão de que o hospital dispõe de corpo clínico com capacitação docente e que os residentes contribuem com o desempenho da assistência, qualificando-a, além de fazerem parte, em curto prazo, do corpo clínico-assistencial do hospital. Contudo, expõem a necessidade de melhorar o ensino e pesquisa por meio do fortalecimento dessas práticas no hospital.

Para a maioria dos stakeholders do ensino e pesquisa, houve melhoria na dimensão ensino, no hospital em estudo, após a contratualização como HE, uma vez que proporcionou um investimento financeiro nas ações de ensino, a criação de um setor para o gerenciamento do ensino no hospital e o crescimento dos programas de residência. Considerando como aspectos importantes para esse desempenho, ter corpo clínico atrelado ao ensino, cumprimento de escalas assistenciais, condição de trabalho e material suficiente para as atividades práticas, enfatizando que a demanda de atendimento no hospital favorece o aprendizado.

No entanto, para esses respondentes, há ainda a percepção de um ensino fragilizado, devido à superlotação do serviço, à ausência de acompanhamento das atividades de residência e de esta não ser reconhecida como prioridade no contexto hospitalar, fato que os levam a reforçar a necessidade de aplicar maior rigor ao acompanhamento das atividades

de ensino, haja vista a residência tencionar os serviços funcionarem de forma organizada e de favorecer a fixação de profissionais no hospital e região.

De acordo com a literatura internacional, os hospitais de ensino são definidos pela presença de residentes e/ou afiliação a conselhos ou associações governamentais de ensino médico, sendo que o número de residentes também é considerado como um recurso para a dimensão assistência (LOBO *et al*, 2010).

Neste contexto, o artigo 7º da portaria interministerial nº 2.400 de 2007, afirma que as unidades hospitalares de ensino devem abrigar alunos de, pelo ao menos, um curso de medicina e outro na área da saúde, bem como programas de residência médica; devem dispor de mecanismos de gerenciamento das atividades de ensino e pesquisa desenvolvidas no âmbito do hospital, dispor de instalações adequadas ao ensino e de acesso à biblioteca atualizada (BRASIL, 2004). Aspectos que, conforme as construções do estudo são evidenciáveis na unidade hospitalar, havendo, porém, a necessidade de fortalecê-los e aprimorá-los.

Portanto, para Lobo (2011, p.43), a presença de residentes nesses hospitais é estratégica devido representarem estímulo às atividades de ensino e constituírem importante recurso humano para a assistência prestada, “por vezes substituindo a necessidade de vários médicos, mediante a preceptoría de poucos”.

4.2.3.4 Código Focal – Há integração ensino-serviço no hospital

Conforme Albuquerque *et al* (2008, p. 357), a integração ensino-serviço pode ser depreendida como o “trabalho coletivo pactuado e integrado de estudantes e professores dos cursos de formação na área da saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, incluindo gestores”, tendo como foco a qualidade de atenção à saúde individual e coletiva e a qualidade da formação profissional e ao desenvolvimento/ satisfação dos trabalhadores dos serviços.

Neste contexto, a integração ensino-serviço surge como uma *questão* relacionada ao desempenho do hospital de ensino após a contratualização com o SUS.

Quadro 19 - Construções dos *Stakeholders* referente ao Código Focal “Há integração ensino-serviço no hospital” (2015).

		EIXO – GESTÃO, ENSINO E PESQUISA				
		CÓDIGO FOCAL – Há integração ensino-serviço no hospital				
		CONSTRUÇÕES/RESPONDENTES (R)				
ORGANIZADOR	QUESTÃO	STAKEHOLDERS DA GESTÃO DO SUS, HE, ESCOLAS MÉDICAS	STAKEHOLDERS DA GESTÃO: COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DO HE	STAKEHOLDERS DA ASSISTÊNCIA	STAKEHOLDERS DO ENSINO E PESQUISA: DOCENTES E PRECEPTORES	STAKEHOLDERS DO ENSINO E PESQUISA: INTERNOS E RESIDENTES
		Harmonia entre ensino e serviço como fator fundamental. (R2)	<p>Atenção à saúde é permeada pelo ensino.</p> <p>A bolsa de integração ensino-serviço fortalece a interdisciplinaridade. (R3)</p> <p>Impossível praticar assistência sem pensar no ensino e pesquisa. (R4)</p>	<p>Indissociabilidade entre assistência e pesquisa. (R1)</p> <p>O ensino necessita da assistência. (R3)</p> <p>Integração da equipe e docentes. (R4)</p> <p>Falta interface entre a gestão de ensino e pesquisa e os serviços. (R4)</p> <p>Houve integração ensino e serviço. (R5)</p>	<p>Inserção dos estudantes no serviço exige que os profissionais estudem.</p> <p>Envolvimento dos profissionais no processo ensino-aprendizagem em serviço. (R2)</p> <p>O ensino caminha junto com a assistência. (R4)</p> <p>O ensino e a pesquisa e a assistência estão relacionados. (R6)</p>	<p>Maior inserção dos alunos no hospital. (R1)</p> <p>Diálogo entre alunos e profissionais. (R1)</p> <p>Permite ao estudante desenvolver-se técnico-cientificamente. (R1)</p> <p>Cuidar a partir do cotidiano no serviço e diálogo com profissionais. (R1)</p> <p>Ensino, pesquisa e assistência interrelacionados. (R5)</p>

Na perspectiva da maioria dos *stakeholders* da avaliação, a contratualização favoreceu a integração ensino-serviço no contexto hospitalar. Para os *stakeholders* da gestão, nesses serviços de saúde a assistência é permeada pelo ensino, sendo a harmonia, entre ambos, imprescindível para o desempenho da unidade hospitalar, favorecendo o fortalecimento da interdisciplinaridade.

Os respondentes da assistência concordam com os da gestão, ao reconhecerem a indissociabilidade entre assistência e ensino no hospital em estudo, afirmando que após a contratualização houve o desenvolvimento da integração ensino-serviço, evidenciada pela integração entre a equipe assistencial e os docentes. Referindo, contudo, a ausência da interface gestão dos serviços, profissionais e docência.

Em consenso com a maioria, os sujeitos do ensino e pesquisa reiteraram que há no hospital integração entre ensino e assistência, sendo que a inserção dos estudantes no serviço é considerada o aspecto impulsionador para os profissionais estudarem e se envolverem no processo ensino-aprendizagem, favorecendo o cuidar a partir do cotidiano do serviço e do diálogo entre aluno e profissionais de saúde, bem como a oportunidade dos estudantes/residentes se desenvolverem técnico-cientificamente para a práxis em saúde.

Para Albuquerque *et al* (2008, p. 358), “há de se reconhecer que os espaços de interseção entre serviços e ensino são de grande importância para a formação em saúde e para a consolidação do SUS”, configurando-se espaços privilegiados para a transformação e consolidação dos modelos de atenção à saúde. Sendo que, de acordo com o Ministério da Saúde, a formação para a saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, estruturada a partir da problematização do trabalho e de sua capacidade de acolher e cuidar das várias dimensões e necessidades em saúde das pessoas, coletivos e populações.

Desta forma, além da integração ensino-serviço promover a troca de saberes e favorecer a busca de atualização profissional permite o estreitamento das relações entre docentes, alunos e trabalhadores de saúde, contribuindo para a melhoria na qualidade da assistência, equidade da atenção à saúde e ampliação do acesso aos serviços de saúde (BREHMER e RAMOS, 2014).

4.2.3.5 Código Focal – Há envolvimento dos profissionais com o ensino

Ao avaliar o desempenho do hospital quanto ao eixo gestão, ensino e pesquisa, o envolvimento dos profissionais com as atividades de ensino emerge como uma questão para os participantes da avaliação, conforme pode ser observado no quadro abaixo.

Quadro 20 - Construções dos *Stakeholders* referente ao Código Focal “Há envolvimento dos profissionais com o ensino” (2015).

		EIXO – GESTÃO, ENSINO E PESQUISA				
		CÓDIGO FOCAL – Há envolvimento dos profissionais com o ensino				
		CONSTRUÇÕES/RESPONDENTES (R)				
ORGANIZADOR	QUESTÃO	STAKEHOLDERS DA GESTÃO DO SUS, HE, ESCOLAS MÉDICAS	STAKEHOLDERS DA GESTÃO: COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DO HE	STAKEHOLDERS DA ASSISTÊNCIA	STAKEHOLDERS DO ENSINO E PESQUISA: DOCENTES E PRECEPTORES	STAKEHOLDERS DO ENSINO E PESQUISA: INTERNOS E RESIDENTES
		Atuação de profissionais na organização do ensino.(R3)	Profissionais que atuam para a melhoria do ensino e assistência. (R4)	Profissionais comprometidos com o ensino. (R3)	Alguns profissionais não são envolvidos com o ensino e a pesquisa. (R2)	Profissionais envolvidos com o ensino. (R1)
Falta compreensão sobre o papel dos profissionais no ensino. (R3)	Envolvimento dos usuários, dos discentes e da IES. (R4)	Falta nos profissionais interesse. (R3)	Necessidade da administração estimular o envolvimento dos profissionais com o ensino. (R2)	O envolvimento dos professores/preceptores favorece a melhoria. (R4)		
Corpo de profissionais não tem olhar para o ensino (R3)	Há envolvimento dos profissionais com a academia. (R7)	Falta tempo para envolvimento no ensino e pesquisa. (R3)	Alguns profissionais não tem a cultura do ensino. (R2)	Necessidade de contratação de mais profissionais envolvidos com o ensino. (R4)		
Há vontade dos profissionais para o ensino e pesquisa. (R4)		Médicos comprometidos com o ensino. (R4)	Necessidade de estimular os profissionais para atuarem no hospital de ensino. (R2)	Muitos preceptores ainda não são docentes da Universidade. (R6)		
		Profissionais comprometidos com o ensino e a pesquisa. (R4)	Muitos plantonistas não têm interesse em ensinar. (R7)	Muitos preceptores não são envolvidos, comprometidos com o ensino. (R6)		
		Compreensão do papel do profissional assistente no processo ensino-aprendizagem. (R5)				
		Poucos profissionais envolvidos no ensino. (R6)				

As construções dos *stakeholders* do estudo nos permitem observar que na opinião da maioria destes há envolvimento e participação dos profissionais do hospital nos processos de ensino.

Para os respondentes da gestão e assistência, o hospital conta com profissionais que atuam na organização e nas atividades de ensino e pesquisa, depreendendo sua importância no processo ensino-aprendizagem, contribuindo relevantemente para o desempenho como hospital de ensino. Entretanto, ainda apontaram que os profissionais não estão envolvidos com o ensino e pesquisa, devido à falta de tempo para se dedicar a tais atividades, configurando-se, portanto, em aspecto impeditivo para o desempenho desta unidade.

Neste contexto, os *stakeholders* do ensino e pesquisa reiteraram com os da gestão e assistência no que concerne ao envolvimento dos profissionais com práticas de ensino-aprendizagem, ao corroborarem a necessidade da gestão hospitalar estimular maior participação dos profissionais nessas ações por meio de ajustamento da remuneração à atividade docente e de pesquisa, bem como contratar profissionais com a percepção e envolvimento com o ensino. Dentre esses profissionais, citaram os egressos dessa unidade hospitalar por compreenderem que conhecem esse processo e sua importância desde quando discentes, contribuindo para a melhoria do hospital.

Nesse entendimento, estudos demonstram a imprescindibilidade de investir na sensibilização dos atores inseridos nos espaços de ensino-aprendizagem, devendo a universidade se preocupar em identificar necessidades dos serviços e cenários de prática com pactos de contribuição para tais serviços (ALBUQUERQUE *et al*, 2008). Além do mais, as instituições de saúde devem reorganizar sua estrutura e repensar sua prática mediante a contratação de profissionais, visto que, conforme Brehmer e Ramos (2014), esses fatores contribuem para uma relativa melhoria na qualidade da assistência, equidade da atenção à saúde e ampliação do acesso aos serviços.

Portanto, para Albuquerque *et al* (2008) é fundamental que os profissionais dos serviços participem nas discussões educacionais de formação na área da saúde, sentindo-se co-responsáveis pela formação dos futuros profissionais.

4.2.3.6 Código Focal – Há educação permanente para os profissionais

A portaria nº 1702 de criação do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do SUS, afirma que um dos objetivos desse programa se configura na definição do papel desses hospitais na educação permanente e formação de profissionais de saúde, sendo necessário que os hospitais desenvolvam ações de Educação Permanente para os trabalhadores do hospital de ensino visando ao trabalho multiprofissional, à diminuição da segmentação do trabalho e à implantação do cuidado integral (BRASIL, 2004).

Assim, conforme Brasil (2005), a educação permanente pode ser definida como uma aprendizagem-trabalho, que acontece no cotidiano das pessoas e das organizações, construída a partir dos problemas enfrentados na realidade, e levando em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm.

Neste contexto, a existência de educação permanente para os profissionais do hospital surge no processo de avaliação do desempenho do hospital de ensino como uma questão apresentada pelos *stakeholders* do estudo, conforme apresentado no quadro a seguir.

Quadro 21 - Construções dos *Stakeholders* referente ao Código Focal “Há educação permanente para os profissionais” (2015).

		EIXO – GESTÃO, ENSINO E PESQUISA				
		CÓDIGO FOCAL – Há educação permanente para os profissionais				
		CONSTRUÇÕES/RESPONDENTES (R)				
ORGANIZADOR	QUESTÃO	STAKEHOLDERS DA GESTÃO DO SUS, HE, ESCOLAS MÉDICAS	STAKEHOLDERS DA GESTÃO: COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DO HE	STAKEHOLDERS DA ASSISTÊNCIA	STAKEHOLDERS DO ENSINO E PESQUISA: DOCENTES E PRECEPTORES	STAKEHOLDERS DO ENSINO E PESQUISA: INTERNOS E RESIDENTES
		Capacitação dos profissionais foi a maior contribuição. (R1)	A presença do estudante favorece interesse por capacitações. (R2)	Capacitação dos profissionais. (R1)	Adesão dos profissionais nos processos de educação permanente. (R1)	Atualização dos profissionais melhora a assistência. (R1)
Reconhecimento da gestão para a capacitação. (R2)	Ações de educação permanente para profissionais e estudantes. (R3)	Existência de recursos para as capacitações. (R1)	Mecanismos de formação como prática qualificadora. (R1)	Capacitação como aspecto imprescindível para a melhoria. (R1)		
Impacto na qualidade do serviço. (R2)	Educação permanente consolidada. (R3)	Interesse pela qualificação dos profissionais. (R2)	Melhora decorrente das atualizações. (R2)	Envolvimento dos coordenadores nas capacitações. (R1)		
Maior dispensação de profissionais para atualização. (R4)	Contribui com a melhoria da atenção à saúde. (R3)	Atuação de um setor nas capacitações. (R2)	Falta maior colaboração dos coordenadores. (R2)	Treinamento em serviço favorece o desempenho. (R1)		
	Necessidade de ações de educação permanente para a gestão. (R3)	Desenvolvimento e participação dos profissionais em educação permanente. (R3)	Necessidade de incentivar os profissionais. (R5)	Ausência de divulgação das capacitações. (R1)		
		Educação permanente como prática qualificadora. (R3)	Profissionais capacitados facilita o desempenho. (R5)	Atividades educativas direcionadas a um serviço específico. (R1)		
		Falta liberação e apoio para qualificação. (R3)	Necessidade de incentivo e liberação para qualificação. (R5)	Indisponibilidade dos profissionais para participarem das capacitações. (R1)		
		Educação permanente como um resultado positivo. (R4)	Ausência de capacitação para preceptores. (R6)	Educação permanente favorece a melhoria. (R5)		

Quadro 21 (Continuação) - Construções dos *Stakeholders* referente ao Código Focal “Há educação permanente para os profissionais” (2015).

		EIXO – GESTÃO, ENSINO E PESQUISA				
		CÓDIGO FOCAL – Há educação permanente para os profissionais				
		CONSTRUÇÕES/RESPONDENTES (R)				
ORGANIZADOR	QUESTÃO	<i>STAKEHOLDERS DA GESTÃO DO SUS, HE, ESCOLAS MÉDICAS</i>	<i>STAKEHOLDERS DA GESTÃO: COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DO HE</i>	<i>STAKEHOLDERS DA ASSISTÊNCIA</i>	<i>STAKEHOLDERS DO ENSINO E PESQUISA: DOCENTES E PRECEPTORES</i>	<i>STAKEHOLDERS DO ENSINO E PESQUISA: INTERNOS E RESIDENTES</i>
						Oportunidades de capacitação para os profissionais. (R5)

De acordo com as construções dos respondentes da gestão, a maior contribuição da contratualização do hospital com o SUS foi a implementação de ações de educação permanente para os profissionais e estudantes inseridos no hospital. Para os *stakeholders* da gestão, houve o reconhecimento dos gestores quanto à importância das ações de capacitação para os profissionais, os quais também apresentaram maior interesse em participarem de atualizações e capacitação a partir da inserção de estudantes no serviço, favorecendo maior adesão aos processos educativos e melhoria da atenção à saúde. Entretanto, salientam a necessidade de se estender essas práticas educativas à gestão hospitalar.

Os sujeitos da assistência e do ensino e pesquisa concordaram com os da gestão quanto à existência de capacitação para os profissionais no hospital, reiterando a atuação de um setor específico às ações de educação permanente e percebendo esta como uma prática qualificadora da assistência, do ensino e pesquisa e da gestão hospitalar. Para tanto, os *stakeholders* da assistência expuseram que o hospital dispõe de uma rubrica financeira para ações de educação permanente. Contudo, explicitaram ainda a ausência de apoio e liberação por parte gestão para os profissionais participarem de pesquisas e ações educativas de capacitação, bem como a ausência de capacitação para os preceptores, salientando a necessidade de fortalecer essas ações de treinamento a fim de padronizar as práticas e minimizar custos.

Desta forma, podemos perceber que o hospital vai ao encontro com a proposta do programa de reestruturação dos hospitais de ensino, ao passo que dispõe de capacitação para seus profissionais. Para Lobo *et al* (2009) a adequação e preparo dos profissionais é uma responsabilidade dos HE, devendo ser prioridade em cada unidade.

Nesta perspectiva, Brasil (2005) afirma que a educação permanente favorece a democratização dos espaços de trabalho, o desenvolvimento da capacidade de aprender e de ensinar de todos os sujeitos envolvidos, a busca de soluções criativas para os problemas encontrados, o desenvolvimento do trabalho em equipe, a melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde, e a humanização do atendimento; significando a mudança nas relações, nos processos e nas pessoas.

4.2.3.7 Código Focal – Não há entendimento sobre o papel primordial do hospital de ensino

Hospitais de ensino, conforme Brasil (2004), configuram-se unidades hospitalares que prestam assistência de alta complexidade à população, além de serem campo de formação para profissionais da saúde e de avaliação de tecnologias em saúde.

Assim, na referida avaliação, o entendimento sobre o papel do hospital, emerge como uma questão associada ao desempenho deste após a contratualização com o SUS (Quadro).

Quadro 22 - Construções dos *Stakeholders* referente ao Código Focal “Não há entendimento sobre o papel primordial do hospital de ensino” (2015).

		EIXO – GESTÃO, ENSINO E PESQUISA				
		CÓDIGO FOCAL – Não há entendimento sobre o papel primordial do hospital de ensino				
		CONSTRUÇÕES/RESPONDENTES (R)				
ORGANIZADOR	QUESTÃO	STAKEHOLDERS DA GESTÃO DO SUS, HE, ESCOLAS MÉDICAS	STAKEHOLDERS DA GESTÃO: COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DO HE	STAKEHOLDERS DA ASSISTÊNCIA	STAKEHOLDERS DO ENSINO E PESQUISA: DOCENTES E PRECEPTORES	STAKEHOLDERS DO ENSINO E PESQUISA: INTERNOS E RESIDENTES
				<p>Ensino e pesquisa como a função mais importante. (R1)</p> <p>Compreensão do ensino para a assistência. (R2)</p> <p>Compreensão pelos gestores municipais, hospitalares e pelas escolas de saúde. (R2)</p> <p>Compreensão dos gestores sobre o hospital como um ambiente formador. (R3)</p>	<p>Compreensão da gestão do hospital sobre sua função de formador. (R1)</p> <p>Assistência como primeira função do hospital de ensino. (R1)</p> <p>A assistência é a função primordial do hospital de ensino. (R2)</p> <p>Se assistência é de qualidade, é o melhor campo para se aprender. (R2)</p> <p>Necessidade de compreensão por parte dos profissionais, docentes, usuários. (R2)</p> <p>Falta compreensão da comunidade sobre o papel do hospital na formação. (R3)</p> <p>Necessidade do reconhecimento pelo usuário do papel do hospital na formação. (R3)</p>	<p>Hospital como campo formador de profissionais para a região. (R1)</p>

Quadro 22 (Continuação) - Construções dos *Stakeholders* referente ao Código Focal “Não há entendimento sobre o papel primordial do hospital de ensino” (2015).

		EIXO – GESTÃO, ENSINO E PESQUISA				
		CÓDIGO FOCAL – Não há entendimento sobre o papel primordial do hospital de ensino				
		CONSTRUÇÕES/RESPONDENTES (R)				
ORGANIZADOR	QUESTÃO	STAKEHOLDERS DA GESTÃO DO SUS, HE, ESCOLAS MÉDICAS	STAKEHOLDERS DA GESTÃO: COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DO HE	STAKEHOLDERS DA ASSISTÊNCIA	STAKEHOLDERS DO ENSINO E PESQUISA: DOCENTES E PRECEPTORES	STAKEHOLDERS DO ENSINO E PESQUISA: INTERNOS E RESIDENTES
					<p>A educação permanente contribui. (R3)</p> <p>A gestão do hospital e do sistema de saúde compreendem o papel do hospital na formação. (R4)</p> <p>Falta compreensão por todos. (R4)</p> <p>Em um hospital, a função primordial é a assistência. (R4)</p> <p>Falta compreensão sobre o papel do hospital. (R5)</p> <p>O foco do hospital é atenção à saúde. (R5)</p> <p>A história do hospital contribui para ele ser campo de formação. (R7)</p>	

O quadro acima nos permite observar que os *stakeholders* da avaliação compreendem o hospital em estudo como campo de formação de profissionais para a área da saúde. Porém, os *stakeholders* da gestão ratificam que a compreensão do hospital como de ensino, pelos atores da gestão, do ensino e da atenção, favorece o avanço da assistência, sendo necessário, portanto, disseminar essa informação para toda a comunidade civil e acadêmica. De acordo com eles, essa compreensão é facilitada pelo contexto histórico do hospital e ações de educação permanente desenvolvidas no âmbito do hospital; havendo ainda, a percepção de que esta função ainda não é conhecida por toda sociedade.

Os *stakeholders* do ensino e pesquisa reforçaram, ainda, que a gestão hospitalar tem percebido a relevância do ensino no hospital, e, progressivamente, vem buscando melhorias para o hospital nessa área; salientando, portanto, ser imprescindível o diálogo entre a gestão hospitalar e os profissionais sobre aspectos que envolvem hospital de ensino, e sua importância para a assistência e para a formação em saúde.

Contudo, podemos depreender que não há consenso entre os atores da avaliação sobre qual seja a função/ papel primordial do hospital de ensino, visto que para a maioria dos *stakeholders* da gestão e assistência a principal função do hospital seja a assistência frente a dois respondentes que afirmaram ser o ensino. Entretanto, esses atores reconheceram que o hospital também possui vocação para o ensino e que são nos espaços de atenção à saúde onde se aprende.

Os sujeitos do ensino e pesquisa afirmaram que até alguns anos o hospital era, prioritariamente, de cunho assistencialista, reiterando que, embora em médio prazo ele ainda desempenhe principalmente essa função, o hospital vem desempenhando e fortalecendo sua atuação no ensino na saúde. Conquanto, há a compreensão de que o ensino deva ser a função principal no hospital devido contribuir para a melhoria da assistência à saúde.

Nessa perspectiva, Machado e Kuchenbecker (2007) afirmam que para que seja possível caracterizar o papel dos HU, e podemos citar aqui o dos HE, no contexto do ensino, faz-se necessário compreendê-lo na conjuntura da organização dos serviços e sistemas de saúde e sua capacidade de resposta às necessidades da população, devendo, estes, contribuir para a qualificação da oferta de serviços e aperfeiçoamento do SUS.

Assim, Gonçalves (1989) *apud* Lemos e Rocha (2011), em estudo sobre a gestão das organizações hospitalares e suas complexidades, corroboram que as organizações hospitalares têm como principal função proporcionar serviços de qualidade com os recursos disponíveis adequados às necessidades da sociedade, prestando assistência à saúde, promovendo a educação profissional, conduzindo pesquisas e exercendo a medicina

preventiva e curativa; sendo que, para Fernandes (2002) *apud* Lemos e Rocha (2011), a função essencial do hospital é favorecer a recuperação da saúde.

Entretanto, Barata *et al* (2010) afirmam que é imprescindível diferenciar os HE dos demais hospitais do sistema, reconhecendo suas peculiaridades e necessidades, visto que apresentam papel fundamental na viabilização dos princípios do SUS, principalmente no de integralidade, considerando a formação do profissional que queremos para o sistema (Brenelli *apud* Brasil, 2012).

Assim, reiteram que é necessário que essas unidades hospitalares fixem professores e os melhores médicos e pesquisadores no quadro da instituição para que se mantenham como principais referências em ensino e pesquisa, desenvolvimento e incorporação tecnológica em saúde (BARATA *et al*, 2010).

4.3 Eixo Normativo – Modelo de Alocação de Recursos Financeiros

A rotação dos círculos hermenêutico-dialéticos sobre a avaliação de desempenho obtida pelo hospital, no eixo normativo Modelo de Alocação de Recursos Financeiros, após ser contratualizado como hospital de ensino favoreceu a apreensão de reivindicações e questões sobre o tema, conforme pode ser observado no quadro abaixo.

Quadro 23 - Construções dos *Stakeholders* Eixo Modelo de Alocação de Recursos Financeiros x Organizadores da Avaliação de Quarta Geração (2015)

		EIXO - MODELO DE ALOCAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS
		CÓDIGOS FOCAIS
ORGANIZADORES DA AVALIAÇÃO DE QUARTA GERAÇÃO	REIVINDICAÇÕES	O financiamento específico à contratualização como HE é importante para o hospital
	PREOCUPAÇÕES	Nenhum
	QUESTÕES	O financiamento do SUS ao Hospital de Ensino é insuficiente

4.3.1 Organizador Reivindicações

Quanto às alegações favoráveis ao desempenho do hospital decorrente da participação no Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino, por meio da certificação e contratualização com o SUS, verificou-se por meio da avaliação emersão do código focalizado “*Financiamento específico à contratualização como Hospital de Ensino*”.

4.3.1.1 Código Focal – Financiamento específico à contratualização como Hospital de Ensino

Conforme a Portaria Interministerial nº 1.702 (BRASIL, 2004), uma vez certificado como hospital de ensino, a instituição hospitalar deverá firmar convênio com o gestor local de saúde, no qual deve estar explícito o novo modelo de financiamento e alocação de recursos financeiros para a atenção à saúde, gestão, ensino e educação de pesquisa por meio da orçamentação mista do custeio do hospital de ensino. Esta é composta por componente com valor fixo mensal, componente com valor variável conforme o cumprimento de metas estabelecidas e componente correspondente à produção de serviços.

No componente fixo mensal estão inseridos o incentivo ao desenvolvimento do ensino e pesquisa, incentivo à contratualização e outros incentivos criados pelo Ministério da Saúde. Contudo, o componente com valor variável, determina que o repasse de no mínimo 10% do componente fixo deve estar associado ao cumprimento das metas quantitativas e qualitativas (BRASIL, 2004).

Assim, o incentivo/financiamento específico à contratualização como Hospital de Ensino emerge no referido estudo como uma *reivindicação* ao desempenho da unidade hospitalar, conforme apresentado abaixo.

Quadro 24 - Construções dos *Stakeholders* referente ao Código Focal “Financiamento específico à contratualização como Hospital de Ensino” (2015).

		EIXO – MODELO DE ALOCAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS				
		CÓDIGO FOCAL – Financiamento específico à contratualização como Hospital de Ensino				
		CONSTRUÇÕES/RESPONDENTES (R)				
ORGANIZADOR	REIVINDICAÇÃO	STAKEHOLDERS DA GESTÃO DO SUS, HE, ESCOLAS MÉDICAS	STAKEHOLDERS DA GESTÃO: COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DO HE	STAKEHOLDERS DA ASSISTÊNCIA	STAKEHOLDERS DO ENSINO E PESQUISA: DOCENTES E PRECEPTORES	STAKEHOLDERS DO ENSINO E PESQUISA: INTERNOS E RESIDENTES
				<p>Recurso financeiro específico para o ensino. (R1)</p> <p>Organização do ensino devido a um incentivo. (R1)</p> <p>Suporte financeiro e elementos para as atividades de ensino. (R2)</p> <p>Há planejamento do recurso advindo da contratualização. (R2)</p> <p>Alinhamento do financiamento das ações de ensino e assistência como medida para que haja melhoria. (R2)</p>	<p>A contratualização trouxe um recurso específico. (R1)</p> <p>Financiamento imprescindível para a melhoria. (R3)</p> <p>Financiamento específico potencializa o ensino e pesquisa no hospital. (R3)</p> <p>Financiamento imprescindível para o desempenho no ensino e pesquisa. (R3)</p> <p>Financiamento específico para o hospital de ensino. (R4)</p>	<p>Recurso importante para a formação de profissionais e modificação da estrutura física. (R1)</p> <p>Investimento para o ensino. (R1)</p> <p>Recurso financeiro imprescindível para a manutenção do hospital. (R1)</p>

No que se refere à categoria *Financiamento específico à contratualização como Hospital de Ensino*, os *stakeholders* da Gestão do SUS, Hospital de Ensino e Escolas Médicas, da Comissão de Acompanhamento das Metas do Hospital de Ensino, da Assistência, e do Ensino e Pesquisa (Docentes e Preceptores) concordaram e compreendem que a contratualização com o SUS, como Hospital de Ensino, favoreceu ao hospital o repasse mensal de um recurso financeiro adicional ao valor pré-fixado do financiamento.

De acordo com as construções dos sujeitos da avaliação, o financiamento específico para unidades hospitalares de ensino é imprescindível para o desempenho da gestão nessas unidades, visto que permite a organização das áreas do ensino e pesquisa, por meio da potencialização dessas atividades no hospital, da adequação da estrutura física e do apoio para a formação, como manutenção de preceptoria, e para a pesquisa na saúde, configurando-se suporte financeiro para a manutenção das ações de gestão, assistência, e ensino e pesquisa nesses hospitais.

Em estudo realizado por Lobo *et al* (2009) em Hospitais Universitários Federais, verifica-se a eficiência técnica obtida pelos hospitais em estudo após a alocação de maior aporte financeiro nessas unidades, demonstrando que o aumento dos recursos implica no maior desempenho da unidade hospitalar, representando, portanto, um alívio financeiro para os hospitais de ensino.

Assim, para Dallora e Forster (2008, p. 137) “a nova modalidade de contratualização dos hospitais de ensino envolve a definição de metas pactuadas com gestores locais do SUS e uma nova regra de remuneração global com base no cumprimento de metas estabelecidas”, sendo necessária a melhoria de gestão dessas instituições quanto à eficiência no uso dos recursos.

Entretanto, a partir das construções conjuntas, foi possível verificar que ainda se faz necessário um alinhamento financeiro das ações de ensino e pesquisa e assistência no hospital para que haja um melhor desempenho na gestão.

É importante considerar também que os *stakeholders* representantes dos internos e residentes não apresentaram alegações referentes ao repasse financeiro específico à contratualização. Fato que pode ser depreendido pela não participação e desconhecimento desses atores acerca do financiamento dessas unidades hospitalares.

4.3.2 Organizador Questões

Quanto às construções sobre o desempenho do hospital de ensino no eixo Modelo de Alocação de Recursos Financeiros, pode-se observar dissenso nas construções relacionadas à insuficiência do financiamento do SUS, conforme discutido a seguir.

4.3.2.1 Código Focal – O financiamento do SUS ao Hospital de Ensino é insuficiente

Conforme, Bittar (2002) o financiamento dos hospitais de ensino difere de acordo com a natureza jurídica deste (público ou privado). Quando a unidade hospitalar de ensino é de natureza pública, o financiamento provém dos recursos do orçamento público municipal, estadual ou federal, acrescidos de transferências públicas conveniadas, do pagamento de sua produção pelo SUS e de recursos provenientes de fontes privadas. Quando de natureza privada, nos quais estão inclusos os filantrópicos, o financiamento provém de recursos de sua mantenedora, da produção do SUS e de outras fontes.

Desta forma, devido a unidade em estudo se configurar um hospital privado sem fins lucrativos, a modalidade de financiamento deste foi descrita, inicialmente, na Portaria Interministerial nº 1.702 de 2004 e, atualmente, definida nas diretrizes da Portaria nº 3.410 de 2013 sobre a contratualização de hospitais com o SUS, pautada na Política Nacional de Atenção Hospitalar, nas diretrizes da Portaria nº 142/GM/MS de 2014 que institui, no âmbito do SUS, o Índice de Gestão Hospitalar (IGH), e nas diretrizes da Portaria Interministerial nº 285 de 2015 sobre a redefinição do Programa de Certificação dos Hospitais de Ensino.

Assim, de acordo com os artigos 21 e 22 da Portaria nº 285 de 2015, os hospitais de ensino, a partir desse período, farão jus a 50% (cinquenta por cento) ou 60% (sessenta por cento) da série histórica de referência da produção total da média complexidade ambulatorial e hospitalar, nos termos da Portaria nº 3.410/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013, e da Portaria nº 142/GM/MS, de 27 de janeiro de 2014; sendo que a unidade hospitalar que venha ter sua certificação cancelada, terá o cancelado o recurso de Incentivo de Adesão à Contratualização ou o Incentivo de Gestão Hospitalar ou outro que os substituam com a mesma destinação (BRASIL, 2015).

Quadro 25 - Construções dos *Stakeholders* referente ao Código Focal “O financiamento do SUS ao Hospital de Ensino é insuficiente” (2015).

		EIXO – MODELO DE ALOCAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS				
		CÓDIGO FOCAL – O financiamento do SUS ao Hospital de Ensino é insuficiente				
		CONSTRUÇÕES/RESPONDENTES (R)				
ORGANIZADOR	REIVINDICAÇÃO	STAKEHOLDERS DA GESTÃO DO SUS, HE, ESCOLAS MÉDICAS	STAKEHOLDERS DA GESTÃO: COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DO HE	STAKEHOLDERS DA ASSISTÊNCIA	STAKEHOLDERS DO ENSINO E PESQUISA: DOCENTES E PRECEPTORES	STAKEHOLDERS DO ENSINO E PESQUISA: INTERNOS E RESIDENTES
				<p>Financiamento insuficiente impeditivo para o avanço na assistência. (R1)</p> <p>Necessidade de recurso para gerir o hospital. (R1)</p> <p>Carência de financiamento no SUS. (R2)</p> <p>Recursos não ajustados desde a contratualização. (R2)</p> <p>O recurso financeiro não é otimizado. (R4)</p> <p>O financiamento da saúde é um obstáculo para o desenvolvimento.(R5)</p>	<p>O SUS é um sistema de financiamento insuficiente. (R1)</p>	<p>Não houve reajuste no recurso financeiro em 10 anos. (R1)</p> <p>Cenário financeiro dos filantrópicos preocupante. (R1)</p> <p>Impossibilidade de autonomia na administração do recurso. (R1)</p> <p>Falta recurso devido filantropia. (R2)</p> <p>Financiamento insuficiente dos serviços filantrópicos. (R3)</p> <p>Inexistência de critérios para investimento. (R3)</p> <p>Necessidade de se definir critérios para financiamento por parte da união. (R3)</p>

A análise do quadro anterior nos permite depreender, portanto, que na visão dos *stakeholders* da avaliação do desempenho do hospital de ensino, o financiamento do SUS para os hospitais de ensino é insuficiente.

Para a maioria dos respondentes da gestão o financiamento é um fator limitante para o desempenho do hospital, haja vista a insuficiência de financiamento do SUS. Reiteram, todavia, que os recursos financeiros destinados a essa unidade hospitalar não foi ajustado desde a contratualização e que não são utilizados eficientemente pelo referido hospital.

Os *stakeholders* da assistência também concordaram com os da gestão quanto ao subfinanciamento dos hospitais de ensino, ratificando que esse fator interfere na prestação de um serviço de qualidade e que é intensificado pelo perfil filantrópico da unidade em estudo e ausência de autonomia e critérios no gerenciamento do recurso. Acresceram, dessa forma, a necessidade de a União, no caso o Ministério da Saúde, definir critérios para o financiamento dessas unidades hospitalares.

Os atores do ensino e pesquisa, especificamente, os docentes e preceptores também consensuaram com os demais ao reafirmarem a insuficiência do recurso financeiro do SUS aos hospitais de ensino, salientando que as iniciativas de financiamento são pequenas frente às necessidades de melhoria do hospital e que este fator é imprescindível ao desempenho da unidade hospitalar. Salientaram, portanto, a necessidade de maior investimento e planejamento para a alocação dos recursos na referida unidade.

Conforme Malik (2010) *apud* Brasil (2004), o setor saúde passa por uma crise não só de financiamento, e na luta pelos recursos, Bittar (2002) afirma que há uma competição dos HE com os demais hospitais públicos e privados, visto que o recurso disponível é insuficiente para as necessidades de custeio, investimento e ensino e pesquisa nesses hospitais.

Desta forma, Lobo *et al* (2009) afirmam que o financiamento baseado no orçamento fixo e cumprimento de metas acordadas teve tripla orientação, a saber: 1) adequação entre a demanda do sistema de saúde e a oferta de serviços assistenciais, de formação de recursos humanos e de desenvolvimento de pesquisa; 2) aumento do aporte financeiro; c) garantia de esforços para o desenvolvimento da capacidade de administração e gestão local.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para o fechamento desta pesquisa, retomo alguns pontos principais, a fim de sustentar o argumento de que os hospitais de ensino são relevantes para a reafirmação do Sistema Único de Saúde, na perspectiva do cuidado progressivo na rede de atenção à saúde, e concorrentemente, no contexto da Saúde da Família, bem como para a formação de profissionais de saúde que atuarão nessa rede e para o desenvolvimento de pesquisas e tecnologias para o setor.

A questão problematizadora da pesquisa - Qual o desempenho obtido por um Hospital de Ensino do Estado do Ceará nos processos de gestão, ensino, pesquisa e atenção à saúde após a contratualização com o SUS? - levou-nos a investigar como se dá a avaliação dos hospitais de ensino no Brasil, a conhecer o desempenho obtido por um hospital de ensino após a contratualização com o SUS e a reconhecer a interface entre essas unidades hospitalares e a Estratégia Saúde da Família numa perspectiva de rede.

Para tanto, ao realizar uma revisão sistemática sobre o tema nas bases de dados eletrônicas nacionais, identificamos que os estudos sobre avaliação de hospitais de ensino eram insuficientes para avaliar o desempenho destes e a correlação na rede de atenção à saúde, sendo necessário o desenvolvimento de novas pesquisas, com uso de abordagens metodológicas qualitativas e mistas. Com isso, propusemos, neste estudo, um modelo teórico e metodológico para avaliação de hospitais de ensino, pautado numa perspectiva heurística, responsiva e naturalista.

Assim, como objetivos dessa pesquisa, avaliamos, na perspectiva dos *stakeholders*, o desempenho de um Hospital de Ensino do Estado do Ceará nos eixos “Ações estratégicas na área da assistência”, “Gestão, Ensino e Pesquisa” e “Modelo de Alocação de Recursos Financeiros”, após a contratualização deste com o SUS; e, analisamos e comparamos as reivindicações, preocupações e questões levantadas pelos sujeitos, relativamente a cada um dos três eixos normativos dos HE's.

Destarte, a avaliação responsiva e construtivista aplicada na pesquisa sobre o desempenho de um hospital de ensino do Ceará após a contratualização com o SUS, permitiu-nos depreender que o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no Brasil (BRASIL, 2004) favoreceu ao hospital pesquisado avanço relativo aos três eixos normativos dos hospitais de ensino, com melhorias especificamente nos eixos “Gestão, Ensino e Pesquisa” e “Modelo de Alocação de Recursos Financeiros”, no que concerne às parcerias entre Instituições de Ensino Superior e HE, atuação da Comissão de Acompanhamento das

Metas do HE, e financiamento específico à contratualização, respectivamente. Todavia, como todo processo de remodelagem, alguns aspectos emergiram como preocupação e questão frente ao desempenho nas três áreas de atuação.

Em relação à interface com a Estratégia Saúde da Família, podemos observar que, por se configurar um ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS, o desempenho obtido pelos hospitais de ensino contribui significativamente para a melhoria da assistência à saúde nos níveis de atenção primária, secundária e terciária, no que concerne à acessibilidade aos serviços de saúde, à qualidade da assistência, por meio da qualificação profissional para o setor, e, conseqüentemente, à melhoria dos indicadores de atenção à saúde.

Portanto, podemos afirmar que se trata de uma pesquisa inédita no campo da avaliação dos hospitais de ensino no Brasil, pelo que a revisão de literatura apontou a ausência de estudos sobre o desempenho dos hospitais de ensino conformados na lógica da avaliação construtivista, inclusiva e participativa; apresentando como limitação, o quantitativo de *stakeholders* envolvidos no processo de avaliação e a indisponibilidade de tempo para prosseguimento às etapas de negociação das questões.

Conquanto, reiteramos que novas investigações sobre o tema devem ser realizadas a fim de aprimorar o modelo avaliativo utilizado nesta pesquisa e de responder as questões emergentes quanto ao desempenho dos hospitais de ensino após a contratualização com o SUS, ao impacto do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino na conformação normativa e funcional destes e nos indicadores de saúde da RAS; sendo proposto como diretrizes para investigações posteriores: 1) a continuação do processo de avaliação no cenário desta pesquisa a fim de compreender e tentar resolver questões levantadas pelos *stakeholders*, reorientando a efetividade das ações nesses hospitais; 2) a aplicabilidade do modelo de avaliação responsiva e construtivista em outros hospitais de ensino a fim de fomentar diretrizes para tomada de decisão e reorientação das práticas e políticas nessas instituições; 3) o impacto do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino e a atuação destes na Rede de Atenção à Saúde.

Ademais, como pesquisadora e avaliadora pretendo disponibilizar aos gestores hospitalares e à gestão local do SUS um relatório desta pesquisa, objetivando favorecer a estes diretrizes para tomada de decisão e qualificação das ações de assistência à saúde, de formação dos profissionais e de pesquisa para o setor.

REFERÊNCIAS

- AGUILAR, M.J.; ANDER-EGG, E. **Avaliação de serviços e programas sociais**. Petrópolis: Vozes, 1994, 199 p.
- ALBUQUERQUE, V. S.; GOMES, A. P.; REZENDE, C. H. A.; SAMPAIO, M. X.; DIAS, O. V.; LUGARINHO, R. M. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais de saúde. **Rev. Brasil. Educ. Med.**, v. 32, n. 3, p.356-362, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n3/v32n3a10.pdf>>. Acesso em: 16 jul. 2015.
- ANDRIOLA, Wagner Bandeira. Utilização do modelo CIPP na avaliação de programas sociais: o caso do projeto Educando para a Liberdade da SECAD/MEC. **Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación**. Espanha, v.8, n. 4. 2010.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS E DE ENSINO (ABRAUHE). **Hospitais universitários e de ensino no Brasil: desafios e soluções**. Disponível em: http://www.abrahue.org.br/pdf/hues_no_brasil.pdf. Acesso em: 03 de out. 2011.
- BARATA, L. R. B; MENDES, J. D. V.; BITTAR, O. J. N. V. Hospitais de ensino e o Sistema Único de Saúde. **RAS.**, v. 12, n. 46, 2010. Disponível em: <<http://sistema4.saude.sp.gov.br/sahe/documento/ras46.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2013.
- BARBOSA, Francisco Neto. Diretrizes curriculares, certificação e contratualização de hospitais de ensino: o caminho se faz ao andar? **Cadernos ABEM**. v. 4. Outubro, 2008.
- BITTAR, O. J. N. V. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. **Revista de Administração em Saúde**. São Paulo, v. 3, n.12, p. 21-28, jul./set. 2001.
- _____. Instrumentos gerenciais para tornar eficiente o financiamento dos hospitais de ensino. **Revista de Administração em Saúde**. São Paulo, v. 5, n. 17, p.15-18, out./dez. 2002.
- _____. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde - parte II. **Revista de Administração em Saúde**. São Paulo, v. 6, n. 22, p.15-18, jan./mar. 2004.
- BITTAR, O. J. N. V.; MAGALHÃES, A. Hospitais de ensino: informações para monitoramento. **RAS.**, v. 10, n. 38, 2008. Disponível em: <<http://sistema.saude.sp.gov.br/sahe/documento/ras38.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2013.
- BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Rev. Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, v. 2, n. 1, p.68-80, jan./jul., 2005.
- BOTTI, S.H.O.; REGO, S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? **Rev. Brasil. Educ. Med.**, v. 32, n. 3, p.363-373, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000300011>. Acesso em: 16 jul. 2015.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado, 1988.

_____. Resolução da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional nº 5/2014. Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 07 nov. 2014.

BRASIL. Casa Civil. **Lei 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. Brasília: 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.101/GM, de 12 de junho de 2002**. Estabelecer, na forma do anexo desta portaria, os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1101.htm>>. Acesso em: 17 nov. 2011.

_____. **Portaria nº 312/SAS, de 02 de maio de 2002**. Estabelece, para utilização nos hospitais integrantes do Sistema Único de Saúde, a padronização da nomenclatura do censo hospitalar constante do anexo desta portaria. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2002/PT-312.htm>>. Acesso em: 17 nov. 2011.

_____. **Portaria nº. 1.703, de 17 de agosto de 2004**. Destina recurso de incentivo à contratualização de hospitais de ensino públicos e privados, e dá outras providências. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1703.htm>>. Acesso em: 13 ago. 2007.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Análise do Processo de Contratualização dos Hospitais de Ensino e Filantrópicos no SUS: dificuldades, perspectivas e propostas**. Brasília (DF): 2010.

_____. Sociedade Hospital Samaritano. **Política de Reestruturação dos Hospitais de Ensino e Filantrópicos no Brasil no período de 2003-2010: uma análise do processo de implantação da contratualização**. Brasília (DF): 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.702/GM de 17 de agosto de 2004**. Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do SUS. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1702.htm>>. Acesso em: 10 out. 2011.

_____. **Portaria Interministerial nº 2.400 de 02 de outubro de 2007**. Estabelece os requisitos para a certificação de unidades hospitalares como Hospital de Ensino. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2400-%5B2830-120110-SES-MT%5D.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2011.

_____. **Portaria Interministerial nº 285/MEC/MS de 24 de março de 2015**. Redefine o programa de certificação de Hospitais de Ensino. Disponível em: <

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0285_24_03_2015.html>. Acesso em: 06 jul. 2015.

BRASIL, Ministério da Educação e da Saúde. **Portaria Interministerial 1.000 de 15 de abril de 2004**. Disponível em:

<<http://www.femerj.org.br/Boletim/Federal/Ministerio%20Saude/GM/2004/Junho/PORTARIA%20INTERMINISTERIAL%20N%BA%201000.pdf>>. Acesso em: 10 out 2011.

_____. **Portaria Interministerial 1.005/MEC/MS de 27 de maio de 2004**. Disponível em:

<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1005.htm>>. Acesso em: 10 out. 2011.

_____. **Portaria Interministerial 1.006/MEC/MS de 27 de maio de 2004**. Disponível em:

<http://www.java.med.br/SUS/Portaria_Ministerial_1006_MEC_GM_27052004.htm>. Acesso em: 10 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em:

<http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_hospitais_Ensino.asp>. Acesso em: 08 fev. 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **PCCS – SUS: diretrizes nacionais para a instituição de planos de carreiras, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 52 p.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 466 de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**, n°12, seção 1, 13 jun. 2013.

BREHMER, L. C. F.; RAMOS, F. R. S. Experiências de integração ensino-serviço no processo de formação profissional em saúde. **Rev. Eletr. Enferm.**, v. 16, n. 1, jan-mar, 2014. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v16/n1/pdf/v16n1a26.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2015.

BRIZOLA, Jeremias Bequer. **Gestão hospitalar: análise de desempenho de um hospital universitário e de ensino antes e após a contratualização com o sistema único de saúde**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina. Londrina (PR): 2010.

CASTRO, E. A. B.; SOUZA, A. I. S. Assistência e gestão: interface entre modos tecnológicos de intervenção em um hospital público de ensino. **Rev. APS.**, v. 13, n. 1, 2010. Disponível em: <<http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/viewFile/791/380>>. Acesso em: 29 jun. 2013.

CHAMELLO, D.; MANFRÓI, W.C.; MACHADO, C.L.B . O papel do preceptor no ensino médico e o modelo preceptor em um minuto. **Rev. Brasil. Educ. Med.**, v. 33, n. 4, p.664-669, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000400018>. Acesso em: 16 jul. 2015.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, v. 14, n. 01, Rio de Janeiro, 2004, p. 41-65.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação da área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-47.

COSTA, M. A.; MOTA, J. A. C.; FIGUEIREDO, R. C. P. A nova dinâmica institucional do Hospital das Clínicas da UFMG: o projeto de unidades funcionais e a contratualização com o SUS/BH. **Rev. Med. Minas Gerais**, v. 19, n. 3, 2009. Disponível em: <<http://rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/viewArticle/172>>. Acesso em: 29 jun. 2013.

DALLORA, M. E. L. V.; FOSTER, A. C. A importância da gestão de custos em hospitais de ensino: considerações teóricas. **Rev. Med. (Ribeirão Preto)**, v. 41, n. 2, abr-jun, 2008. Disponível em: <http://www.hmtj.org.br/arquivos.hmtj/art_05.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2015.

DE BRUYNE, P.; HERMAN, J.; DE SCHOUTHEETE, M. **Dinâmica da pesquisa em ciências sociais**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977

DOMINGUES, I. **Epistemologia das ciências humanas (tomo 1): positivismo e hermenêutica**. São Paulo: Edições Loyola, 2004, 671 p.

GALANTE, Anderson C.; COELHO, Marta Pazos Peralba; FIGUEIREDO, Florêncio; CARVALHO, Augusto. **Implantação de método de gestão em hospitais de ensino no distrito federal**. In: II Congresso Consad de Gestão Pública. Painel 38: tendências atuais na gestão de saúde. s/d.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Fourth Generation Evaluation**. Newbury Park: SAGE Publications, 1989, 294 p.

LEMOS, V. M. F.; ROCHA, M. H. P. A gestão das organizações hospitalares e suas complexidades. In: VII CONGRESSO NACIONAL DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO, 2011, p. 1-16.

LEMOS, Mónica Arson de Sousa. **Avaliação de programas em contexto escolar: proposta de modelo**. Dissertação (Mestrado Integrado em Psicologia) – Universidade de Lisboa. Lisboa: 2012.

LIMA, S. M. L. **Possibilidades e limites da contratualização para o aprimoramento da gestão e da assistência em hospitais: o caso dos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro**. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro: 2009.

_____; RIVERA, F. J. U. A contratualização nos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, n. 17, v. 9, p. 2507-2521, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000900031&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 28 mai. 2013.

LIMA, C. D.; LOPES, M. A.; GONÇALVES, V. M. S. O enfermeiro no planejamento físico hospitalar. **Rev. Enfermagem Integrada**, n. 2, v. 3, p. 484-496, 2010. Disponível em: <http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/V3_2/02-enfermeiro-no-planejamento-fisico-hospitalar.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2015.

LINCOLN, Y. S.; GUBA, E. **Naturalistic inquiry**. Newbury Park: Sage Publications, 1985, 416 p.

LINS, M. E. *et al.* O uso da análise envoltória dos dados (DEA) para avaliação de hospitais universitários brasileiros. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, n. 12, v. 4, p. 985-998, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232007000400020&script=sci_arttext>. Acesso em: 29 mai. 2013.

LOBO, M. S. C.; LINS, M. E.; SILVA, A. C. M.; FISZMAN, R.; BLOCH, K. V. Influência de fatores ambientais na eficiência de hospitais de ensino. **Epidemiol. Ser. Saúde**, v. 20, n. 1, 2011. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742011000100005&lng=pt&nrm=.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2013.

LOBO, M. S. C. *et al.* Impacto da reforma de financiamento de hospitais de ensino no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, n. 43, v. 3, p. 437-445, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300007>. Acesso em: 31 mai. 2013.

_____. Avaliação de desempenho e integração docente-assistencial nos hospitais universitários. **Rev. Saúde Pública**, n. 44, v. 4, p. 581-590, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000400001>. Acesso em: 30 mai. 2013.

LONGARAY, A. A.; ENSSLIN, L. Uso da MCDA na identificação e mensuração da performance dos critérios para a certificação dos hospitais de ensino no âmbito do SUS. **Produção**, v. xx, n. x, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65132013005000021>. Acesso em: 15 set. 2013.

MACHADO, Sérgio Pinto; KUCHENBECKER, Ricardo. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 12, n. 4, p. 871-877. 2007.

MALIK, A. M. Parte II – Síntese da palestra: Os desafios e as perspectivas do processo de contratualização no contexto brasileiro. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Análise do processo de contratualização dos hospitais de ensino e filantrópicos no SUS: dificuldades, perspectivas e propostas**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2010.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9 ed. São Paulo: Hucitec, 2006, 406 p.

MOLES, A. **A criação científica**. 3 ed. São Paulo: Perspectiva, 1998, 292 p.

PEREIRA, Filipe André Gonçalves. **A avaliação do impacto da formação**: um estudo exploratório na Força Aérea. Dissertação (Mestrado em Ciências da Educação) – Universidade de Lisboa. Lisboa: 2010.

RICCI, N.A. *et al.* O hospital-escola de São Carlos: análise do funcionamento por meio da satisfação do usuário. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, n. 17, supl. 1, p. 1125-1134, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700044>. Acesso em: 29 mai. 2013.

SAMPAIO, R. F.; MANCINI, M. C. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Rev. bras. Fisioter.**, v. 11, n. 1, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v11n1/12>>. Acesso em: 10 set. 2013.

SCRIVEN, M. **Evaluation thesaurus**. 4th ed. Newbury Park: SAGE Publications, 1991, 391p.

STAKE, R. Program evaluation, particularly responsive evaluation. In: STUFFLEBEAM, D. L.; MADDAUS, G. F.; KELLAGHAN, T. (Eds). **Evaluation models: viewpoints on educational and human services evaluation**. 2nd ed. Norwell: Kluwer Academic Publishers, 2000, p. 343-362.

ZUCCHI, Paola; BITTAR, Olímpio J. Nogueira V.; HADDAD, Nagib. Produtividade em hospitais de ensino no estado de São Paulo, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. v. 4, n. 5. 1998.

WANDERLEY, F. L. Parte IV – Mesa Redonda II – A missão da comissão de acompanhamento no processo de contratualização: dificuldades, perspectivas e propostas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Análise do processo de contratualização dos hospitais de ensino e filantrópicos no SUS**: dificuldades, perspectivas e propostas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2010.

WETZEL, C. **Avaliação de serviço em saúde mental**: a construção de um processo participativo. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto (SP): 2005.

APÊNDICE A – ARTIGOS INCLUÍDOS NA REVISÃO SISTEMÁTICA SOBRE AVALIAÇÃO DE HOSPITAIS DE ENSINO

Quadro 1: Artigos incluídos na revisão sistemática sobre Avaliação de HE, no período de julho a setembro de 2013.

AUTORES	TÍTULO	REVISTA	ANO	CENÁRIO	MÉTODO	RESULTADOS
LINNS <i>et al</i>	O uso da Análise Envoltória dos Dados (DEA) para avaliação de hospitais universitários brasileiros	<i>Ciência & Saúde Coletiva</i>	2007	31 hospitais gerais pertencentes a universidades federais brasileiras.	Estudo de caso, com abordagem quantitativa. Utilizou-se a ferramenta Análise de Dados Envoltória.	Quatorze hospitais foram considerados eficientes na dimensão assistência. Maior densidade de atividades de ensino é observada nas unidades de maior complexidade. A dimensão pesquisa mostrou baixo volume para a maioria dos hospitais. Entretanto, esses dados têm problemas de acurácia, já que as universidades públicas tem um número elevado de pesquisas financiadas no país.
BITTAR; MAGALHÃES	Hospitais de Ensino: informações para monitoramento	<i>RAS</i>	2008	18 HE de São Paulo	Estudo quantitativo. Realizado a partir das planilhas mensais e anual de preenchimento do Sistema de Avaliação dos Hospitais de Ensino no ano de 2006.	Há necessidade de melhores informações sobre o número de publicações e de profissionais dedicados ao ensino e pesquisa.
LOBO <i>et al.</i>	Impacto da reforma de financiamento de hospitais de ensino do Brasil	<i>Rev Saúde Pública</i>	2009	30 hospitais gerais do MEC de São Paulo	Estudo quantitativo, com aplicação da Análise de Dados Envoltória (DEA) e do Índice de Malmquist no Sistema de Informações dos Hospitais Universitários Federais.	Houve aumento do aporte financeiro em 51% dos HE e da eficiência técnica. Não houve aumento na fronteira tecnológica. Hospitais eficientes, modelados por variáveis da dimensão assistencial, também apresentaram uma maior carga de atividades na dimensão de ensino.
COSTA; MOTA; FIGUEIREDO	A nova dinâmica institucional do Hospital das Clínicas da UFMG: o projeto de unidades funcionais e a contratualização com o SUS/BH	<i>Rev Med Minas Gerais</i>	2009	Hospital das Clínicas da UFMG	Regaste histórico com base em pesquisa qualitativa. Realizaram análise documental e entrevistas com lideranças institucionais.	Verificou-se melhora significativa dos indicadores de desempenho hospitalar e nas ações de assistência no período de 1998 a 2006.

Quadro 1 (Continuação 1): Artigos incluídos na revisão sistemática sobre Avaliação de HE, no período de julho a setembro de 2013.

AUTORES	TÍTULO	REVISTA	ANO	CENÁRIO	MÉTODO	RESULTADOS
CASTRO; STEPHAN- SOUZA	Assistência e gestão: interface entre modos tecnológicos de intervenção em um hospital público de ensino	<i>Rev APS</i>	2010	Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora - Centro de Atenção à Saúde.	Estudo descritivo com abordagem qualitativa.	O Centro de Atenção à Saúde passou a ser visto como um espaço público de formação profissional, que se colocaria à disposição da Rede SUS regionalizada, e como um hospital de ensino, ao planejar sua integração ao SUS, sendo referência para a população e para as Estratégias de Saúde da Família da região.
BARATA; MENDES; BITTAR	Hospitais de ensino e o Sistema Único de Saúde	<i>RAS</i>	2010	HE de São Paulo.	Estudo descritivo com abordagem quantitativa.	Os HE de São Paulo exercem seu principal papel na oferta de procedimentos de alta complexidade e de referência para o SUS. Os HE realizaram cerca de três vezes mais, internações de alta complexidade e realizaram cerca de 51% de atendimentos de alta complexidade em relação ao total dos atendimentos. Publicaram 7,8 mil artigos em periódicos em 2008 e concluíram 3 mil pesquisas, sendo que 11,6 mil estão em andamento. Entre as diversas iniciativas que vêm sendo tomadas pela Secretaria de Estado da Saúde para organizar este fluxo regional, destaca-se: a criação do Sistema de Avaliação dos Hospitais de Ensino; dos Ambulatórios Médicos de Especialidade; e, o estímulo para que estes serviços passem a ter autonomia administrativa e financeira em relação à Universidade em que se inserem.
RICCI <i>et al.</i>	O hospital-escola de São Carlos: análise do funcionamento por meio da satisfação do usuário	<i>Ciência & Saúde Coletiva</i>	2011	Hospital-Escola Municipal Prof. Dr. Horácio Carlos Panepucci	Pesquisa quantitativa, por meio de estudo clínico não experimental, com delineamento descritivo de corte transversal, para avaliar a satisfação dos usuários do SUS.	Evidenciaram elevado grau de satisfação com a equipe geral e de saúde do hospital, não havendo, por parte da maioria dos usuários, a percepção da presença de alunos na equipe, mesmo reconhecendo este como vinculado à universidade.

Quadro 1 (Continuação 2): Artigos incluídos na revisão sistemática sobre Avaliação de HE, no período de julho a setembro de 2013.

AUTORES	TÍTULO	REVISTA	ANO	CENÁRIO	MÉTODO	RESULTADOS
LOBO <i>et al</i>	Influência dos fatores ambientais na eficiência de hospitais de ensino	<i>Epidemiol. Serv. Saúde</i>	2011	104 hospitais de ensino	Estudo quantitativo, com uso da Análise Envoltória de Dados por programação linear para o tratamento dos dados.	Apenas cinco hospitais foram considerados eficientes, tomando-se por base a média de eficiência 49%. A eficiência desses hospitais é influenciada por fatores ambientais, nem todos suscetíveis a governabilidade do gestor.
LIMA; RIVERA	A contratualização nos Hospitais de Ensino do Sistema Único de Saúde brasileiro	<i>Ciência & Saúde Coletiva</i>	2012	Quatro HE e secretaria de saúde contratante	Estudo exploratório, com abordagem qualitativa.	Ao avaliar a relação entre contratualização e desempenho assistencial, verificaram que é frágil a associação entre contratualização e a presença de mecanismos de inserção na rede, de práticas e estruturas de qualificação assistencial e gerencial nos hospitais, e que os hospitais mais estruturados assistencial e gerencialmente apresentaram uma contratualização mais estruturada com a secretaria.
LOBO <i>et al</i>	Influência dos fatores ambientais na eficiência de hospitais de ensino	<i>Epidemiol. Serv. Saúde</i>	2011	104 hospitais de ensino	Estudo quantitativo, com uso da Análise Envoltória de Dados por programação linear para o tratamento dos dados.	Apenas cinco hospitais foram considerados eficientes, tomando-se por base a média de eficiência 49%. A eficiência desses hospitais é influenciada por fatores ambientais, nem todos suscetíveis a governabilidade do gestor.
LIMA; RIVERA	A contratualização nos Hospitais de Ensino do Sistema Único de Saúde brasileiro	<i>Ciência & Saúde Coletiva</i>	2012	Quatro HE e secretaria de saúde contratante	Estudo exploratório, com abordagem qualitativa.	Ao avaliar a relação entre contratualização e desempenho assistencial, verificaram que é frágil a associação entre contratualização e a presença de mecanismos de inserção na rede, de práticas e estruturas de qualificação assistencial e gerencial nos hospitais, e que os hospitais mais estruturados assistencial e gerencialmente apresentaram uma contratualização mais estruturada com a secretaria.
LONGARA Y e ENSSLIN	Uso da MCDA na identificação e mensuração da performance dos critérios para certificação dos hospitais de ensino no âmbito do SUS	<i>Produção</i>	2012	Um hospital universitário da rede federal de educação brasileira.	Estudo exploratório, do tipo estudo de caso, com abordagem qualitativo-quantitativa. Uso da metodologia Multicritério de Apoio à Decisão	A decisora/ gestora passou a contar com um instrumento formal que oportuniza a comprovação das formas pelas quais o HU operacionaliza e mensura ações que visam impactar no desempenho das metas exigidas pelo SUS.

APÊNDICE B – TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o (a) Sr.(a) (NOME COMPLETO POR EXTENSO, RG, CARGO, FUNÇÃO), depositário (a) dos documentos consubstanciados nos Arquivos do (a) (DADOS INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE DA PESQUISA), após ter tomado conhecimento do protocolo de pesquisa “Avaliação Responsiva e Construtivista de um Hospital de Ensino do Estado do Ceará”, que tem como objetivo geral analisar o desempenho de um Hospital de Ensino do Estado do Ceará após a contratualização com o Sistema Único de Saúde, na perspectiva da gestão, ensino e pesquisa e atenção à saúde, e como objetivos específicos compreender o desempenho obtido por um hospital de ensino do Ceará quanto aos eixos gestão, ensino e pesquisa e atenção à saúde; identificar a presença de estruturas e práticas qualificadoras da gestão, ensino e pesquisa e atenção à saúde no hospital e sua relação com a contratualização; conhecer os aspectos facilitadores e dificuldades condicionantes para o desempenho de um hospital de ensino nos eixos gestão, ensino e pesquisa e atenção à saúde, vem, na melhor forma de direito, **AUTORIZAR** Denise Lima Nogueira, RG 2004019351, Enfermeira, residente à rua Vicente Ferreira da Ponte, 148, Cohab I, Sobral/CE, a coletar dados para instrumentalização do protocolo de pesquisa, ficando este responsável solidariamente, pela guarda e custódia dos dados e informações que receberam do depositário, resguardando os direitos assegurados pela resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, em especial:

- 1) Garantia da privacidade, da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos envolvidos ou de terceiros;
- 2) Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.

Fica claro que o fiel depositário pode, a qualquer momento, retirar sua AUTORIZAÇÃO e ciente de que todas as informações prestadas torna-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional do pesquisador responsável.

Informações:

Prof. Dr. Geison Vasconcelos Lira (orientador)

Mestranda Denise Lima Nogueira (pesquisadora) - (88) 9922-0266

Fiel Depositário

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO E PÓS- INFORMADO

Prezado Senhor (a)

Meu nome é Denise Lima Nogueira sou Discente do Programa de Pós-Graduação Strictu-Sensu (Mestrado) em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará. Estou desenvolvendo a pesquisa intitulada: pesquisa “Avaliação Responsiva e Construtivista de um Hospital de Ensino do Estado do Ceará”, que tem como objetivo geral analisar o desempenho de um Hospital de Ensino do Estado do Ceará após a contratualização com o Sistema Único de Saúde, na perspectiva da gestão, ensino e pesquisa e atenção à saúde, e como objetivos específicos compreender o desempenho obtido por um hospital de ensino do Ceará quanto aos eixos gestão, ensino e pesquisa e atenção à saúde; identificar a presença de estruturas e práticas qualificadoras da gestão, ensino e pesquisa e atenção à saúde no hospital e sua relação com a contratualização; conhecer os aspectos facilitadores e dificuldades condicionantes para o desempenho de um hospital de ensino nos eixos gestão, ensino e pesquisa e atenção à saúde.

Dessa forma, venho convidar o (a) senhor (a) para participar dessa pesquisa e corroborar a importância de sua participação para obtenção de informações que favorecem o desenvolvimento estratégias para a melhoria do desempenho dos hospitais de ensino. O (a) senhor (a) terá a garantia do anonimato, o direito de retirar seu consentimento caso não deseje continuar participando do estudo, sem sofrer nenhuma discriminação, prejuízo ou dano, assim como conhecimento sobre os resultados dessa pesquisa antes da apresentação e divulgação à comunidade científica sendo resguardado por meio da apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, localizada na Rua Coronel Nunes de Melo, 1127, Fortaleza-CE, (85) 3366-8344. Em caso de dúvida entrar em contato com a pesquisadora responsável pelo projeto no seguinte endereço: Rua Vicente Ferreira da Ponte, 148, Cohab I, Sobral/CE, Fone: (88) 9922-0266 (Denise Lima Nogueira).

Assinatura da pesquisadora

Termo de Consentimento Pós-Informado

Eu, _____, RG _____, declaro que após ter sido esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar da pesquisa intitulada “Avaliação Responsiva e Construtivista de dois Hospitais de Ensino do Estado do Ceará”.

Sobral, _____ de _____ 2014.

Assinatura do (a) participante

APÊNDICE D – ENTREVISTA ABERTA SOBRE O DESEMPENHO DO HOSPITAL DE ENSINO

Questão central: Comente sobre o desempenho obtido pelo hospital em decorrência da certificação como hospital de ensino nos seguintes eixos:

- a) Gestão hospitalar
- b) Políticas prioritárias
- c) Ensino e Pesquisa
- d) Atenção à saúde

ANEXO A – ARTIGO AVALIAÇÃO DOS HOSPITAIS DE ENSINO NO BRASIL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Avaliação dos Hospitais de Ensino no Brasil: uma Revisão Sistemática

Evaluation of Brazil's Teaching Hospitals: a Systematic Review

Denise Lima Nogueira^a
Geison Vasconcelos Lira^a
Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque^a
Márcia Socorro Carneiro Linhares^b

PALAVRAS-CHAVE

- Hospitais de Ensino;
- Avaliação;
- Benchmarking;
- Educação Médica.

KEYWORDS

- Teaching Hospitals;
- Evaluation;
- Benchmarking;
- Medical Education.

RESUMO

Hospitais de ensino (HE) são aqueles que desenvolvem ações de docência, pesquisa e prestação de serviço de alta complexidade, sendo necessárias, portanto, qualidade e integralidade em suas ações, pautadas nos princípios e diretrizes do SUS. Este estudo analisa a produção científica sobre a avaliação dos hospitais de ensino. Foi realizada uma revisão sistemática de julho a setembro de 2013, nas bases de dados eletrônicas Lilacs, Medline e SciELO, utilizando como orientador da busca o descritor "hospitais de ensino" e como critérios de inclusão: artigos que discutissem avaliação dos HEs; desenvolvidos no Brasil; disponíveis na íntegra e em português; e publicados após 2004. Assim, foram incluídos dez artigos que, por atenderem aos nossos interesses de investigação, foram lidos na íntegra e posteriormente discutidos. A revisão indicou que os estudos existentes são insuficientes para avaliar o desempenho dos HEs, sendo necessárias novas pesquisas em outras regiões do País, com abordagens metodológicas qualitativas e mistas para o desenvolvimento dessa avaliação.

ABSTRACT

Teaching hospitals (TH) are settings that develop teaching, research and the provision of high quality complex health services, based on humane and integral care, and on the principles and guidelines of the Brazilian Unified Health System. This study aimed to analyze the existing scientific literature on the evaluation of TH. Therefore, a systematic review was performed from July to September 2013 in the electronic databases Lilacs, Medline and SciELO, using the search descriptor "teaching hospitals", and as inclusion criteria: empirical articles that discuss the TH; developed in Brazil; available in full text and in Portuguese language; published after 2004. Ten articles were included, read in full and subsequently discussed. The literature review suggests that the existing studies are insufficient to evaluate TH performance, demanding more research on the subject in other regions of the country, using qualitative or mixed methods to improve TH evaluation.

Recebido em: 06/04/2014

Aprovado em: 17/10/2014

^a Universidade Federal do Ceará, Sobral, CE, Brasil.

^b Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, CE, Brasil.

ANEXO B – COMPROVANTE DE APROVAÇÃO DO ARTIGO TEORIA E MÉTODO PARA UM DE AVALIAÇÃO DOS HOSPITAIS DE ENSINO NO BRASIL

RBEM - Seu artigo foi avaliado



Revista Brasileira de Educação Médica - RBEM [Adicionar aos contatos](#) 27/07/2015 ▶
Para: deniseh2009@hotmail.com ✉

Uma Publicação da Associação Brasileira de Educação Médica - ABEM 

Revista Brasileira de Educação Médica - RBEM

ISSN (versão impressa) 0100-6502 - ISSN (versão online) 1981-5271

Prezado(a) DENISE LIMA NOGUEIRA,

seu artigo, **TEORIA E MÉTODO PARA UM MODELO DE AVALIAÇÃO DOS HOSPITAIS DE ENSINO NO BRASIL**, acaba de ser **aprovado** pela Editoria da Revista Brasileira de Educação Médica - RBEM.

Lembramos que deve ser encaminhado por correio regular (Av. Brasil, 4036 Sala 1006 - Manguinhos) ou fax (21) - 2260-6662 os seguintes documentos:

- 1- Declaração de autoria conforme modelo disponível no site. Cada autor deve assinar a declaração. Informação sobre o que cada autor realizou no trabalho.
- 2- Declaração sobre conflitos de interesse.
- 3- No caso de pesquisas que envolvem seres humanos nos termos da Resolução 196/96 do CNS, enviar cópia do comprovante de aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP institucional antes do início da pesquisa

Atenciosamente,
Sergio Rego
Editor da Revista Brasileira de Educação Médica - RBEM

Revista Brasileira de Educação Médica - RBEM - ISSN - 0100-5502
Av. Brasil, 4036, sala 1006 - Manguinhos - 21040-361 - Rio de Janeiro - RJ - Fones: (21) 2260-6161 e (21) 2573-0431 - FAX: (21) 2260-6662
revista@educacaomedica.org.br - © Todos os direitos reservados para a Associação Brasileira de Educação Médica - ABEM

Entidade Financiadora


Desenvolvido por ZANDA Multimeios da Informação

ANEXO C – CARTA DE ANUÊNCIA HOSPITAL DE ENSINO



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL
DEPARTAMENTO DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO
SUBCOMISSÃO DE PESQUISA

Sobral-Ce, 30 de Maio de 2014.

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos que o Projeto de Pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, intitulado “**Avaliação Responsiva e Construtivista de Dois Hospitais de Ensino do Estado do Ceará**”, sob responsabilidade do orientador Dr. Geison Vasconcelos Lira obedece ao protocolo para realização de pesquisa desta instituição, obtendo **Parecer Favorável** desta subcomissão para sua realização. A pesquisa foi submetida ao DEPE (Departamento de Ensino, Pesquisa e Extensão) no mês Maio/2014 e terá como campo de coleta de dados a Santa Casa de Misericórdia de Sobral, durante os meses de julho a setembro de 2014, conforme cronograma anexo.

Atenciosamente,

 Prof. Dr. Luiz Derwal Sales Júnior
Diretor do Departamento de
Ensino, Pesquisa e Extensão

ANEXO D – CARTA DE ANUÊNCIA SECRETARIA DE SAÚDE CONTRATUANTE



PREFEITURA DE SOBRAL
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO CIENTÍFICA

DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE Nº 050/2014

Declaramos ter ciência dos objetivos e metodologia do projeto de pesquisa classificado como Dissertação de Mestrado intitulado – AVALIAÇÃO RESPONSIVA E CONSTRUTIVISTA DE DOIS HOSPITAIS DE ENSINO DO ESTADO DO CEARÁ, desenvolvida por Denise Lima Nogueira do Mestrado Acadêmico em Saúde Família/UPC/Sobral, sob orientação do Prof. Dr. Geison Vasconcelos Lira.

Na condição de instituição co-participante do projeto supracitado concordamos em autorizar a realização da coleta de dados do estudo junto aos membros da comissão de acompanhamento da contratualização da Santa Casa de Misericórdia de Sobral enquanto hospital de ensino, mediante pactuação prévia entre a pesquisadora e a presidente desta comissão quanto à escolha dos melhores dias e horários para realização da coleta de informações.

Ressaltamos que esta autorização **NÃO** desobriga a pesquisadora de solicitar anuência aos participantes do estudo, devendo estes serem convidados a participar da pesquisa mediante ciência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e autorização da participação com assinatura do Termo de Consentimento Pós-informado. Esta prerrogativa se baseia nas determinações éticas propostas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS/MS, as quais, enquanto instituição co-participante, nos comprometemos a cumprir.

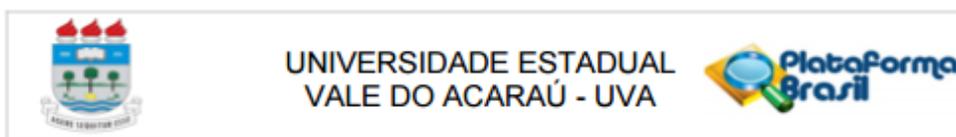
Esta autorização está condicionada à aprovação prévia da pesquisa supracitada por um Comitê de Ética em Pesquisa. O descumprimento desse condicionamento assegura-nos o direito de retirar esta anuência a qualquer momento da pesquisa.

Sobral, 14 de Agosto de 2014

Profa. Dra. Maristela Inês Osawa Vasconcelos
Coordenação da Comissão Científica

COMISSÃO CIENTÍFICA
Escola de Formação em Saúde
da Família Visconde de Sabóia
SECRETARIA DA SAÚDE

ANEXO E – PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO RESPONSIVA E CONSTRUTIVISTA DE UM HOSPITAL DE ENSINO DO ESTADO DO CEARÁ

Pesquisador: DENISE LIMA NOGUEIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 37096214.9.0000.5053

Instituição Proponente: Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 842.458

Data da Relatoria: 15/10/2014

Apresentação do Projeto:

Projeto de dissertação de mestrado em saúde da família ofertado pela UFC campus Sobral, em parceria com a Escola de Formação em Saúde da Família e Universidade Estadual Vale do Acaraú. Tratar-se-a de uma pesquisa avaliativa, descritiva e exploratória, de abordagem qualitativa em um Hospital de Ensino do Estado do Ceara. Para tal se utilizara o modelo de Avaliacao de Quarta Geracao de Guba e Lincoln (1989).

Objetivo da Pesquisa:

- Analisar o desempenho de um Hospital de Ensino do Estado do Ceara apos a contratualizacao com o Sistema Unico de Saude, na perspectiva da gestao, ensino e pesquisa e atencao a saude.
- Compreender o desempenho obtido por um hospital de ensino do Ceara quanto aos eixos gestao, ensino e pesquisa e atencao a saude;
- Identificar a presença de estruturas e praticas qualificadoras da gestao, ensino e pesquisa e atencao a saude no hospital e sua relacao com a contratualizacao;
- Conhecer os aspectos facilitadores e dificuldades condicionantes para o desempenho de um hospital de ensino nos eixos gestao, ensino e pesquisa e atencao a saude.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Toda pesquisa envolve riscos em menor ou maior grau e que o pesquisador deverá envendar

Endereço: Av Comandante Maurocécio Rocha Ponte, 150
 Bairro: Derby CEP: 62.041-040
 UF: CE Município: SOBRAL
 Telefone: (88)3677-4255 Fax: (88)3677-4242 E-mail: uva_comitedeetica@hotmail.com



UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA



Continuação do Parecer: 842.458

esforços para minimizá-los ao máximo e ponderar entre estes e os benefícios. Neste caso específico, a pesquisa envolve riscos mínimos e os benefícios embora indiretos, sobrepe aos riscos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa bem delimitada metodologicamente e de relevância para o SUS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os Termos obrigatórios estão presentes e adequados de modo a permitir apreciação ética sobre estes.

Recomendações:

Enviar relatório final para este CEP. O relatório final deverá ser enviado utilizando-se do botão -Notificações-, como Notificação de Evento, no item - Enviar Notificação-, guia disponível no menu - Ajuda-, Guia De Orientação Para Inserção De Notificação De Evento.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Após apresentação e discussão do projeto no colegiado do CEP, ficou decidido pela aprovação da relatoria devendo a pesquisadora atentar para o envio do relatório final.

SOBRAL, 22 de Outubro de 2014

Assinado por:
CIBELLY ALINY SIQUEIRA LIMA FREITAS
(Coordenador)

Endereço: Av Comandante Maurocéllo Rocha Ponte, 150
Bairro: Derby CEP: 62.041-040
UF: CE Município: SOBRAL
Telefone: (88)3677-4255 Fax: (88)3677-4242 E-mail: uva_comitedeetica@hotmail.com