



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
SUPERINTENDÊNCIA DE RECURSOS HUMANOS  
MESTRADO PROFISSIONAL EM POLÍTICAS PÚBLICAS E  
GESTÃO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR**

**REGINA CÉLIA GOMES**

**A VISÃO DE GESTORES E PROFESSORES SOBRE  
AS PRÁTICAS DE ENSINO E GESTÃO NO HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO CEARÁ**

**FORTALEZA  
2010**

REGINA CÉLIA GOMES

A VISÃO DE GESTORES E PROFESSORES SOBRE  
AS PRÁTICAS DE ENSINO E GESTÃO NO HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO CEARÁ

Dissertação apresentada à Coordenação do Curso de Mestrado Profissional em Políticas Públicas e Gestão de Educação Superior da Universidade Federal do Ceará, como requisito básico para obtenção de título de Mestre em Gestão da Educação Superior. Área de concentração: Gestão Estratégica.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Ana Maria Iório Dias

Fortaleza  
2010

G617g Gomes, Regina Célia

A gestão e as práticas de ensino: um estudo no Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará, na visão de gestores e professores / Regina Célia Gomes. - 2010.

167 f. : il. ; 31 cm.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Gestão de Educação Superior, Fortaleza (CE), 2010.

Orientação: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Ana Maria Iório Dias.

1 - Hospitais de Ensino – Organização e Administração. 2 - Educação Médica – Organização e Administração. 3 - Hospitais Universitários – Organização e Administração. I - Dias, Ana Maria Iório (Orient.). II - Universidade Federal do Ceará. Pós-Graduação em Políticas Públicas e Gestão de Educação Superior. III - Título.

CDD 610.70981

REGINA CÉLIA GOMES

A VISÃO DE GESTORES E PROFESSORES SOBRE  
AS PRÁTICAS DE ENSINO E GESTÃO NO HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO CEARÁ

Dissertação apresentada à Coordenação do  
Curso de Mestrado Profissional em Políticas  
Públicas e Gestão de Educação Superior da  
Universidade Federal do Ceará, como requisito  
básico para obtenção de título de Mestre em  
Gestão da Educação Superior. Área de  
concentração: Gestão Estratégica

Aprovada em: 31/08/2010.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Ana Maria Iório Dias (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Dr Miguel Ângelo Nobre e Sousa  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Maria do Socorro de Sousa Rodrigues  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Rosilea Alves de Sousa  
Faculdade Integrada do Ceará (FIC)

A todos que lutam e contribuem para uma gestão  
hospitalar pública eficiente e de qualidade.

À minha mãe.

## AGRADECIMENTOS

Concluir a tarefa de defender esta dissertação de mestrado foi um grande desafio para mim. Nesta finalização o sentimento mais forte que me envolve é o do reconhecimento, sejam de instituições ou pessoas, todas muito especiais para mim.

Agradeço a Deus e a toda minha família sempre muito atenta a mim.

Agradeço sinceramente, ao Hospital Universitário Walter Cantídio, que me permitiu realizar este estudo e minha dedicação e realização no trabalho, mas em especial ao seu diretor geral, professor Sílvio Furtado, a quem quero homenagear, pois considero um grande privilégio conviver e compartilhar seu dia a dia de trabalho, suas sábias orientações, sua competência, sensibilidade e honestidade. Por sempre ter acreditado em mim, muitas vezes mais do que eu mesma, acompanhando meu amadurecimento profissional e pessoal.

Meu especial agradecimento à Universidade Federal do Ceará, pela oportunidade deste mestrado, aliado a todos os professores e amigos que compuseram o curso.

Agradeço com carinho especial à minha orientadora professora Ana Maria Iório Dias pela amizade, pelo apoio, pelas suas brilhantes orientações e pela confiança depositada.

Sem a possibilidade de nomear a todos que estiveram direta ou indiretamente me auxiliando, agradeço com carinho especial a todos os professores e gestores que responderam a esta pesquisa.

Agradeço a Rosa Ângela Falcão pelo apoio e recomendações. Ao professor João Welliandre, pelas valorosas sugestões durante o desenvolvimento deste trabalho.

Obrigada aos amigos que compreenderam minha ausência do convívio, especialmente à Célia Rolim.

Agradeço ainda, de um modo especial aos membros que compuseram a minha banca pelas relevantes contribuições.

Por último, agradeço a duas pessoas que considero muito importantes para a realização deste sonho, a professora Fátima Freire, primeira coordenadora do curso, que me acolheu e colocou na minha frente esta oportunidade e a professora Maria do Socorro de Sousa que com seu acúmulo de luz e generosidade, contribuiu desde o início até o final, com o alicerce e aprimoramento deste trabalho.

## RESUMO

Os Hospitais de Ensino têm papel fundamental e estratégico para o Sistema Único de Saúde, para cumprirem sua missão na assistência, ensino e pesquisa contribuindo para o desenvolvimento deste sistema, como referencia em alta complexidade e pólo formador de recursos humanos em saúde, necessitam de alternativas que possibilitem o fortalecimento e sustentabilidade dessas unidades acadêmicas. Este estudo traz como objetivo investigar a gestão e as práticas de ensino em saúde na visão dos gestores e professores no Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) da Universidade Federal do Ceará (UFC). A metodologia utilizada no estudo apresenta características de uma pesquisa com métodos múltiplos. Foi aplicado um questionário aos gestores e professores totalizando 57 pesquisados, sendo 40 gestores e 17 professores. O estudo identificou e analisou um conjunto de 36 determinantes com potencialidades para influenciar positivamente uma gestão sustentável e boas práticas de ensino no HUWC. Os determinantes estão relacionados com os principais atores do processo que são o Ministério de Educação, o HUWC, UFC, o Sistema Único de Saúde e o Ministério da Saúde e as práticas de ensino. Em 27 determinantes houve convergência na visão dos gestores e professores, e 09 divergências. Os maiores graus de convergências foram a falta de concurso público para reposição das aposentadorias e a consequente contratação de serviços prestados, que traz como consequência grande repercussão financeira comprometendo a sustentabilidade da gestão. Outro percentual relevante de concordância foi que, apesar da crise financeira em todas as dimensões, o ensino no HUWC ainda garante boa formação de profissionais de saúde. A defasagem da tabela do SUS, que contribui para a falta de sustentabilidade da gestão e redução da qualidade do ensino também obteve alto percentual de concordância dos professores e gestores respectivamente. Os resultados mostram 25% do total de divergência, ficando os maiores percentuais com as questões relacionadas com a política de RH estabelecida pelo MEC que contempla recursos para treinamento e capacitação. Para o grupo de professores e gestores a divergência relacionada com o comprometimento dos servidores técnico-administrativos com o HUWC também obteve alto percentual. Outra divergência relevante entre professores e gestores foi que o HUWC contempla boas práticas de ensino de acordo com as diretrizes curriculares para os cursos de graduação. Dentre outras conclusões, esta pesquisa revelou necessidade de um novo modelo de gestão, complementação do quadro funcional, conhecimento de gestão e programas de capacitação e formação para gestores e professores, reconhecimento da importância do HUWC pelo gestor local do SUS, acompanhamento permanente dos residentes pelos preceptores e fortalecimento de pesquisas clínicas são encaminhamentos para solução de alguns problemas relacionados com a gestão sustentável e boas práticas de ensino.

**Palavras-chave:** Hospitais de Ensino. Gestão Hospitalar. Gestão e práticas de ensino.

## ABSTRACT

Teaching hospitals have a key and strategic role for the National Health System to fulfill its mission of giving assistance, teaching and developing research to contribute to the development of the system. To serve as reference to the high complexity and the forming base for the human resources in health care it is necessary to find alternatives to fortify and sustain those academic units. The goal of this study is to investigate the management and teaching tools from the point of view of managers and professors in the *Hospital Universitário Walter Cantídio* (HUWC) from the *Universidade Federal do Ceará* (UFC). The methodology used in this study presents characteristics of research with multiple methods. A questionnaire was sent to all the managers and professors (57 subjects responded). Out of those 57, 40 were managers and 17 professors. The study identified and analyzed a group of 36 determinants with potential to positively influence sustainable management and good teaching tools in the HUWC. The determinants are related to the main entities which are the Department of Education, HUWC, UFC, National Health System and Department of health and teaching tools. In 27 of the determinants there were convergences in the opinion of the managers and professors, and 09 divergences. The biggest convergences were the lack of an entrance exam to replace people that got retired and as a consequence they ended up contracting services rendered and as a consequence the high costs compromise the sustainability of the management. Another relevant topic which was agreed upon is that, despite the financial crises in all dimensions, the teaching in HUWC is still able to form health professionals of good quality. The discrepancy in the chart of the National Health System which contributed to the lack of sustainability of the management and lowering the quality of teaching tools was also agreed upon by a high percentage of professors and managers. The results show 25% of divergences, most of them were related to the politics of Human Resources which are determined by the Ministry of Education. Most of these policies are related to the purpose of capacity building and training. For the group of professors and managers the divergence related to the commitment of the administrative workforce with the HUWC also obtained a high percentage. Other important divergence for professors and managers was that the HUWC contemplates good teaching practices according to curricular guidelines to graduate courses. The research showed the necessity of a new management model, complementing the workforce, the development of management and programs for capacity building and forming new managers and professor. The research also shows how important the HUWC is for its local management and the importance and necessity of monitoring the residents and fortifying clinical researches. These were some of the ways found to solve some of the problem related to a sustainable management and good teaching tools.

**Key-Words:** Teaching Hospitals. Hospital Management. Management and teaching tools.

## LISTA DE GRÁFICOS

1 – Comprometimento da receita SUS com pagamento de pessoal, 2008.....	53
2 – Contribuição de recursos disponibilizados pelo MEC para modernização gerencial e tecnológica do HUWC .....	82
3 – Adequação das políticas formuladas para os hospitais financiados pelo MEC.....	83
4 – Propostas do MEC de mecanismos de saneamento para liquidar a dívida do HUWC.	84
5 – Recursos do MEC contemplam treinamento e capacitação na política de RH.....	85
6 – Adequação do modelo de gestão para os HU´s oficializada pelo MEC.....	87
7 – Comprometimento da sustentabilidade da gestão em consequência da falta de concurso público devido à utilização do uso de recursos para contratação própria.....	88
8 – Cobrança de indicadores para avaliação do desempenho do HUWC pelo MEC.....	90
9 – Sustentabilidade do HUWC é garantida através da metodologia de distribuição de recursos pelo MEC.....	91
10 – Avaliação da gestão do HUWC através de indicadores.....	92
11 – Habilidades e competência para gestão como critérios para escolha dos gestores nos diversos níveis.....	94
12 – Autonomia plena da direção do HUWC.....	95
13 – Adequação do modelo de gestão do HUWC.....	97
14 – Contribuição para a sustentabilidade e as boas práticas de ensino do HUWC com captação de recursos das pesquisas clínicas.....	98
15 – Comprometimento dos servidores/funcionários técnico-administrativos com HUWC	99
16 – Comprometimento dos servidores/funcionários da área assistencial com o HUWC....	100
17 – Conhecimento de gestão pelo professor.....	101
18 – Desperdício prejudica a sustentabilidade do HUWC.....	102
19 – Sustentabilidade do HUWC ampliada com a contribuição de serviços inovadores.....	103
20 – Avaliação da direção do HUWC das práticas de ensino através de indicadores.....	105
21 – Contribuição da integração Reitoria - HUWC para a sustentabilidade da gestão .....	106
22 – Contribuição para a falta de sustentabilidade pela complexidade da missão do HUWC – ensino, pesquisa e assistência.....	108
23 – Favorecimento das boas práticas de ensino no HUWC para modernização tecnológica e revitalização da estrutura física.....	109
24 – Garantia de uma boa formação de profissionais de saúde, apesar da crise financeira e estrutural do HUWC.....	110
25 – Falta de sustentabilidade da gestão e redução da qualidade do ensino devido à defasagem da tabela SUS.....	112

26 – Comprometimento da política de investimento sustentável da instituição devido à falta de reconhecimento da gestão da importância do HUWC.....	113
27 – Desequilíbrio econômico financeiro do HUWC, devido à falta de resolutividade do sistema de saúde na assistência primária e secundária.....	114
28 – Acompanhamento sistemático da contratualização pelos gestores locais do SUS.....	116
29 – Interesse pelas áreas de pesquisa e ensino pelos gestores locais do SUS.....	117
30 – Adequação da forma de financiamento proposta pelo M.S com previsão de recursos extras para ensino e pesquisa.....	119
31 – Acompanhamento dos serviços prestados pelo HUWC, para ajustes das metas assistenciais pelo gestor local através de serviços ligados ao M.S.....	120
32 – Negociação do M.S para pagamento do excedente da média complexidade.....	121
33 – Contribuição para sustentabilidade da gestão do HUWC através do acompanhamento e supervisão das práticas efetivas dos preceptores.....	123
34 – Contemplação de boas práticas de ensino pelo HUWC, de acordo com as atuais diretrizes curriculares para os cursos de graduação da área de saúde.....	124
35 – Suficiência de preceptores no HUWC, especialmente nos plantões.....	125
36 – Suficiência de materiais médicos e medicamentos no HUWC com qualidade e disponibilidade para boas práticas de ensino no HUWC.....	126
37 – Suficiência de aquisição de novas tecnologias, manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos para as boas práticas de ensino no HUWC.....	127

## LISTA DE QUADROS

1 – Termo de referência da portaria 1006/MEC/MS – Item V – recursos financeiros .....	48
2 – Distribuição dos Hospitais Universitários e de Ensino pelos Estados Brasileiros – Setembro 2009 .....	49
3 – Produção de atividades de ensino nos HU`s Federais em 2008 .....	50
4 – Produção de atividades de pesquisa nos HU`s Federais em 2008 .....	51
5 – Situação financeira de rede de HU`s Federais, 2008 .....	52
6 – Legislação referente à atual política para os Hospitais Universitários e de Ensino .....	60
7 – Leis regulamentares da formação médica no Brasil .....	63

## LISTA DE TABELAS

1 – Custeio: material de consumo .....	30
2 – Custeio: serviços de manutenção e terceiros .....	30
3 – Pessoal: despesas de pessoal .....	31
4 – Distribuição dos HUs dentro da esfera SUS na esfera administrativa federal .....	46
5 – Indicadores de capacidade instalada e de procedimentos realizados pelos HUE 2006 .....	46
6 – Distribuição dos Hospitais Universitários Federais por região – Setembro 2009 .....	54
7 – Distribuição dos Hospitais Universitários Federais por classificação do porte hospitalar – Setembro 2009 .....	54
8 – Indicadores de produção de atividades assistenciais e de complexidade – 2008 .....	55
9 – Contribuição de recursos disponibilizados pelo MEC para modernização gerencial e tecnológica do HUWC.....	81
10 – Adequação das políticas formuladas para os hospitais financiados pelo MEC.....	83
11 – Propostas do MEC de mecanismos de saneamento para liquidar a dívida do HUWC.	84
12 – Recursos do MEC contemplam treinamento e capacitação na política de RH.....	85
13 – Adequação do modelo de gestão para os HU´s oficializada pelo MEC.....	86
14 – Comprometimento da sustentabilidade da gestão em consequência da falta de concurso público devido à utilização do uso de recursos para contratação própria.....	87
15 – Cobrança de indicadores para avaliação do desempenho do HUWC pelo MEC.....	89
16 – Sustentabilidade do HUWC é garantida através da metodologia de distribuição de recursos pelo MEC.....	91
17 – Avaliação da gestão do HUWC através de indicadores.....	92
18 – Habilidades e competência para gestão como critérios para escolha dos gestores nos diversos níveis.....	94
19 – Autonomia plena da direção do HUWC.....	95
20 – Adequação do modelo de gestão do HUWC.....	96
21 – Contribuição para a sustentabilidade e as boas práticas de ensino do HUWC com captação de recursos das pesquisas clínicas.....	98
22 – Comprometimento dos servidores/funcionários técnico-administrativos com HUWC	99
23 – Comprometimento dos servidores/funcionários da área assistencial com o HUWC...	100
24 – Conhecimento de gestão pelo professor.....	101
25 – Desperdício prejudica a sustentabilidade do HUWC.....	102
26 – Sustentabilidade do HUWC ampliada com a contribuição de serviços inovadores.....	103
27 – Avaliação da direção do HUWC das práticas de ensino através de indicadores.....	104

28 – Contribuição da integração Reitoria - HUWC para a sustentabilidade da gestão.....	106
29 – Contribuição para a falta de sustentabilidade pela complexidade da missão do HUWC – ensino, pesquisa e assistência.....	107
30 – Favorecimento das boas práticas de ensino no HUWC para modernização tecnológica e revitalização da estrutura física.....	109
31 – Garantia de uma boa formação de profissionais de saúde, apesar da crise financeira e estrutural do HUWC.....	110
32 – Falta de sustentabilidade da gestão e redução da qualidade do ensino devido à defasagem da tabela SUS.....	111
33 – Comprometimento da política de investimento sustentável da instituição devido à falta de reconhecimento da gestão da importância do HUWC.....	113
34 – Desequilíbrio econômico financeiro do HUWC, devido à falta de resolutividade do sistema de saúde na assistência primária e secundária.....	114
35 – Acompanhamento sistemático da contratualização pelos gestores locais do SUS.....	115
36 – Interesse pelas áreas de pesquisa e ensino pelos gestores locais do SUS.....	117
37 – Adequação da forma de financiamento proposta pelo M.S com previsão de recursos extras para ensino e pesquisa.....	118
38 – Acompanhamento dos serviços prestados pelo HUWC, para ajustes das metas assistenciais pelo gestor local através de serviços ligados ao M.S.....	120
39 – Negociação do M.S para pagamento do excedente da média complexidade.....	121
40 – Contribuição para sustentabilidade da gestão do HUWC através do acompanhamento e supervisão das práticas efetivas dos preceptores.....	122
41 – Contemplação de boas práticas de ensino pelo HUWC, de acordo com as atuais diretrizes curriculares para os cursos de graduação da área de saúde.....	124
42 – Suficiência de preceptores no HUWC, especialmente nos plantões.....	125
43 – Suficiência de materiais médicos e medicamentos no HUWC com qualidade e disponibilidade para boas práticas de ensino no HUWC.....	126
44 – Suficiência de aquisição de novas tecnologias, manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos para as boas práticas de ensino no HUWC.....	127

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANDIFES	– Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior
BSC	– Balanced Scorecard
CAPS	– Caixas de Aposentadoria e Pensão
CDS	– Conselho de Desenvolvimento Social
CNRM	– Comissão Nacional de Residência Médica
FIDEPS	– Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária em saúde
GQT	– Gestão pela Qualidade Total
HE	– Hospital de Ensino
HUs	– Hospitais Universitários
HUE	– Hospital Universitário de Ensino
IFES	– Instituições Federais de Ensino Superior
INPS	– Instituto Nacional de Previdência Social
MEC	– Ministério da Educação e Cultura
MS	– Ministério da Saúde
MPAS	– Ministério do Trabalho e Previdência Social
OMS	– Organização Mundial da Saúde
PPA	– Plano de Pronta Ação
PIASS	– Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento
REHUF	– Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
RJU	– Regime Jurídico Único
RPA	– Recibo de Pagamento à Autônomo
RS	– Rio Grande do Sul
SAMDU	– Serviços de Assistência Médica Domiciliar de Urgência
SAMEAC	– Sociedade de Assistência à Maternidade Escola Assis Chateaubriand
SAS	– Secretaria de Atenção à Saúde
SECEX	– Secretaria Geral de Controle Externo
SESP	– Serviço Especial de Saúde Pública
SIPAC	– Sistema Integrado de Procedimentos de Alta Complexidade
SNS	– Sistema Nacional de Saúde
SUS	– Sistema Único de Saúde
TCU	– Tribunal de Contas da União
UFMG	– Universidade Federal de Minas Gerais
UFC	– Universidade Federal do Ceará

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	16
<b>2</b>	<b>ESTADO DA ARTE</b> .....	34
<b>2.1</b>	<b>O Sistema de Saúde no Brasil e as Políticas Nacionais</b> .....	36
<b>2.1.1</b>	<i>A Evolução nas políticas e no sistema de saúde no Brasil</i> .....	36
<b>2.1.2</b>	<i>O Sistema de Saúde no Brasil – SUS</i> .....	38
<b>2.2</b>	<b>O hospital, sua evolução histórica e caracterização dos hospitais de ensino e universitários</b> .....	40
<b>2.2.1</b>	<i>A Evolução do hospital, conceito e função</i> .....	40
<b>2.2.2</b>	<i>Caracterização dos hospitais de ensino</i> .....	43
<b>2.2.3</b>	<i>Caracterização dos hospitais universitários</i> .....	45
<b>2.2.4</b>	<i>Financiamento e gestão dos hospitais universitários</i> .....	47
<b>2.2.5</b>	<i>Políticas para os hospitais universitários e de ensino</i> .....	56
<b>2.3</b>	<b>Práticas de ensino na formação médica e ferramentas para gestão sustentável</b> .....	61
<b>2.3.1</b>	<i>Práticas de ensino na formação médica</i> .....	61
<b>2.3.2</b>	<i>Ferramentas para gestão sustentável</i> .....	64
<b>2.3.2.1</b>	<i>Planejamento estratégico/práticas de estratégias em empresas hospitalares</i> .....	64
<b>2.3.2.2</b>	<i>Gestão pela qualidade total aplicada a hospitais</i> .....	68
<b>2.3.2.3</b>	<i>A importância da gestão de custos em hospitais</i> .....	71
<b>2.3.2.4</b>	<i>Tecnologia da informação aplicada à gestão hospitalar</i> .....	73
<b>2.3.2.5</b>	<i>BSC como ferramenta gerencial nas organizações hospitalares</i> .....	74
<b>2.3.2.6</b>	<i>A gestão de pessoas como ferramenta estratégica para a administração eficiente no hospital</i> .....	75
<b>2.3.3</b>	<i>Sustentabilidade e o contexto econômico</i> .....	76
<b>3</b>	<b>A PESQUISA REALIZADA: RESULTADO E ANÁLISE DOS DADOS</b> .....	81
<b>3.1</b>	<b>Resultado e análise dos dados</b> .....	81
<b>3.1.1</b>	<i>Determinantes relacionados com a política do Ministério da Educação MEC</i> ....	81
<b>3.1.2</b>	<i>Determinantes relacionados com a gestão da direção do hospital universitário</i> ..	92
<b>3.1.3</b>	<i>Determinantes relacionados com a Universidade Federal do Ceará</i> .....	106
<b>3.1.4</b>	<i>Determinantes relacionados com o Hospital Universitário Walter Cantídio</i> .....	107

<b>5</b>	<b><i>Determinantes relacionados com o sistema de saúde vigente – SUS</i></b> .....	111
<b>3.1.6</b>	<b><i>Determinantes relacionados com a política do Ministério da Saúde</i></b> .....	118
<b>3.1.7</b>	<b><i>Determinantes relacionados com as práticas de ensino do HUWC</i></b> .....	122
<b>4</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	129
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	135
	<b>APÊNDICES</b> .....	141
	<b>ANEXOS</b> .....	156

## 1 INTRODUÇÃO

As organizações de saúde vêm sofrendo grandes transformações devido a vários fatores importantes, como o avanço da indústria farmacêutica, a alta tecnologia dos equipamentos médico-hospitalares e o alto custo para mantê-los.

As últimas décadas testemunharam uma série de avanços do conhecimento e da tecnologia em saúde. A terapia genética, as técnicas invasivas e a telemedicina exemplificam bem a transformação deste conhecimento, no entanto estes avanços coexistem com doenças como AIDS, malária, tuberculose e outras, trazendo dificuldades para a capacidade de atendimento dos serviços de saúde, e em especial, para os hospitais públicos e de ensino.

Os escassos recursos investidos na área de saúde e educação contribuem para a redução da qualidade e resolubilidade da prestação dos serviços hospitalares. Agrega-se a este cenário, a complexa estrutura político-administrativa estabelecida pela Constituição Federal de 1986, responsável pela mudança do sistema de saúde no Brasil com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS), tornando autônomas as três esferas de governo.

Por ser o hospital a mais complexa das empresas, este tem sido analisado a partir de múltiplos e diferentes enfoques: porte, missão, vinculação com o sistema de saúde, complexidade e outras. Além disso, os hospitais, e em especial os universitários, tem dentre suas funções a de formação de profissionais de saúde. Segundo Médice (2001, p.149-150), o hospital universitário está caracterizado por:

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

Sobre a missão dos Hospitais Universitários (HUs), percebe-se a notória heterogeneidade denotada pelas múltiplas atribuições, vínculos e atores envolvidos nestas instituições, implicando assistência à saúde e ensino e pesquisa acadêmica. Não podemos caracterizar os HUs somente como instituições de ensino, público federal. É importante que o aspecto gestão seja considerado para a própria sobrevivência da organização. Pela grandeza de sua missão e a escassez de recursos para manutenção dos mesmos, estes hospitais

necessitam de estratégias efetivas e de um sistema de gestão que garanta sua sustentabilidade aliada ao ensino de qualidade.

O desafio da gestão pública do setor saúde e dos HUs assenta-se em políticas de formação formuladas pelo Ministério da Educação e Cultura - MEC e Ministério da Saúde - MS, registradas e ordenadas pela Constituição Nacional, sustentadas pelos princípios e diretrizes norteadoras do SUS, que tem seu financiamento expresso através de montantes insuficientes para a proposta do sistema.

O modelo de ensino e gestão dos HUs tem sido motivo de muitas discussões, sendo difícil a avaliação da relação do binômio ensino-gestão.

Na perspectiva de Machado e Kuchenbecker (2007), mais importante do que a polarização do debate entre a “desospitalização” do ensino, e a oposição ao modelo “hospitalocentrico” é uma contextualização muito mais ampla, cabendo fortalecer a sustentabilidade organizacional dos HUs, na qual deverão ser incluídos mecanismo de saneamento financeiro, indicadores de avaliação e gestão, transparência e responsabilidade social.

Os responsáveis pelo ensino nos HUs têm se mostrado comprometidos com muitos tipos de interesse, exceto com a gestão, permanecendo alheios à organização da administração destes hospitais e mostrando-se impermeáveis às questões de gerenciamento dos serviços clínicos. Segundo Feuerwerker (2002) e Feuerwerker, Lianos e Almeida (1999), as instituições formadoras de profissionais de saúde têm perpetuado modelos essencialmente conservadores, pautados em um sistema orgânico e tecnológico especializado, que depende de apóio diagnóstico e terapêutico para a realização do ensino, jamais extrapolando este ensino para o domínio da gestão, deixando de contribuir assim para a sustentabilidade dos HUs.

Segundo Feuerwerker e Ceccim (2004), o processo que envolve a área de saúde, no que diz respeito à formação deveria ter um direcionamento estruturado na problemática do processo de trabalho, levando em consideração as práticas profissionais e a organização para que se estabeleçam condições de atender as necessidades da coletividade.

Sendo assim, quanto aos aspectos de organização dos serviços clínicos, mais especificamente o cuidado para com a saúde e o ensino dentro dos HUs, percebe-se que o modo como foram estruturados dá ênfase exclusivamente ao ensino, configurando assim um dos maiores problemas para o cotidiano das relações ensino – gestão e sobrevivência da organização.

A formação dos profissionais no que se refere à matriz curricular dos cursos de saúde dentro dos HUs contempla pouca preocupação com a organização e estruturação do gerenciamento do cuidado com a saúde, não permitindo que isto seja incorporado ao aprender e ao ensinar, deixando de oportunizar a formação de profissionais da área de saúde com visão voltada para um contexto assistencial e gerencial.

Conforme Fontinele Júnior (2002, p. ix), o desenvolvimento da “estrutura institucional dos serviços de saúde ainda continua sendo vista por alguns profissionais de saúde como “**estranha**” ao desenvolvimento do labor encontrado em instituições ligadas à saúde de forma geral”. Como pode haver um bom atendimento, trabalho ou tarefa realizada sem que tenha sido planejada, organizada, executada, avaliada, ou seja, administrada?

A intenção de investigar pontos determinantes que contribuam para uma gestão eficiente e sustentável e um ensino de qualidade no HU se deve ao fato da minha atuação em cargo diretivo do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) que me permitiu conhecer a crise financeira vivenciada pelo hospital e também perceber a quantidade de situações conflitivas geradas pelo desconhecimento da atuação gestora de alguns profissionais, especialmente os professores. Muitas vezes esta atuação tem assento somente nas instâncias máximas para a tomada de decisão quando já se instalou um conflito entre o ensino e a gestão. Assim, consideramos que a pesquisa a ser realizada é importante, sendo o seu resultado uma grande contribuição para o aperfeiçoamento da gestão, a sustentabilidade e qualidade no ensino dos HUs.

Esta pesquisa pretende responder inquietações teórico-práticas de minha vivência profissional, visto que atuando sempre como gestora em hospitais públicos e gerenciando um hospital de ensino, participei de várias discussões sobre as situações didáticas, administrativas e de uma gestão sustentável e as boas práticas de ensino nestas instituições.

Alguns determinantes impactam diretamente na eficiência da gestão, sua sustentabilidade e qualidade do ensino na organização hospitalar. Parece evidente que os investimentos em aporte tecnológico, revitalização da estrutura física, modernização gerencial e capacitação dos gestores são determinantes imprescindíveis para a sustentabilidade e qualidade de ensino nos HUs; no entanto, o gerenciamento dos serviços clínicos, a avaliação do desempenho destes serviços através de indicadores, trará retorno dos investimentos às partes interessadas, ou seja, gestores, professores, alunos e as instituições envolvidas com os HUs.

Os diversos entendimentos e abordagens que norteiam uma gestão eficiente e sustentável e as boas práticas de ensino necessitam **ser identificados** por todos os níveis da organização para que o modelo de gestão se ajuste às necessidades e à missão da organização. E neste enfoque, tais determinantes assumem um papel vital como meio para viabilizar resultados.

No comportamento dos professores no âmbito do HUWC está evidenciado grande compromisso com o ensino, no entanto, percebe-se que o mesmo não acontece com a gestão, ou seja, não existe preocupação de um modo geral com indicadores de qualidade e produtividade como, por exemplo, casos de pacientes internados que ficam muitas vezes, com um maior tempo para tratamento, caracterizando o que chamamos de média de permanência a maior, tudo isto em função do ensino, mesmo que vá contribuir para a falta de sustentabilidade do hospital.

Não existe um acompanhamento e preocupação por parte dos preceptores com os processos administrativos que implicam desperdícios ou prejuízos para a gestão, como por exemplo, o excessivo pedido de exames que muitas vezes não contribuem para o tratamento. A grande preocupação é ensinar como tratar as patologias, o que é louvável. Porém, com a crise financeira vivenciada pelo HUWC e a demanda pelo aumento de eficiência e de produtividade hospitalar por pressões externas, exige-se uma responsabilização interna de todas com os gastos dos serviços.

A saúde pública caracteriza-se como um setor da sociedade com o enfoque voltado para o social. Os agentes do ensino e gestão dentro dos HUs, muitas vezes, desenvolvem suas atividades sempre com finalidade não lucrativa; porém, os HUs têm se destacado pelas dificuldades de equilíbrio entre receitas e despesas, sobretudo em face das limitações de financiamento pelo SUS.

Um hospital precisa ser administrado de maneira profissional-empresarial para que sobreviva, haja vista que saúde demanda um gasto monetário excessivo e manter essas organizações também. Desta forma, ratificando que os determinantes da gestão-ensino são fundamentais para o desenvolvimento de qualquer organização, faz-se a seguinte pergunta: **Quais os pontos de convergência e divergência no ensino e na gestão, para sustentabilidade e qualidade do ensino, na visão dos gestores e dos professores?**

O presente trabalho tem como **objetivo geral** investigar a gestão e as práticas de ensino em saúde na visão dos gestores e professores em um hospital público de ensino. Os **objetivos específicos** do estudo são identificar quais os determinantes mais relevantes para

uma gestão sustentável e as boas práticas de ensino na percepção dos gestores e professores e analisar os pontos de convergência e divergência na visão dos gestores e professores para uma gestão sustentável e boas práticas de ensino.

Quanto à **relevância da pesquisa**, os hospitais universitários enfrentam uma grande crise financeira por serem os únicos espaços de produção e disseminação do conhecimento conjugados com assistência e pesquisa. Portanto, investigar caminhos em direção à sustentabilidade destas instituições e as boas práticas de ensino através de pesquisa com seus atores é uma iniciativa oportuna, pois os estudos científicos sobre gestão e práticas de ensino são ainda incipientes, de maneira que esta pesquisa oportunizará o fomento para novas pesquisas.

Tradicionalmente, pesquisas científicas beneficiam o meio acadêmico, e certamente uma pesquisa em hospital de ensino contribuirá para compreensão dos fatos críticos que podem conduzir ao sucesso ou fracasso da gestão e das boas práticas de ensino.

Essa prerrogativa possibilitará a construção de dados quantitativos e qualitativos voltados às mesas de discussão para o estabelecimento de prioridades da gestão e boas práticas de ensino. Ademais, o estudo tem relevância no sentido de seu alcance final para o modelo de uma gestão sustentável e boas práticas de ensino de um hospital universitário de uma IFES.

No que diz respeito à **metodologia**, nosso estudo apresenta características de uma pesquisa **com métodos múltiplos**. Diferenciar pesquisas qualitativas e quantitativas fundamentado em ausência ou presença de quantificação é engano. Existe sempre na pesquisa quantitativa, coleta de material qualitativo.

Percebe-se, então, segundo Bryman (1989), que o fator diferencial parte, por exemplo, da busca de respostas através de uma investigação profunda baseada na percepção do entrevistado, de sua interpretação em meio à sua rotina de trabalho, seu ambiente. É o que caracteriza a pesquisa qualitativa. Já a pesquisa quantitativa não é direcionada nesta perspectiva.

Para a classificação dessa pesquisa, tomou-se como base a taxonomia apresentada por Vergara (2004), que considera dois aspectos: quanto aos fins e aos meios de investigação. Quanto aos fins, a pesquisa caracteriza-se por ser **descritiva** e **exploratória** e quanto aos meios de investigação, será pesquisa de campo e estudo de caso. Segundo a mesma autora, a pesquisa descritiva expõe características de determinada população ou de determinado fenômeno. Pesquisa de opinião insere-se nessa classificação. Segundo Phillips e Pugh (1989)

a pesquisa exploratória envolve o tratamento com um novo problema sobre o qual pouco se conhece e que a idéia de pesquisa não pode ser, no início, formulada muito bem.

A pesquisa utilizou como **técnica o estudo de caso**, que requer profundo exame de um caso ou um número pequeno de casos. A maior restrição ao estudo de caso é a não possibilidade de generalização dos seus resultados. O objetivo de análise qualitativa dos dados, agrupados por meio de uma estatística descritiva, foi pesquisar os determinantes mais relevantes para uma gestão sustentável e boas práticas de ensino na visão dos gestores e professores e, seus pontos de convergência e divergência.

O caráter qualitativo da pesquisa reuniu informações detalhadas de uma situação. A unidade de análise é freqüentemente a organização ou os departamentos e seções da organização ou uma rede de organizações. A análise dos dados descritivos deu-se através de questionários aplicados aos professores e gestores dos diversos serviços do HUWC.

Participaram desta pesquisa 57 responsáveis pelos serviços assistenciais, administrativos, técnicos e pelo ensino no âmbito do HUWC, sendo 40 gestores e 17 professores. O principal critério para a escolha do grupo de professores foi que o profissional estivesse semanalmente em atividades de ensino com alunos. Para o gestor, atribuímos o critério de constituir o grupo responsável pelas decisões estratégicas e/ou operacionais dentro do hospital, sendo este em qualquer nível de hierarquia, incluindo a alta administração.

Os 57 pesquisados apresentaram o seguinte perfil:

- O tempo de formação (graduação) para professor foi de no mínimo 10 anos e máximo de 39 e para gestor o mínimo foi de 2 anos e o máximo de 35.
- O tempo de trabalho na UFC para o professor foi de no mínimo 12 e o máximo de 31, já para gestor o mínimo foi de 1 e o máximo de 35 anos.
- O tempo de trabalho no HUWC para professor foi de no mínimo 3 anos e o máximo de 31 e para o gestor o mínimo de 1 e o máximo de 35 anos.

O instrumento de pesquisa utilizado na coleta de dados foi um questionário. O uso de questionários, quando comparado com as entrevistas, possui algumas vantagens, pois são menos dispendiosos e não consomem muito tempo em sua aplicação. O instrumento de pesquisa usado para a coleta de dados para este estudo foi construído tendo como base o seguinte:

- O resultado da pesquisa Survey elaborado pela Secretaria do Comércio Exterior do Rio Grande do Sul (SECEX-RS) período de 20/07 a 13/09 de 2009,

utilizando a internet com médicos residentes, coordenadores de residência e diretores de HUs.

- O resultado do trabalho de auditoria realizada pela SECEX-RS do Tribunal de Contas da União - TCU nos hospitais universitários vinculados ao Ministério da Educação (RIO GRANDE DO SUL, 2009a).

O instrumento também foi embasado em portarias interministeriais do MEC e MS, legislação vigente do Sistema de Saúde – SUS. Os questionários são idênticos de forma a eliminar variações nas respostas decorrentes da ordem e da forma de fazer as questões. Além disso, a confiabilidade e o anonimato podem ser efetivamente garantidas deixando os respondentes livres de constrangimentos, favorecendo respostas mais verdadeiras (COOPER; SCHINDLER, 2003).

As abordagens comunicacionais (entrevista e questionário) são as mais indicadas quando desejamos tratar assuntos que dizem respeito diretamente ao respondente, ou seja, itens como atitudes, opiniões, expectativas e intenções (COOPER; SCHINDLER, 2003). Um dos pontos fracos do questionário é que, mesmo que os respondentes participem, eles podem não ter o conhecimento exigido para responder o questionário, como faz percepções ou opiniões, não há pré-requisitos de informações ou não ter opinião sobre o assunto em questão. Podem também interpretar uma questão ou conceito de forma diferente daquele pretendido pelo pesquisador (PEDHAZUR; SCHMELKIN, 1991).

Para este estudo foi elaborado um questionário com questões afirmativas fechadas e de múltipla escolha, cujas dimensões das respostas estão divididas em escalas de quatro graus de intensidade, usando de forma clara e objetiva as dimensões da escala de LIKERT (GARLAND, 1991):

- (4) **Concordo totalmente.** Significa que o fator determinante é o mais relevante.
- (3) **Concordo parcialmente.** Significa que o fator determinante não é relevante em sua totalidade.
- (2) **Discordo parcialmente.** Significa que o fator determinante não se aplica em sua totalidade.
- (1) **Discordo totalmente.** Significa que o determinante não se aplica.

No que compete à utilização da escala, para este estudo foi usado apenas quatro graus de intensidade que apontam para a escolha definitiva, sem possibilidades de escolha neutra. Segundo Garland (1991), o uso disseminado de escalas de gradação em

pesquisas sociais e de mercado tem gerado considerável debate sobre o número ótimo de pontos a serem usados. O propósito de uma escala de gradação é permitir aos pesquisados expressarem tanto a direção quanto a intensidade de sua opinião sobre um tópico. Tipicamente, pesquisadores de mercado preferem que os respondedores façam uma escolha definitiva mais do que uma escolha neutra ou intermediária. Por esta razão, uma escala sem um ponto intermediário será preferível, providência esta que não afeta a validade nem a acurácia da resposta.

Os questionários, apesar de exigirem menor tempo de aplicação, demandam muito cuidado em sua elaboração. O cuidado que deve se ter no uso de questionários é na construção da escala de classificação, pois as mesmas são usadas para quantificar avaliações, impressões, julgamentos e percepções de uma pessoa acerca de determinado objeto, contexto entre outras. Segundo Pedhazur e Schmelkin (1991), sua grande popularidade advém da relativa facilidade na sua construção e administração e de sua grande aplicabilidade na medição de quase tudo que se possa imaginar.

O instrumento de pesquisa (Apêndice I) usado para coleta de dados para este estudo foi construído com um olhar abrangente em sete (7) determinantes que mostram os pontos para gestão e práticas de ensino relacionadas com os principais atores responsáveis por este processo. Foram delineados sete determinantes e em cada um deles apresentadas questões na grande maioria afirmativas. Nestes termos, o roteiro para coleta de dados consta do seguinte:

1. Determinantes relacionados com a política do Ministério da Educação e Cultura – MEC;
2. Determinantes relacionados com a gestão do hospital;
3. Determinantes relacionados com a Universidade Federal do Ceará – UFC;
4. Determinantes relacionados com o Hospital Universitário Walter Cantídio – HUWC;
5. Determinantes relacionados com o sistema de saúde vigente – SUS;
6. Determinantes relacionados com a política do Ministério da Saúde;
7. Determinantes relacionados com as práticas de ensino no hospital;

**Determinante 1** – relacionados com a política do Ministério da Educação e Cultura

No que compete a este determinante, os achados poderão contribuir com iniciativas para a gestão estratégica no âmbito das políticas públicas de ensino. Os hospitais

universitários deverão atuar em consonância com a missão da universidade pública, a qual tem sua atuação pautada nas políticas e diretrizes do Ministério da Educação e Cultura. É esse ministério que define e elabora o conjunto de normas a serem seguidas pelas IFES, e conseqüentemente pelos hospitais universitários.

O financiamento e a garantia dos recursos destinados ao ensino, à pesquisa e à assistência devem ser de responsabilidade interministerial (MEC, MS e Ministério da Ciência e Tecnologia).

### **Determinante 2** – relacionados com a gestão do hospital universitário

As interpretações dos dados decorrentes destes determinantes resultarão em ações do grupo gestor para correção dos pontos fracos da gestão hospitalar. A administração pública precisa ser eficiente e os objetivos traçados deverão ser claros e pautados nas melhorias desejadas para uma administração pública de qualidade relacionada com desempenho.

Os dirigentes dos HUs administram estas unidades com as mesmas regras oriundas dos ambientes dos IFES, portanto, são grandes os desafios de conceituação e financiamento.

### **Determinante 3** – relacionados com a Universidade Federal do Ceará

A partir da década de 1990, em função dos ajustes fiscais, houve cortes orçamentários e conseqüente redução de investimento educacional, tendo conseqüência o sucateamento do sistema universitário federal. Na Universidade Federal do Ceará não foi diferente. Dados da ANDIFES indicaram que de 1995 a 2001, 54 instituições federais de ensino superior perderam 24% dos recursos para custeio e 77% de recursos para investimento em sala de aula.

Em face deste problema e a outros relacionados com a falta de concepção da alta administração de que o hospital universitário é a grande sala de aula para os cursos de saúde, os resultados destes determinantes servirão para assegurar o vínculo do hospital com a universidade e suas missões educacionais.

### **Determinante 4** – relacionados com o Hospital Universitário Walter Cantídio

O ensino, a pesquisa e a atenção à saúde são independentes em qualquer unidade hospitalar, no entanto este fato não torna os hospitais universitários homogêneos. Segundo Machado e Kuchenbecker (2007), o conjunto de hospitais de ensino no Brasil é composto por

organizações heterogêneas devido a diversos aspectos, como tipo de unidade, natureza jurídica, esfera administrativa, número de leitos, complexidade das ações desenvolvidas e etc.

Cada hospital universitário tem sua história e sua cultura. O HUWC tem sua lógica de ordenação por departamento que se organizou pela lógica médica de suas especialidades e muitas vezes pelo prestígio, poder e conhecimentos dos que fizeram ou fazem parte deste, favorecendo assim a falta de equilíbrio financeiro da instituição.

**Determinante 5** – relacionados com o sistema de saúde vigente, o SUS

Na prática, os hospitais totalmente financiados pelo SUS sofrem dificuldades sistêmicas e operacionais quanto ao fluxo de financiamento e a defasagem da tabela de remuneração do SUS. Agrega-se a este cenário um lapso temporal entre a prestação dos serviços, recebimento de receita e a efetiva despesa com os procedimentos que favorecem ao desequilíbrio financeiro do HUWC.

Não existe interesse por parte dos gestores locais com pesquisa e ensino do HUWC, e o funcionamento inadequado da rede básica e dos serviços de referência e contra-referência impacta negativamente no HUWC.

**Determinante 6** – relacionados com a política do Ministério da Saúde

O Hospital Universitário Walter Cantídio tem seu financiamento oriundo da contratualização com atendimento 100% SUS, público em sua totalidade. O Ministério da Saúde estabeleceu diretrizes para contratualização e foram criadas as portarias MS/GM nº 1.702/2004, MS/GM nº 1.703/2004, MS/GM nº 2.352/2004, MS/GM nº 2.369/2004 e MS/GM nº 1.631/2006 todas pautadas em políticas e/ou programas nacionais com a lógica da contratualização.

O Ministério da Saúde poderá colaborar e resolver programas de referência e contra-referência com gestor local do SUS potencializando os HUs para serem hospitais de referência para alta complexidade, bem como para a realização de pesquisas e de programas de pós-graduação.

**Determinante 7** – relacionados com as práticas de ensino do HUWC

O HUWC foi certificado como hospital de ensino de acordo com critérios estabelecidos na portaria interministerial nº 2.400 de 02 de outubro de 2007. Por ser hospital

de ensino, tem um papel fundamental de ser um espaço de atendimento especializado, de pesquisa, ensino, residência e pós-graduação.

A sua importância para a saúde pública/privada do país é relevante, pois está sob sua responsabilidade a formação dos profissionais de saúde que atuarão na rede básica, nos hospitais públicos e privados.

Para a tabulação do estudo foi utilizada uma análise descritiva dos dados, embasados em dados estatísticos. Os dados quantitativos foram analisados qualitativamente, tendo como suporte o referencial teórico. Foi realizada leitura minuciosa dos determinantes relacionados com cada ator, separando por grupo de respondente, se professor ou gestor. O passo seguinte foi a análise qualitativa que se deu de acordo com o critério de repetição dos tipos de determinantes e os resultados foram analisados a partir de fundamentação teórica que embasa o trabalho. Fez-se uso do programa SPSS 15.0 (Statistic Package of Social Science), o qual contribuiu na organização das informações e conseqüentemente na construção de interpretações qualificadas.

A análise dos dados tomou como base os maiores percentuais após a somatória das opções de “discordo parcialmente” com “discordo totalmente” e “concordo parcialmente” com “concordo totalmente”, observando a visão dos grupos de gestores e professores.

Quanto às limitações do estudo, esta pesquisa dependeu da contribuição e percepção dos respondentes. O resultado apresentado é uma realidade da percepção dos respondentes, o que necessariamente não corresponde aos fatos, como acontece em qualquer pesquisa por questionário, considerando que cada observador possui um olhar distinto.

A história do Hospital Universitário Walter Cantídio é de resistência e confunde-se com a história da medicina acadêmica do Estado do Ceará. Muitos dos professores, médicos, davam continuidade a sua missão de ensino neste hospital.

Em 1944, o Estado do Ceará iniciou a construção do Hospital Carneiro de Mendonça, que devido a problemas financeiros fora transferido para o Instituto de Ensino Médio que com todo o seu patrimônio, e com mais uma ajuda financeira, passou a ter o compromisso de dar continuidade às obras iniciadas e de priorizar instalações para pacientes com doenças infecto-contagiosas. Ali, futuramente seriam as instalações do então Hospital Universitário Walter Cantídio, que em 1952, inaugurava parte do edifício, destinado especificamente a pacientes com doenças infecto-contagiosas e sendo de responsabilidade do Estado. Algumas de suas alas tiveram seus alicerces erguidos em 1955 e a conclusão de todo o complexo se deu em 1957.

Em 1954, foi criada a Fundação Júlio Pinto com a ajuda do Sr. Fernando de Alencar Pinto e do Instituto de Ensino Médico, que tinham dois grandes objetivos: a construção do Instituto Evandro Chagas e a construção de um Hospital das Clínicas para dar suporte a Faculdade de Medicina. A Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza em 1951 abrigou em suas dependências os serviços médicos das disciplinas de Clínica Médica e Cirurgia, quando passou a funcionar como sendo o Hospital-Escola da Faculdade de Medicina.

Esses serviços são considerados os precursores dos atuais serviços do HUWC, pois alguns deles mantiveram as mesmas equipes, relação de hierarquia e organização, até a reforma universitária de 1964, que substituiu as cátedras pelo Sistema Departamental. O chamado “Ciclo da Santa Casa” representou grande realização para todos os que sonhavam com o núcleo hospitalar que garantisse a integração de serviços médicos para diferentes especialidades.

No dia 20 de abril de 1956, foi transferido para a Universidade Federal do Ceará todo o patrimônio do Instituto de Ensino Médico, inclusive toda a construção do Hospital das Clínicas. O reitor, professor Antonio Martins Filho, acelerou o processo de construção do futuro Hospital das Clínicas que foi inaugurado oficialmente em julho de 1959, pelo então Presidente da República Juscelino Kubitschek. Apesar das dificuldades, o Hospital possuía todas as condições para o bom desempenho do ensino.

A organização dos serviços médicos do HUWC originou-se com um grupo de médicos assistentes que se tornaram ocupantes dos cargos de chefia dos serviços, sendo, portanto, coordenadores das disciplinas, chefes dos departamentos, diretores dos centros de saúde e até diretores do Hospital Universitário.

Os serviços eram conhecidos pelo nome dos catedráticos (essa cultura de denominação dos leitos hospitalares do HUWC, sendo o chefe da especialidade considerado “o dono do leito”, é uma prática que acontece até hoje).

Culturalmente, já acontecia a não disponibilidade dos catedráticos nos serviços que dirigiam em virtude da dedicação aos seus consultórios particulares. Os profissionais recebiam treinamento fora do Estado ou mesmo fora do Brasil e todo esse treinamento influenciava e refletia na Santa Casa e no HUWC. Considerando que o Hospital das Clínicas já havia concluído suas obras, os catedráticos e assistentes viajavam para o exterior tendo como prática a motivação, começando assim a criação de setores especializados.

Em agosto de 1959, a Faculdade de Medicina inaugurou 25 leitos de Clínica Médica e já existiam 8 leitos de isolamento. Assim iniciou-se o Hospital Universitário Walter Cantídio. Apesar da estrutura física não possuir contigüidade e ter seus blocos separados inclusive por via pública, dificultando suas atividades, o que se pode ressaltar é o trabalho realizado por alguns administradores e professores que a partir daquele ano tiveram uma integração e começaram a fazer a história do HUWC.

A Universidade Federal do Ceará – UFC “nomeou” a partir do ano de 1964 os primeiros professores com REGIME DE TEMPO INTEGRAL. Nas disciplinas do Ciclo da Clínica, responsabilizou-se o Dr. Paulo Marcelo Martins Rodrigues e da Cirurgia, o Dr. Antonio Lacerda Machado. Sendo assim, o ensino do HU deixava de ser apenas matinal. Nos anos subseqüentes, o HUWC passaria por sucessivas reformas e ampliações na área física, com ampliação do número de leitos e a criação de novos serviços.

O Hospital Universitário teve sua origem no período quando era oficial a reforma administrativa burocrática de 1936. No entanto, o ethos patrimonialista com prevalência do paternalismo e nepotismo sempre esteve presente na prática administrativa do seu dia a dia.

As primeiras gestões do Hospital Universitário foram caracterizadas pelo modelo administrativo burocrático, porém com práticas patrimonialistas, pois a organização dos serviços médicos do HU foi originada por grupos de médicos assistentes que se tornariam os futuros ocupantes das chefias de serviços dos departamentos ou mesmo da direção do hospital através de favores, status ou parentesco. Girão (1994) ressalta, como já foi dito em outro momento, que os serviços médicos eram conhecidos pelo nome dos catedráticos, demonstrando claramente que o HU fora fundado sob a influência de um ethos fortemente patrimonialista.

O segundo quinquênio da década de 60 foi um dos períodos mais difíceis do Hospital das Clínicas. O regime de 1964 via as Universidades Federais com certa reserva, refletindo em uma política orçamentária restritiva e acarretando grandes prejuízos aos planos de desenvolvimento das diversas unidades da UFC, especialmente daquelas que dependiam de instalação de equipamentos mais caros, como é o caso do Hospital das Clínicas.

Desde sua fundação, o HU tem passado por transformações consideradas importantes, pois tem sido confrontado com múltiplas e simultâneas demandas, que impuseram substantivos desafios de organização e gestão.

Em 1967, com a transferência da Faculdade de Medicina para um prédio próximo ao local do hospital, o mesmo teve a estrutura administrativa melhor definida, contudo,

hierarquicamente subordinado à Faculdade. Os Hospitais de Ensino são tão antigos como o conceito de saúde, a partir do século XX, o escopo destes hospitais tornaram-se obrigatórios o seu vínculo orgânico e dependência institucional às faculdades de medicina.

Na trajetória histórica do HU houve um esforço coletivo visando adequá-lo às constantes mudanças e desafios no contexto sócio-sanitário do Ceará. No ano de 1969, foi nomeado pelo reitor, o professor Geraldo Magalhães e o primeiro Diretor Administrativo do hospital, o administrador Arnóbio Pereira Machado, que no início dos anos 70 deu início a uma reestruturação administrativa começando por desvincular hierarquicamente o HU da Faculdade de Medicina, ficando o hospital inserido no orçamento da UFC como uma de suas unidades.

Em virtude da complexidade, falta de autonomia e problemas com expansão e sustentabilidade, em 1974 pelo convênio assinado entre a Universidade Federal do Ceará e a Sociedade de Assistência à Maternidade Escola Assis Chateaubriand – SAMEAC, o gerenciamento do hospital passou a responsabilidade desta sociedade, o que permitiu maior flexibilidade técnico-administrativa.

O HU obteve grande sucesso com a assinatura deste convênio (modelo no Brasil), pois se iniciava ali uma estratégia de gestão que absorvia práticas burocráticas numa estrutura evoluída, tendenciosa à prática gerencial. Através da SAMEAC, o HU conseguia maior autonomia, mais responsabilidades. Predominava assim uma orientação para o cidadão e para obtenção de resultados, pois passou a contratar, demitir, fazer investimentos, suas próprias aquisições e outras ações voltadas para uma gestão eficiente.

As últimas administrações têm tido características democráticas, participativas, escolhendo seus diretores. No entanto, o modelo da SAMEAC sempre foi condenado pelo MEC e Tribunal de Contas, tornando-se grande preocupação da Reitoria.

O HUWC passa por uma crise financeira que se arrasta há algumas décadas em decorrência de vários motivos. As despesas hospitalares são desproporcionais às receitas e os reembolsos dos serviços são feitos por tabelas extremamente defasadas.

Hoje, com uma dívida de 12 milhões de reais acumulada ao longo dos anos, o HUWC possui um faturamento médio mensal de 2 milhões e meio de reais, com uma despesa média mensal de R\$ 11.555,261,11 incluindo a folha de pagamento que é custeada pelo Ministério da Educação que totalizou no ano de 2009 o valor de R\$ 50.155,719,31 com média mensal de R\$ 4.179,643,21. Está incluso também na despesa o valor de medicamentos doados pela Secretaria de Saúde do Estado.



Fonte: Hospital Universitário Walter Cantídio (2009).

**Tabela 3 – Pessoal: despesas de pessoal**

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO													PÁGINA: 3 / 3
SISTEMA INTEGRADO DE ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR													DATA: 18/03/2010
DEMONSTRATIVO DAS DESPESAS													HORA: 14:09:54
PERÍODO: 01/2009 A 12/2009													
<b>B - PESSOAL</b>													
<b>1 - DESPESAS DE PESSOAL</b>													
	01/2009	02/2009	03/2009	04/2009	05/2009	06/2009	07/2009	08/2009	09/2009	10/2009	11/2009	12/2009	TOTAL
INDICATÓRIOS	3.310,00	5.056,00	3.469,00	3.740,00	3.740,00	3.244,00	2.776,00	3.111,00	3.111,00	3.111,00	3.091,00	4.047,00	40.321,00
SAMEAC													
PESSOAL TERCEIRIZADO	456.931,83	378.542,08	364.347,06	388.180,21	369.807,56	355.180,31	368.130,31	490.378,26	450.178,26	466.290,68	496.414,03	496.414,03	5.234.833,06
RESIDENTES SAMEAC	16.868,00	38.007,72	34.021,40	30.038,46	33.709,00	33.709,00	33.739,06	33.709,36	33.709,68	32.212,94	32.212,94	32.210,94	385.382,61
RESIDENTES UFF	243.306,50	264.666,90	284.469,71	296.698,70	284.469,70	287.533,25	272.003,25	282.553,45	282.553,45	262.553,85	262.553,85	262.553,85	3.141.054,96
SAMEAC	510.595,92	517.085,29	518.838,27	514.837,33	523.519,35	503.733,36	537.954,21	569.845,37	564.304,16	563.507,28	562.372,35	556.420,15	6.366.661,96
UFF	3.537.367,69	3.557.791,38	4.200.897,17	4.031.677,84	4.011.470,68	3.237.787,84	4.374.834,38	4.368.400,31	4.372.562,94	4.076.852,33	4.381.299,88	4.804.962,17	50.155.719,31
<b>TOTAL</b>	<b>5.187.316,93</b>	<b>5.168.987,97</b>	<b>5.187.388,61</b>	<b>5.222.143,36</b>	<b>5.242.051,85</b>	<b>4.826.238,54</b>	<b>5.611.057,81</b>	<b>5.719.258,85</b>	<b>5.726.379,65</b>	<b>5.133.516,45</b>	<b>5,738.535,43</b>	<b>6.156.661,46</b>	<b>66.527.001,87</b>
<b>TOTAL DE B - PESSOAL :</b>	<b>R\$ 5,577,001,87</b>												
<b>C - INVESTIMENTO</b>													
<b>1 - INVESTIMENTO</b>													
	01/2009	02/2009	03/2009	04/2009	05/2009	06/2009	07/2009	08/2009	09/2009	10/2009	11/2009	12/2009	TOTAL
Material Permanente	2.828,00	353.173,06	5.415,06	41.584,02	6.017,50	50.992,10	32.028,78	256.526,66	251.547,59	107.542,47	64.204,77	225.140,26	1.847.821,76
	17.806,28					361,00						170,40	
Obras		16.131,10		13.365,30	20.374,00	20.274,00	10.187,30				903,30		81.326,20
<b>TOTAL</b>	<b>20.337,28</b>	<b>369.304,16</b>	<b>5.415,06</b>	<b>55.949,32</b>	<b>26.391,50</b>	<b>71.347,10</b>	<b>42.216,08</b>	<b>256.526,66</b>	<b>251.547,59</b>	<b>107.542,47</b>	<b>65.108,07</b>	<b>225.310,66</b>	<b>1.949.159,96</b>
<b>TOTAL DE C - INVESTIMENTO :</b>	<b>1.549.199,98</b>												
<b>TOTAL GERAL:</b>	<b>138.663.133,33</b>												
<b>MEDIA MENSAL:</b>	<b>11.555,261,11</b>												
<b>Totalização Mensal :</b>													
	01/2009	02/2009	03/2009	04/2009	05/2009	06/2009	07/2009	08/2009	09/2009	10/2009	11/2009	12/2009	

Fonte: Hospital Universitário Walter Cantídio (2009).

Apesar das dificuldades históricas e estruturais para a implementação das ações de saúde pública, o HUWC teve um grande avanço na gestão e principalmente na área assistencial, sendo o quarto centro transplantador de fígado do Brasil. Destaca-se também pela realização de transplantes de medula e procedimentos de alta complexidade como os de eletrofisiologia dentre outros.

Nas ações de ensino, o hospital conquistou um papel de destaque na graduação, além das residências médicas, com as residências multiprofissionais (fisioterapia hospitalar, psicologia hospitalar, odontologia, enfermagem, farmácia e serviço social). Na gestão, o HUWC adotou medidas visando eficiência, implantando contabilidade de custos, elaborando planejamento estratégico, dentre outras ferramentas gerenciais.

A partir de 2005, o HU iniciou um processo de esvaziamento através da SAMEAC e legalizou suas aquisições através de pregões eletrônicos. Esse processo de centralização, iniciado pela Reitoria, mudou a partir de 1º de junho de 2008, através da Portaria nº 4 de 29 de abril de 2008 do Ministério da Educação. Todas as ações relacionadas

com a execução orçamentária, financeira e patrimonial dos Hospitais Universitários foram descentralizadas, ou seja, a parte operacional e de gestão serão de responsabilidade da direção dos HUs. Em 2009 todos os Hospitais Universitários passaram a ser **unidades gestoras**, tendo seus próprios orçamentos, dando maior transparência, controle para execução orçamentária, financeira e patrimonial dos gastos com recursos públicos.

A presente dissertação está estruturada em uma introdução e seis capítulos, onde na **introdução** consta justificativa do tema, seu objetivo geral e objetivos específicos. Minha pretensão foi reunir na introdução argumentações para a percepção do estudo e a contribuição para a gestão e para a academia, além de elucidar o problema estabelecido. Apresenta também o eixo metodológico e as bases de análise para responder ao problema e a relevância da pesquisa.

O **capítulo dois** aborda sobre os fundamentos teóricos, a discussão sobre a administração hospitalar, organizações de saúde, discorrendo acerca de conceitos para a qualidade em serviço de saúde, sua gestão e o ensino nessas organizações. É aprofundado o objeto de estudo.

O **capítulo três** traz a discussão histórica do sistema de saúde no Brasil. Está descrita a evolução das políticas nacionais para a saúde pública no Brasil até o advento do SUS – Sistema Único de Saúde.

Dando prosseguimento à fundamentação teórica e objetivando subsidiar o estudo, o **capítulo quatro** comenta sobre o conceito, evolução histórica e as funções do hospital. Caracteriza os hospitais de ensino e universitários, abordando suas políticas, financiamento e gestão, trazendo a análise do contexto operacional destes hospitais.

Considerando que a pesquisa versa sobre gestão e ensino em uma unidade hospitalar de uma IFES e sua sustentabilidade, o **quinto capítulo** se destina a fundamentação teórica sobre as práticas de ensino na formação médica, a situação didática e administrativa frente ao compromisso social de formar o profissional médico, por ser este que inicia o processo dentro da organização hospitalar, ou seja, todos os demais processos e demandas são decorrentes do atendimento médico.

Dando seguimento, descrevemos os fundamentos teóricos sobre as principais ferramentas de gestão para uma organização hospitalar ou qualquer atividade de saúde como se segue: Planejamento Estratégico, Gestão pela Qualidade Total, Balanced Scorecard-B.S.C., Gestão de Custos, Gestão de Pessoas e Tecnologia da Informação. Com fulcro nos princípios da administração, serão abordados princípios da sustentabilidade e a concepção de

desenvolvimento econômico-sócio sustentável. A caracterização do Hospital Universitário Walter Cantídio será descrita, apresentando breve histórico, sua missão, visão, valores e a atual situação financeira.

O **capítulo seis** destina-se à conclusão, analisando os resultados da pesquisa, apontando o apreendido sobre o estudo e as recomendações gerais decorrentes da análise dos dados obtidos, objetivando subsidiar o aprimoramento das boas práticas de ensino e uma gestão sustentável no Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará. No final do trabalho encontram-se as referências, apêndice e anexos.

## 2 ESTADO DA ARTE

Neste capítulo procurou-se demonstrar os embasamentos teóricos para que a gestão hospitalar possa atender aos diversos desafios, e remeta idéias práticas comprometidas essencialmente para a busca de eficiência e de qualidade.

Procurou-se traçar uma trajetória das políticas nacionais de saúde, iniciando pela promulgação da lei n° 4682 de janeiro de 1923, que instituiu as CAPS até o advento do SUS com a regulamentação da lei orgânica da saúde n°8.080/90, que estabeleceu o sistema de saúde no Brasil (BRASIL, 1990).

Apresentaram-se ainda conceitos, idéias e discussões que fundamentam a avaliação dos hospitais, caracterização e financiamento dos hospitais de ensino e universitários, bem como suas políticas interministeriais.

Discutiu-se também as práticas de ensino na formação médica e as ferramentas para uma gestão sustentável, observando uma nova filosofia que os HE caminhem rumo a uma gestão mais flexível, ágil, com profissionais capacitados prontos para desafios futuros.

A pesquisa sobre administração de instituições de saúde e em especial os hospitais se expandiu rapidamente nos últimos anos. Esses achados estão relacionados com problemas enfrentados pelos gestores, chefes do corpo clínico, chefes de departamentos médicos e outros, que têm assento na grande maioria, em controle de custos, qualidade, relacionamento e negociação. Conforme Schulz e Johnson (1979), os hospitais são as mais complexas e dinâmicas instituições de nossa sociedade, tendo sistemas externos e internos complexos e inter-relacionados. Na perspectiva de Gonçalves (1983), o hospital é fundamentalmente mais um sistema humano que mecânico, apesar de possuir material, instalações e equipamentos. No entanto, a eficiência de sua gestão deve ser o resultado da racionalização de tarefas e de um rígido controle.

Dadas às características peculiares da organização hospitalar, Castelar, Mordelet, Grabois (1993) chamam atenção para dirigentes e demais profissionais de saúde, que a gestão hospitalar deverá ter perspectiva para dotar essas organizações de práticas comprometidas com objetivos que traduzam essencialmente a busca da eficiência e da qualidade.

Acrescentam Cherubim e Santos (1997), que o tipo de gestão mais adequada para essas organizações é a consensual, que reconhece como papel central os profissionais e que ao mesmo tempo, tem mecanismos para evitar os efeitos não desejados de práticas profissionais e do corporativismo. Por outro lado, o sistema público de saúde, universal, aberto, com ampla

assistência possui baixa qualidade e falta credibilidade devido a vários fatores, dentre eles a falta de recursos financeiros.

Tajra e Santos (2003), afirmam que as organizações necessitam de planejamento estratégico para atingir seus objetivos, direcionar suas ações e continuarem sua sobrevivência, devendo o mesmo acontecer com os estabelecimentos de saúde. Neste sentido, Minotto (2002) discorrendo acerca de estratégias em organizações hospitalares, cita que o desafio para estratégias bem-sucedidas, passa entre o olhar do ambiente externo, suas ameaças e oportunidades e a promoção do ambiente interno com seus pontos fortes e fracos, transformando-se em ações efetivas e oportunas. Gerenciar serviços de saúde com qualidade é de fundamental importância para que se atinja a satisfação dos pacientes e o cumprimento da atividade-fim.

Para Mezomo (1995), qualidade dos serviços de saúde supõe uma nova mentalidade médica, que não pode ser mais tão independente, pois o paciente deve ser ouvido e informado. Segundo Campos (1998), qualidade total são todas as dimensões que afetam a satisfação da necessidade das pessoas e conseqüentemente a sobrevivência da empresa.

Conforme Borba (2004), para atender requisitos de qualidade, produtividade e auto-sustentabilidade, a organização deve desenvolver uma gestão pautada na modernização, profissionalização e tendências impostas pela globalização. Afirma ainda, que a gestão de relacionamento é outro ponto relevante, em especial o marketing de relacionamento que não é apenas um instrumento de transações, mas sim, um novo conceito e um novo modelo de estratégia.

Sem uma gestão atuante, que conheça e vivencie todos os aspectos mencionados acima, e ainda, sem um corpo de funcionários (professores e técnicos) com horizontes alargados de administração, nenhuma organização hospitalar poderá se manter de pé, por mais que o ensino e a pesquisa atuem de forma equilibrada. O tripé ensino, pesquisa e gestão não deve caminhar separado numa instituição de saúde, para que não se percam os espaços de atuação harmônica dessa tríade de atividade.

Sobre o objeto de estudo, ou seja, a construção de uma gestão sustentável com a participação de todos os atores do processo assistencial integrante com o ensino identificamos no âmbito nacional um artigo na Revista Médica Minas Gerais, 2008, relato de experiência implantada no hospital das clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), que mostra o surgimento de propostas oficiais de formulações de novas alternativas de um novo

modelo de gestão através de Unidades Funcionais (UF), que se responsabilizam também pela gestão em conjunto com a direção do hospital.

A opção pelo “Projeto de Unidades Funcionais” foi resultado de amplo debate e oficinas de trabalho que culminou com a realização, em 1999, do Terceiro Seminário do Hospital das Clínicas. Esse projeto, aprovado nas instâncias deliberativas do hospital, preconizava a mudança no modelo de gestão, com destaque para a “distribuição de responsabilidades” o relacionamento entre os atores organizacionais e a flexibilização administrativa na medida em que o processo de tomada de decisão aproxima-se da execução”. A nova proposta organizacional tinha como princípios gerais: a gestão baseada nos resultados e na racionalização dos recursos; a descentralização das decisões e responsabilidades em cada unidade e de acordo com os recursos existentes; gestão autônoma da UF, submetida, contudo, às diretrizes da diretoria do hospital e imediata implementação de medidas que reduzissem os custos. Ademais, esse modelo tinha como perspectiva o aumento da produção de todos os serviços, com vistas à sobrevivência econômica, assistencial e acadêmica do HU-UFGM. A criação de unidades funcionais tinha como proposta a estruturação de colegiados internos, nos quais os diversos atores tivessem representação visando à coordenação e definição coletiva acerca dos objetivos, metas e indicadores dos seus componentes. [...] Avaliações institucionais desse novo modelo têm apontado mudanças no processo de trabalho, mais resolutividade nas questões administrativas, melhora no controle de custos e mais autonomia para os setores. (PRIMO et al., 2008, p.33).

## **2.1 O sistema de saúde no Brasil e as políticas nacionais**

### ***2.1.1 A evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil***

A promulgação de lei nº 4682 de 24 de janeiro de 1923 instituiu o sistema de Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS), que atendiam inicialmente aos trabalhadores ferroviários, e posteriormente aos marítimos e estivadores. As CAPS asseguravam prestação previdenciária, assistência médica e fornecimento de medicamentos através de contribuições. As CAPS foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPS), devido à fragmentação das mesmas, pois todo órgão estabelecia seu próprio regulamento.

A maior inovação na assistência à saúde aconteceu em 1949 com a criação do serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), pois até então não existia atendimento domiciliar no setor público, embora esta prática acontecesse no setor privado. A evolução de assistência médica de forma fragmentada e restrita aos contribuintes urbanos da previdência social acontecia paralela a primeira mudança de cultura campanhista de atuação verticalizada do Governo Federal com a criação em 1942 do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP).

No decorrer de sua existência, o SESP foi transformado em 1960 em Fundação, destacando-se pela atuação em áreas geográficas distantes e carentes. Foi pioneiro na atenção domiciliar com uso de pessoal auxiliar e na implantação de redes hierarquizadas de atenção integrada à saúde, proporcionando serviços preventivos e curativos, atendendo também na integração em especialidades práticas nas Unidades Mistas de Saúde. A gestão foi bem sucedida devido ao regime de trabalho em tempo integral e dedicação exclusiva de seu quadro de pessoal. As responsabilidades no campo de saúde eram duplas, entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência Social que foram consolidados no período de 1966-1976.

O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) foi criado pelo Decreto Lei nº 72 de 21/11/1966 objetivando corrigir os inconvenientes de segmentação institucional. A partir de 1971, a Assistência Médico-Hospitalar foi estendida aos trabalhadores rurais com grande avanço, pois determinou a “gratuidade” total ou parcial segundo a renda familiar do trabalhador. A responsabilidade da assistência médica-hospitalar continuava com o Ministério do Trabalho e Previdência Social (MPAS).

No Governo Costa e Silva, em 1968, foi elaborado o Plano Nacional de Saúde (PNS) cuja característica central era a universalização do acesso e a integração da assistência médica no Ministério da Saúde, que sofreu forte resistência, e por isso não foi implementada. Havia pontos polêmicos que incluíam a privatização da rede pública e a adoção do preceito de livre escolha pelo paciente, do profissional e hospital de sua preferência, sendo a remuneração aos provedores proporcional ao número de complexidade dos procedimentos.

Houve uma manifestação de oposição de entidades representativas das profissões de saúde, organizações sindicais de trabalhadores, e Governos Estaduais, que conduziram o Governo a cancelar o plano. Com o cancelamento do plano, o Ministro da Saúde Mário Machado de Lemos implementou um conjunto de princípios e diretrizes definindo os postulados básicos a serem observados na institucionalização do Sistema Nacional de Saúde (SNS).

Alguns princípios seguem o que hoje regem o SUS, tais como a universalização da assistência, a regionalização dos serviços e de assistência individual. O Ministério da Previdência deu um passo importante com o Plano de Proteção (PRA), que consistia em proporcionar condições para a universalização de previdência social. Esta política foi importante, pois pela primeira vez usava seus recursos no atendimento universal.

O Conselho de Desenvolvimento Social (CDS) era responsável por apreciar a Política Nacional de Saúde formulada pelo Ministério da Saúde, bem como os planos do

MPAS, responsável pela assistência médica e os planos do MEC responsável pela formação de profissionais de Saúde. Foi criado o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) em 24 de agosto de 1976 através do Decreto nº 76.307 que tinha como objetivo principal dotar as comunidades do Nordeste, vilas e povoados de até 20 mil habitantes de estrutura sólida e permanente de saúde pública, desdobrando-se em três níveis: elementar, intermediário e de apoio.

No final do ano de 1970 iniciaram-se os primeiros movimentos de transição democrática e uma crise econômica no país. Foi neste cenário que se consolidou o movimento pela Reforma Sanitária que tinha as seguintes bandeiras:

1. Melhoria das condições de saúde da população;
2. O reconhecimento da saúde com direito social universal;
3. A responsabilidade estatal na previsão das condições de acesso a esse direito;
4. A reorientação do modelo de atenção é a égide dos princípios de integralidade de atenção e de equidade, e,
5. A reorganização do sistema com a descentralização de responsabilidade pela provisão de ações e serviços.

Na década de 1980, foram criadas a Comissão Interinstitucional de Planejamento IPLAN, o CONASP e foram implantadas as Ações Integradas de Saúde (AIS). Em 1987, deu-se início ao Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralização de Saúde nos Estados (SUDS). O SUDS valorizava os mecanismos de programação e orçamentação integrados, e as decisões eram tomadas no âmbito das comissões interinstitucionais. Suas ações eram todas no sentido da descentralização da gestão do sistema e as Secretarias Estaduais de Saúde deveriam assumir as responsabilidades do sistema Estadual de Saúde. Este modelo era uma antecipação do SUS com os bi e tripartites.

### ***2.1.2 O Sistema Único de Saúde – SUS***

A 8ª Conferência Nacional de Saúde que aconteceu em 1986 teve uma ampla participação e discussão da situação de saúde do país. Nesta, foi aprovado um relatório com recomendação de descentralização, participação popular e eficiência da gestão local. Estas recomendações passaram a fazer parte do projeto da Reforma Sanitária Brasileira, e esta proposta para reorientação do sistema de saúde deu origem à implantação do Sistema Único de Saúde – SUS.

O Sistema Único de Saúde foi estabelecido na Constituição Federal promulgada em 5 de outubro de 1988 e regulamentado pela lei Orgânica de Saúde 8.080/90 e a lei 8.142/90, tendo como princípio básico a universalidade do atendimento, objetivando proporcionar à população acesso aos serviços básicos de equidade, integralidade, resolutividade e gratuidade.

A saúde recebeu atenção na Constituição da República Federativa Brasileira, no capítulo da seguridade social seção II em seus artigos. 196 e 198. “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2008, p.131).

**Art. 198** – As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I. Descentralização, com direção única em cada esfera do governo
- II. Atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais.
- III. Participação da comunidade (BRASIL, 2008, p.144).

As Leis Orgânicas de Saúde 8080/90 e 8.144/90 são leis nacionais que têm o caráter geral e foram editados para dar cumprimento ao mandamento constitucional de disciplinar legalmente à proteção e a defesa da saúde.

A Lei 8.080/90 votada em 19 de setembro dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e da outras providências.

Define como áreas de atuação do SUS:

- Assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica,
- Controle e fiscalização de alimentos, água e bebida para o consumo humano,
- Orientação familiar
- Participação na área de saneamento
- Participação na preparação de recursos humanos
- Saúde do trabalhador
- Vigilância Epidemiológica
- Vigilância Nutricional
- Vigilância Sanitária

A Lei 8.142/90 votada em 28 de dezembro dispõe sobre a participação de comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências entre governamentais de recursos financeiros na área de saúde e da outras providencias.

O sistema Único de Saúde é um sistema formado por várias instituições das três esferas de Governo (União, Estado e Município) com a complementação do setor privado contratado e conveniado. O texto constitucional consagra a saúde como produto social e estabelece os mecanismos como responsáveis pela elaboração da política de saúde.

## **2.2 O hospital, sua evolução histórica e caracterização dos hospitais de ensino e universitários**

### ***2.2.1 A evolução do hospital, conceito e função***

A história do hospital começa a ser contada a partir de Cristo, quando desde os tempos mais remotos o homem passou a se preocupar com o seu semelhante, sobretudo quando o mesmo estava sofrendo ou doente. A medicina é conhecida há muito mais tempo do que os hospitais e era exercida na moradia da pessoa doente. Na Índia e Egito antigos encontravam-se vestígios de hospitais, que embora precários, realizavam procedimentos semelhantes aos hospitais de hoje. A literatura Indu revela a construção de hospitais para bosqueados pobres e a construção de abrigos hospitalares para grávidas e pobres.

A história mostra que eram utilizados os templos como hospital, porém no império grego e romano as atividades eram diferentes das desenvolvidas nos hospitais de hoje, pois caracterizava-se pela mistura de medicina, misticismo e superstição. São considerados os precursores dos hospitais modernos os templos gregos, pois um dos méritos dos templos hospitalares foi terem transformado-se em ambiente de ensino para a preparação de médicos, não sacerdotes. A literatura relata ainda que segundo Heródoto, o mercado municipal foi o primeiro esboço de ambulatório, pois os doentes eram orientados a irem a estes para verem se alguém conhecia pessoas portadoras de doença igual a sua e que havia curado.

Na evolução histórica do hospital observa-se que a origem da irmandade de misericórdia das santas casas se deu com a rainha dona Leonor em Portugal século XV, fundando as famosas obras de misericórdia, em um total de catorze. No Brasil, a fundação do primeiro hospital se deu na cidade de Santos no ano de 1943, sendo também o primeiro

hospital da América do sul, conhecida como a tradicional Santa Casa de Misericórdia de Santos.

A idade Média marcou a universalização da assistência hospitalar e os hospitais passaram a ser indispensáveis à cura das doenças, embora não tenha assumido o papel de manutenção de saúde da comunidade, função que passariam a exercer no início do século XX.

O hospital é uma invenção de meados do século XVIII. Nessa época, os médicos não freqüentavam os hospitais e lazaretos. A prática médica era individualista, somente acompanhavam os doentes em momentos de “crise”. O médico e a instituição hospitalar eram instituições paralelas. Por volta do ano de 360 da era cristã foi construído o primeiro hospital que se tem conhecimento, por iniciativa da ilustre dama Fabíola, e com este se iniciou a “Era dos Hospitais”.

Aos poucos o hospital foi se modificando com a introdução de mecanismos disciplinares pelos militares por razões econômicas. A disciplinarização do espaço hospitalar e a higienização possibilitaram a medicalização.

Segundo Foucault (2007) a disciplina médica é resultado da junção de dois fatores: o saber e a prática. Dessa forma o hospital se apresenta como o ambiente da cura e o seu modelo médico favorece a interpretação de um espaço terapêutico. Foucault acredita que o grande médico é aquele que se depara com a vivência de um hospital e quão mais capacitado e sábio será, quanto maior for essa sua vivência.

A trajetória dos hospitais assumiu contornos muito mais aperfeiçoados quando os povos conheceram que sua existência na comunidade é um direito inerente a cidadania do indivíduo e um dever do Estado. A universalização do atendimento, sem nenhum tipo de barreira e de acordo com a necessidade da pessoa requerem investimentos de vulto e provocou no mundo desigualdades muito acentuadas. (CHREERUBIM; SANTOS, 1997, p.10).

O estudo **conceitual do hospital** é vasto e complexo, como esta instituição, seu conceito foi muito discutido pelos pesquisadores, no entanto, segundo Chrerubim e Santos (1997), este conceito hoje decorre da própria definição de saúde, que o hospital procura manter como sua finalidade primeira, que foi definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS): “perfeito bem-estar físico, social e mental e não a simples ausência de doença ou enfermidade”.

A OMS define em seu Informe Técnico nº 122 de 957: “o hospital é parte integrante de um sistema coordenado de saúde, cuja função é dispensar à comunidade completa assistência á saúde, tanto curativa quanto preventiva, incluindo serviços extensivos à

família, em seu domicílio e ainda um centro de formação para os que trabalham no campo de saúde e para as pesquisas biossociais”.

O hospital é a mais complexa das empresas, tanto nos seus aspectos orgânicos estruturais como na sua posição dentro do mercado, pois sofre todas as influências conjuntivas e está sujeito as contingências econômico-sociais, sendo a única empresa essencialmente humana, pois os *inputs* são pessoas que entram no sistema para diagnóstico, tratamento, que se transformam e saem (*outputs*) saudáveis. É uma empresa como outra qualquer, com uma única diferença, tem como produto final a saúde e bem estar do ser humano.

A comissão de especialistas da OMS que elaborou o Informe Técnico nº 122, de 1957 fixou as seguintes **funções** para o hospital:

**PREVENTIVA:** A prevenção à doença pode ser viabilizada através de ações básicas incluindo:

- Pré-natal e vigilância no parto e nascimento da criança.
- Vigilância no crescimento normal da criança e do desenvolvimento do adolescente.
- Controle e luta contra as doenças transmissíveis
- Prevenção das doenças prolongadas
- Prevenção e invalidez física e mental
- Educação Sanitária
- Higiene do Trabalho

**RESTAURATIVA:** Compreende os seguintes indicativos:

- Diagnóstico: ambulatório e internação
- Tratamento curativo da enfermidade, incluindo as intervenções cirúrgicas, clínicas e outros.
- Reabilitação: física, mental e social
- Emergência: cuidados nos casos de acidentes e doenças

**EDUCATIVA:** Esta função tem como objetivo transformar o hospital em um centro formador por excelência, tanto no ensino formal como para profissões de saúde e educação continuada.

PESQUISA: O hospital desenvolve pesquisas bio-sociais, pois é uma entidade que integra a sociedade e como tal deve manter-se viva para testes e aplicar técnicas para o desenvolvimento na sociedade.

### ***2.2.2 Caracterização dos hospitais de ensino***

Os primeiros conceitos de saúde surgiram com o Renascimento e os hospitais de ensino são tão antigos quanto este conceito. Sobre o assunto, a literatura apresenta tanto a terminologia Hospitais Universitários quanto Hospitais de Ensino. A partir do início do século XX houve uma ampliação do escopo destas instituições no qual devido ao aumento da especialização da medicina tornou obrigatório seu vínculo e dependência institucional com as faculdades de medicina.

Segundo Mckee e Healy (2002), os hospitais de ensino (HE) são componentes estratégicos para o sistema de saúde, afetando diretamente a qualidade dos formados e indiretamente o sistema de saúde como um todo.

Conforme Bittar (2002), entende-se por hospitais de ensino aquele que é Hospital Universitário de propriedade ou gestão de Universidade, hospital-escola, de propriedade ou gestão de escolas médicas e hospital auxiliar de ensino aquele que desenvolve programas de treinamento em serviço na área de saúde devidamente conveniado com uma instituição de ensino superior. Os HE são instituições com o custo operacional alto por utilizarem alta tecnologia e desenvolverem ensino e pesquisa.

De acordo com Médici (2001), os HE representam um gasto importante do total destinado à saúde, pois seu peso nas despesas com a saúde é o dobro de sua participação no volume de atendimento, representando uma parcela importante deste gasto.

Com o advento do SUS, em 1991 no Brasil, através do Ministério da Saúde, os hospitais de ensino foram denominados pela Portaria SMES/MS nº 15 de 8 de janeiro de 1991 que estabeleceu para estas instituições o fator de incentivo ao desenvolvimento do ensino e da pesquisa universitária em saúde (FIDEPS), objetivando integrar os HE ao SUS, para fortalecer e estimular atividades de ensino e pesquisa para o SUS. No entanto, devido aos problemas financeiros dos HE, o FIDEPS foi incorporado ao custeio dos hospitais não atingindo o objetivo da sua criação (BRASIL, 2004b).

O FIDEPS sofreu durante a década de 90 e os primeiros anos de 2000 diversas alterações, através de Portarias que visavam adaptar o incentivo à realidade dos HE. Para o

MEC, hospitais de ensino eram aqueles reconhecidos por ele, funcionando regularmente há mais de 5 anos e pertencendo ao Sistema Integrado de procedimentos de alta complexidade (SIPAC) do Ministério da Saúde (MS) como centro de referência nacional do Ministério da Saúde.

Através de Portaria Interministerial MS-MEC-MCT-MPOG nº 562, de 12 de maio de 2003, foi instituída uma comissão interinstitucional para reestruturação dos hospitais de ensino, considerando a identificação da necessidade de articulação e integração das ações para a reorientação e/ou formulação de uma política nacional ligada a estes hospitais (BRASIL, 2003). O objetivo desta Portaria era avaliar e diagnosticar a situação desses hospitais, visando reorientar e/ou formular a política nacional para o setor.

Após a publicação dos requisitos para certificação em 2004, foi instituído um novo processo de certificação de hospitais de ensino, com uma nova modalidade de contratação com SUS. Em 15 de abril de 2004, foi instituída a Portaria Interministerial MEC-MS nº 1000, que define novos requisitos para a certificação e estabelece como os HE que servem de campo para a prática de atividades curriculares na área da saúde sejam Hospitais Gerais ou Especializados. A portaria interministerial MEC-MS nº 1005 datada de 27 de maio de 2004, define os documentos para verificação do cumprimento dos requisitos obrigatórios aos incisos I a XVII do artigo 6º da portaria interministerial MEC-MS nº 1000.

Foram criados novos programas de reestruturação dos HE após a publicação dos requisitos para a certificação de hospitais de ensino. O primeiro programa foi o estabelecido pela Portaria MEC-MSN nº 1006 de 27 de maio de 2004, que engloba os hospitais universitários vinculados às IFES, criando também outro programa dos HE no âmbito do SUS, através da Portaria GM/MS nº 1.702 de 17 de agosto de 2004, abrangendo hospitais de ensino público e privado. Através destes instrumentos, é feita a revisão de certificação dos HE a cada 2 anos, obedecendo uma periodicidade e levando em consideração o conteúdos destas portarias.

Em 4 de julho de 2005, foi publicada a portaria GM/MS nº 1.082 que extinguiu o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e a Pesquisa Universitária em Saúde – FIDEPS e em 2006 foram publicadas as portarias GM/MS nº 35 e GM/MS nº 1.631 que prorrogaram os prazos de extinção do FIDEPS. Por último, em 2 de outubro de 2007 foi publicada a Portaria Interministerial MEC-MS nº 2.400 que estabelece os requisitos para edificação de unidades hospitalares como hospitais de ensino, revogando as portarias interministeriais MEC-MS nº 1.000/04 e nº 1.005/04 (BRASIL, 2004c, 2004d 2005).

### ***2.2.3 Caracterização dos hospitais universitários***

O Ministério da Educação (MEC) define que Hospitais Universitários são unidades de saúde únicas em algumas regiões do país que prestam serviços altamente especializados com qualidade e tecnologia de ponta à população.

Segundo Médici (2001) a concepção tradicional de um Hospital Universitário como uma instituição se caracteriza:

- a) Por ser um prolongamento de um estabelecimento de ensino em saúde de uma Faculdade de Medicina por exemplo.
- b) Por prover treinamento universitário na área de saúde.
- c) Por ser reconhecido oficialmente como hospital de ensino, estando submetido à supervisão das autoridades competentes.
- d) Por proporcionar atendimento médico de maior complexidade (nível terciário) a uma parcela da população.

Destaca ainda Médici (2001) que apesar de os HUs serem mantidos com verbas públicas, houve um crescimento nos últimos setenta anos na grande maioria como instituições independentes, distantes do perfil epidemiológico das populações e dominados pelos interesses dos médicos especialistas. Uma das características dos Hospitais Universitários considerada como relevante é o seu custo, pois mesclam assistência médica com procedimentos didáticos.

Para Dallora e Forster (2008) como os HUs estão pouco integrados aos níveis de assistência primária, secundária e têm em geral total autonomia gerencial em relação ao sistema de saúde, acabam atendendo a todos os níveis de atenção, encarecendo seus custos. A maior parte dos recursos financeiros dos HUs são oriundos do Ministério da Educação. O Ministério da Saúde repassa recursos da contra partida dos atendimentos, porém esta forma de financiamento não atende as necessidades dos HUs. Segundo Fernando Haddad (BRASIL, 2007), o modelo de gestão e financiamento dos HUs estão esgotados, devendo contar com a maior participação do SUS.

Conforme Caldas (2008; p.32), “ensino, pesquisa e atenção à saúde são extremamente interdependentes. Um sistema de saúde não pode existir sem o suprimento de profissionais treinados ou do conhecimento gerado por meio da pesquisa”. Ao mesmo tempo ensino e pesquisa necessitam das instalações do Sistema de Saúde como cenário para o seu desenvolvimento e como fonte de material clínico (MCKEE; HEALY, 2002). O MEC através da portaria nº 375 de 04 de março de 1991 conceitua hospital de ensino:

- Art. 1º - Hospital de Ensino é a denominação aplicável ao conjunto dos Hospitais Universitários, Hospitais Escola e Hospitais Auxiliares de Ensino.
- Art. 2º - Hospital Universitário é o hospital de propriedade ou gestão de Universidade Pública ou Privada, ou a elas vinculado por regime de comodato ou cessão de uso, devidamente formalizados.
- Art. 3º Hospital-Escola é o hospital de propriedade ou gestão das Escolas Médicas Isoladas Públicas ou privadas, ou a elas vinculado por regime de comodato ou cessão de uso, devidamente formalizados.
- Art. 4º - Hospital auxiliar de Ensino é o hospital que, não sendo de propriedade ou gestão de Universidade ou Escola Médica Isolada, nele são desenvolvidos programas de treinamento em serviço de curso de graduação ou pós-graduação da área de saúde, devidamente conveniado com uma instituição de Ensino Superior (BRASIL, 1991, p.1).

A Portaria Interministerial MEC-M.S. nº 1000 de 15 de abril de 2004, ampliou a Portaria MEC 375/91 sobre a definição de HE, estabelecendo critério para certificação como HE e em seu art. 1º estabelece que podem certificar como Hospital de Ensino as instituições hospitalares que servirem de campo para a prática de atividades curriculares na área de saúde, sejam hospitais gerais ou especializados de propriedade de Instituições de Ensino Superior, Pública ou Privada, ou ainda formalmente conveniados com Instituição de Ensino Superior (BRASIL, 2004d).

Dentro do Sistema Único de Saúde, os HUs federais representam uma parcela importante de leitos públicos, especialmente em atendimento de alta complexidade, conforme se comprova na tabela 4:

**Tabela 4** – Distribuição dos HUs dentro da esfera SUS na esfera administrativa federal.

<b>Esfera administrativa</b>	<b>Nº. Hospitais</b>	<b>Total de leitos ativados</b>	<b>Total de leitos desativados</b>	<b>Total de leitos do SUS</b>	<b>Leitos privados</b>
Federal	46	10.340 ativos	1.124 desativados	10.109	231

Fonte: Ministério da Educação (BRASIL, 2009).

**Tabela 5** – Indicadores de capacidade instalada e de procedimentos realizados pelos HUE 2006.

<b>Indicadores</b>	<b>Hospitais de ensino</b>
Rede hospitalar brasileira	2,55%
Total de leitos do SUS	10,30%
Leitos de UTI	25,60%
Procedimentos de alta complexidade	37,60%

Fonte: Ministério da Educação (BRASIL, 2009).

Na tabela 5 observamos que os hospitais universitários de ensino (HUE) representaram apenas 2,55% da rede hospitalar brasileira, no entanto, significaram 10,30% do total do SUS e 25,60% de leitos de UTI disponível para o sistema público. A relação de procedimentos de alta complexidade representou 37,60% no SUS.

Segundo Medici (2001), nas últimas duas décadas, os HUs ampliaram sua autonomia em países desenvolvidos e passaram a manter funções definidas dentro do sistema de saúde subordinando-se progressivamente à lógica do sistema. No Brasil, os HUE se integram ao sistema de saúde oficial, através da legislação que institui o SUS, lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 em seu art. 45º.

Art. 45º - Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema único de Saúde – SUS, mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão, nos limites conferidos pelas instituições a que estejam veiculados (BRASIL, 1990, p.2).

Os HUs são componentes estratégicos no sistema de saúde, pois são locais privilegiados para a realização de estudo na área da saúde e o desenvolvimento de novas tecnologias que irão contribuir com as ações preventivas, curativa, ensino e pesquisa, como afirma Médici (2001, p.155) em relação aos HUs:

Como último aspecto institucional relevante, vale a pena destacar que os hospitais universitários são fonte de prestígio e poder da classe médica e estão sujeitos ao forte controle dos grêmios de profissionais de saúde, os quais podem manipular sua gestão, em muitos casos como aparelhos sindicais; seja pelo lado da classe dos “professores universitários”, seja pela própria classe médica. Isto os transforma em instituições de difícil manejo e controle local, fazendo com que sejam vulneráveis ao velho dilema de apropriação privada do espaço público por grupos de interesse, sem o controle social que muitas vezes poderia ser exercido através da regulação pública ou do mercado.

#### ***2.2.4 Financiamento e gestão dos hospitais universitários***

Os hospitais universitários se inseriram progressivamente no Sistema Único de Saúde - SUS, situando seu início a partir do processo de reforma administrativa do Ministério da Saúde, com a lei 8.080 de 1990, que dotou as unidades de recursos orçamentários de acordo com sua produtividade calculada a partir dos registros dos atendimentos, transformando contas hospitalares por meio de reembolso dessas despesas, o que de certa forma deixa essas instituições dependentes de seus próprios recursos. O grande problema é que os reembolsos dos serviços prestados pelos HUs desde o início são feitos por meio de

tabelas extremamente defasadas em relação ao verdadeiro custo hospitalar e dos procedimentos médicos.

As despesas hospitalares são desproporcionais, pois os valores atribuídos às refeições, mudas de roupas, cuidados de enfermagem são irrisórios. Atualmente, o financiamento dos HUs está definido através de portarias interministeriais nº 1006/MEC/MS de 27 de maio de 2004 e portaria nº1.702 de 17 de agosto de 2004 ou mediante um processo de contratualização com o gestor municipal do SUS através da celebração de convênio global. A quadro 1 apresenta o item V do **termo de referência** constante no anexo da portaria nº 1006/ME/MS para contratualização entre hospitais de ensino e gestores de saúde objetiva instrumentalizar a implementação do processo de reestruturação da política nacional da atenção hospitalar, inserção no SUS, forma de financiamento e o acompanhamento, avaliação das atividades de assistência, gestão, ensino e pesquisa.

No **item V – Recursos Financeiros**, do **termo de referência** da portaria interministerial estabelece o seguinte: O novo modelo de financiamento e alocação de recursos financeiros para a atenção à saúde, gestão, ensino e educação de pesquisa proposto é o de orçamentação mista do custeio do hospital de ensino, composta:

**1. Componente com valor fixo mensal a referência para composição dos recursos financeiros relacionados ao valor fixo mensal compreenderá:**

- I. A produção histórica (físico-financeiro) dos últimos 12 meses da média complexidade ajustada às necessidades definidas pelo gestor (nova pactuação);
- II. Os recursos atuais do fator do incentivo ao desenvolvimento do ensino e pesquisa Fideps;
- III. O programa interministerial de reforço e manutenção dos hospitais universitários na parcela referente ao Ministério da Saúde, no que diz respeito aos hospitais de ensino do MEC, a partir de 2005;
- IV. Os incentivos de custeio repassados de forma destacada;
- V. Outros recursos adicionais poderão ser acrescidos desde que justificados pelo gestor aprovado pelo Ministério da Saúde.

**2. Componente com valor variável conforme cumprimento de metas estabelecidas.**

- I. Deverá ser estabelecido pelas partes um percentual do valor de custeio fixo como fator de incentivo ao cumprimento das metas e indicadores.

**3. Componente correspondente à produção de serviços.**

- I. Os procedimentos de alta complexidade serão custeados de acordo com a apresentação de produção de serviços, com limites físicos e orçamentários definidos.

**Quadro 1** – Termo de referência da portaria 1006/MEC/MS – Item V – recursos financeiros  
Fonte: Brasil (2009).

No processo de contratualização são redefinidos os papéis na rede de serviços e são estabelecidas metas quantitativas e de qualidade, correspondendo a um orçamento global onde foi substituído o tradicional sistema de pagamento por procedimento SIH/SUS.

Segundo Vecina Neto e Malik (2007), a remuneração paga por procedimento, medicamentos e materiais consumidos constitui uma distorção, pois este modelo estimula o consumo, levando a um aumento dos procedimentos mais bem pagos em detrimento dos procedimentos necessários para atender a demanda de saúde da população.

Segundo Bittar (2002), o financiamento dos hospitais de ensino é múltiplo e depende da natureza jurídica da organização. Os hospitais de ensino públicos são mantidos com recursos dos orçamentos públicos, através de transferências públicas convencionais, bem como recursos provenientes de produção. Os HE privados recebem recursos de fontes privadas oriundas dos atendimentos cobertos por operadoras de saúde. Os HE sem fins lucrativos recebem recursos da contra partida da prestação de serviços do SUS e de suas mantenedoras.

O processo de financiamento dos hospitais de ensino para a saúde pública de qualquer país é de extrema importância, pois a formação dos profissionais de saúde que atuarão na rede básica e dos hospitais públicos e privados estão sob sua responsabilidade (BITTAR, 2002).

Destaca ainda Bittar (2002) que os recursos públicos para a área de saúde são disputados dentro da própria área e de outros, como saneamento do meio ambiente, educação, agricultura, indústria, além da destinação ao pagamento de dívidas públicas internas e externas. A graduação e pós-graduação dos profissionais de saúde estão sob responsabilidade de 156 hospitais de ensino os quais estão distribuídas pelos 26 estados e Distrito Federal (Quadro 2).

Estado	Nº de Hospitais	Estado	Nº de Hospitais
Acre	-	Paraíba	2
Alagoas	1	Paraná	8
Amapá	-	Pernambuco	8
Amazonas	2	Piauí	5
Bahia	12	Rio de Janeiro	13
Ceará	9	Rio Grande do Norte	3
Distrito Federal	6	Rio Grande do Sul	22
Espírito Santo	3	Rondônia	-
Goiás	1	Roraima	1
Maranhão	1	Santa Catarina	10
Mato Grosso	1	São Paulo	26
Mato Grosso do Sul	2	Sergipe	2
Minas Gerais	16	Tocantins	-
Pará	2		

**Quadro 2** - Distribuição dos Hospitais Universitários e de Ensino pelos Estados Brasileiros – Setembro 2009

Fonte: Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE, 2009).

Dentro do grupo dos hospitais de ensino (HE), existe um bem particular, aquele dos Hospitais Universitários vinculados às Instituições Federais de Ensino Superior (IFES). Estes hospitais possuem 10.340 leitos ativos e estão desativados 1.124 leitos. No tocante a assistência, no ano de 2008, os HUs federais realizaram 1.033.671 atendimentos de emergência, 402.836 internações e 6.356.641 consultas eletivas com 20.880.230 procedimentos. Foram responsáveis por 2.295 transplantes que correspondem a 10,71% de todo o país (BRASIL, 2009). No que se refere ao ensino, o quadro 3 apresenta a produção de ensino nos HUs federais em 2008:

Secretaria de Educação Superior  
Diretoria de Hospitais Universitários Federais e Residências em Saúde

**Produção de atividades de ensino nos HU's federais em 2008**

HOSPITAIS POR PORTE	DOCENTES	ALUNOS	PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA	VAGAS PARA MÉDICOS RESIDENTES (ENTRADA - R1)	TOTAL DE MÉDICOS RESIDENTES	TOTAL DE RESIDENTES DE OUTRAS PROFISSÕES
PORTE I	234	4.214	9	59	64	24
PORTE II	560	8.383	57	179	312	152
PORTE III	1.981	21.667	295	753	1.421	18
PORTE IV	2.960	37.542	513	1.398	2.856	21
<b>TOTAL</b>	<b>5.735</b>	<b>71.806</b>	<b>874</b>	<b>2.389</b>	<b>4.653</b>	<b>215</b>

Ministério da Educação 

**Quadro 3** - Produção de atividades de ensino nos HU's Federais em 2008

Fonte: Ministério da Educação (BRASIL, 2009).

No ano de 2008 o quadro 4 apresenta a produção de atividades de pesquisa nos HUs federais:

**Secretaria de Educação Superior**  
**Diretoria de Hospitais Universitários Federais e Residências em Saúde**

**Produção de atividades de pesquisa nos HU's federais em 2008**

HOSPITAIS POR PORTE	DISSERTAÇÕES	TESES	PUBLICAÇÕES NACIONAIS	PUBLICAÇÕES INTERNACIONAIS	PROJETOS	LABORATÓRIOS
PORTE I	22	10	120	98	293	52
PORTE II	71	9	111	56	583	22
PORTE III	211	68	822	458	797	67
PORTE IV	940	448	933	3.846	4.057	450
<b>TOTAL</b>	<b>1.244</b>	<b>535</b>	<b>1.986</b>	<b>4.458</b>	<b>5.730</b>	<b>591</b>



**Quadro 4** - Produção de atividades de pesquisa nos HU`s Federais em 2008  
Fonte: Ministério da Educação (BRASIL, 2009).

Observa-se que os HUs federais vêm cumprindo o seu papel histórico de hospital-escola, fortalecendo sua missão que é ensino, pesquisa e assistência. Os financiamentos da rede de HUs Federais têm suas receitas correntes oriundas do MEC e Ministério da Saúde. O MEC financia a folha de pagamento, bolsa de residência médica e o programa interministerial que é compartilhado com o Ministério da Saúde, sendo este último responsável pelo financiamento dos serviços produzidos pelos HUs na média complexidade, alta complexidade, procedimentos estratégicos e incentivos.

Os HUs Federais aderiram à modalidade de financiamento contratualização que envolve a definição de metas pactuadas com os gestores locais do SUS com remuneração global com base no cumprimento de metas estabelecidas. Mediante este processo, os HUs Federais cumprem um novo papel na rede assistencial da região em que se situam, pactuado com o gestor local com interveniência do Ministério da Saúde. e MEC. Em 2008, o MEC financiou 69,9% dos recursos dos Hospitais Universitários Federais correspondentes a 2,9 bilhões e o Ministério da Saúde financiou 1,27 bilhões.

O financiamento dos Hospitais Universitários de Ensino teve um incentivo que foi criado através da Portaria SMES/MS nº 15 de 08 de janeiro de 1991, denominado de Fator de

Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária em Saúde (FIDEPS). A criação do FIDEPS foi a primeira estratégia que objetivou integrar os HE ao SUS.

Nos anos 90 e 2000 o FIDEPS sofreu muitas alterações através de portarias, no intuito de adaptar este incentivo a realidade dos HE e fortalecer o programa. A primeira delas foi a Portaria MS-MEC nº 01 de 16 de agosto de 1994 que estabelecia adicionais de 25, 50 e 75% sobre a receita das internações de acordo com critérios estabelecidos. Outra Portaria (GM/MS nº 1.127 de 31 de agosto de 1999) determinou que os gestores do SUS juntamente com a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) realizassem a verificação in loco das condições de funcionamento dos hospitais e do cumprimento dos requisitos estabelecidos na Portaria nº 01/94 (BRASIL, 2004b).

Todas as alterações objetivavam ampliar a cooperação dos HE com o SUS, porém este incentivo terminou sendo usado indiscriminadamente para favorecer hospitais que por várias questões foram merecedores de tratamento especial, levando a inclusão de hospitais que não eram de ensino e alguns hospitais de ensino ficaram fora do programa. Muitas o vezes referido incentivo foi incorporado ao custeio dos HUE para contornar problemas financeiros (BRASIL, 2004b).

Secretaria de Educação Superior  
Diretoria de Hospitais Universitários Federais e Residências em Saúde

**Situação financeira da rede de HU's federais  
(ano base 2008)**

ITENS APURADOS	FONTE: MEC/MS*	FONTE: REHUF
Receita corrente	R\$ 3.585.485.612,02	R\$ 3.704.219.994,05
Despesa corrente	R\$ 3.924.501.105,51	R\$ 3.924.501.105,51
Déficit corrente	- R\$ 339.014.493,49	- R\$ 220.281.111,46

\* Dados coletados a partir dos sistemas SIAPE, SIAFI e Ministério da Saúde

Ministério da Educação 

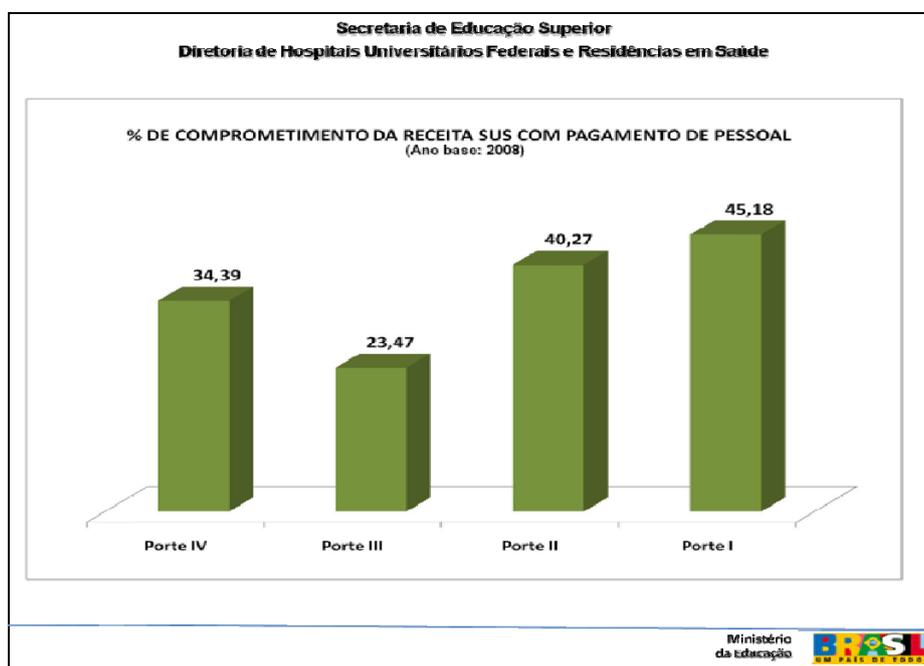
**Quadro 5** - Situação financeira de rede de HU's Federais, 2008

Fonte: Ministério da Educação (2009).

Os Hospitais Universitários estão recebendo menos recursos para atender ao aumento da demanda dos usuários, pois se utiliza das verbas do SUS para pagamento de pessoal quando deveria ser usada para melhoria de infraestrutura e de recursos tecnológicos e dar mais qualidade aos serviços prestados atendendo assim a sua missão de ensino, pesquisa e assistência. Os recursos estão defasados, o custo operacional é alto, medicamentos tem sempre elevação de preço e os insumos são caros.

Os HUE são instituições caras, pois contemplam atendimentos de alta complexidade e mesclam atividades de assistência médica com procedimentos didáticos. Segundo Dallora e Forster (2008), na Austrália o custo dos HUs é 12% mais elevado que de hospitais não universitários, enquanto que na Coréia do Sul sobe para 28%. No quadro 5 apresentamos a situação financeira dos HUs Federais em 2008, onde se percebe um déficit de R\$ 220.281.111,46.

Observamos no gráfico 1 quanto se gasta com recurso SUS com pagamento de pessoal por classificação de porte.



**Gráfico 1** - Comprometimento da receita SUS com pagamento de pessoal, 2008

Fonte: Ministério da Educação (BRASIL, 2009).

No ano de 2008, foram repassadas aos HUs Federais as seguintes receitas correntes: MEC – 2.488.035.049,05 (69,39%), M.S – 1.047.450.562,97 (30,61%) de um total de R\$ 3.585.485.612,02 (BRASIL, 2009).

A importância deste grupo pode ser visualizada na tabela 6 por região, totalizando 46 HUs federais e a classificação segundo o porte hospitalar na tabela 7:

**Tabela 6** - Distribuição dos Hospitais Universitários Federais por região – Setembro 2009

<b>Região</b>	<b>Nº de Hospitais</b>
Região Sudeste (ES, MG, RJ, SP)	16
Região Nordeste (AL, BA, CE, MA, PB, PE, PI, RN, SE)	15
Região Sul (PR, RS, SC)	07
Região Centro Oeste (DF, GO, MT, MS)	05
Região Norte (AC, AM, AP, PA, RO, RR, TO)	03

Fonte: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Superior (BRASIL, 2009).

**Tabela 7** - Distribuição dos Hospitais Universitários Federais por classificação do porte hospitalar – Setembro 2009

<b>Porte</b>	<b>Quantitativos</b>
I	10
II	7
III	16

Fonte: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Superior (BRASIL, 2009).

Os HUs federais representam uma parcela importante de leitos no país, totalizando 10.340 leitos ativos (BRASIL, 2009). O conjunto de HUs federais produz atividades assistenciais cuja magnitude apresentaremos na tabela 8, que mostra indicadores de produção de atividades por grau de complexidade:

**Tabela 8** - Indicadores de produção de atividades assistenciais e de complexidade – 2008

<b>Atividades assistenciais</b>	<b>Alta complexidade</b>	<b>Média complexidade</b>	<b>Fundo de Ações Estratégicas e compensação-FAEC</b>
Atendimentos de emergência	87.902	945.769	
Internações	64.854	331.581	6.401
Consultas	313.681	6.042.970	
Outros procedimentos	599.957	20.104.744	175.502

Fonte: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Superior (BRASIL, 2009).

O processo de gestão dos hospitais universitários (HUs) passa por vários desafios. Desde o financiamento até as crenças de poderes que predominam nestas instituições. A importante função de ensino entrelaçada com a assistência faz com que o custo destes hospitais seja mais caro que os demais. Atualmente, o MEC é responsável pelo financiamento da folha de pagamento de funcionários, bolsas de residências e o envio de parcela do programa interministerial. O grande problema é a quase inexistência de dotação orçamentária para custeio e investimento neste ministério.

O Ministério da Saúde é responsável pelo financiamento de prestação de serviço da média e alta complexidade e procedimentos estratégicos baseados na tabela SUS que é extremamente defasada, tendo como consequência uma grande dívida acumulada. Desta forma, a grande maioria dos HUs convive com defasagem tecnológica e sucateamento de estrutura física e até mesmo desativação de leitos.

Existe a necessidade de se rever urgentemente os valores das parcelas fixas de contratualização, com reajustes automáticos quando houver excedente da produção de média complexidade. A falta de pessoal proveniente de aposentadorias e expansão devido à mudança de perfil dos hospitais faz com que se utilizem os recursos provenientes da assistência para pagamento com pessoal contratado pelas fundações de apoio que fazem parte da estrutura dos HUs.

Os HUs possuem sua gestão administrativa centralizada nas políticas públicas emanadas pelos dois ministérios: MEC e Ministério da Saúde. A partir de 2009, os HUs

passaram a ser Unidade Gestora com sua dotação orçamentária própria, o que foi um grande avanço, pois permitiu a transparência do uso do dinheiro público.

O atual modelo da gestão de HUs está esgotado. Segundo matéria publicada na Folha de São Paulo em 13 de julho de 2007, citada por Anjos (2008), é preciso garantir maior autonomia gerencial e orçamentária, flexibilizar as relações trabalhistas, regras de licitação, premiar o servidor com bom desempenho, punir os que não têm compromisso, condicionar repasses de recursos condicionados a metas da gestão. É crônico o problema dos HUs de caráter financeiro, rigidez do modelo de administração, autonomia limitada, morosidade e questionamento de ordem jurídica e administrativa que dificultam a gestão.

No tocante à autonomia, os HUs encontram-se em estágios diversos em relação às IFES vinculadas, desde a independência total, como é o caso do Hospital das Clínicas de Porto Alegre, peculiar por ser empresa pública, até instituições com total dependência das IFES ou ainda de fundação de apoio.

Outro grande problema é a dificuldade na gestão de pessoal em razão dos diversos vínculos de trabalho (fundação de apoio, cooperativas, terceirizados, RJU, prestação de serviço sem vínculo), e acrescenta-se a tudo isto três dificuldades importantes: a primeira é a ausência de isonomia no tratamento entre serviços sujeitos a mesma legislação, como é o caso de médicos e demais profissionais, pois não existe registro eletrônico de frequência; a segunda dificuldade é o desconhecimento do quantitativo ideal de servidores, não existe um parâmetro estabelecido para o conjunto de HUs federais, para avaliar o grau de suficiência ou ociosidade do número de empregados.

Apesar do desconhecimento desse quantitativo ideal em algumas categorias, existe comprovadamente insuficiência de pessoal, que está sendo repostado com pagamentos dos recursos SUS, constituindo a terceira dificuldade e uma grande ilegalidade. Esforços são empreendidos pelos gestores dos HUs objetivando fazer valer suas missões, no entanto, existem dificuldades que são enfrentadas pelos constrangimentos legais produzidos pelas instâncias legislativas, executivas e dos tribunais de contas.

### ***2.2.5 Políticas para os hospitais universitários e de ensino***

O hospital de ensino pode ser defendido como uma organização hospitalar geral ou especializada que desenvolve atividades de capacitação de recursos humanos para a área de saúde, sendo responsável pela formação de professores generalistas e especialistas, além de

prestar assistência à saúde da população. Por apresentarem alta concentração tecnológica, professores especializados concentram também pacientes mais graves e atendimentos terciários, tornando-se referência no atendimento. Estas instituições são estratégicas para o Sistema Único de Saúde – SUS por desenvolverem papel importante junto à população, tanto em relação à assistência quanto ao desenvolvimento de ensino, pesquisa e novas tecnologias.

Com o advento da gestão plena, na qual os municípios adquiriram autonomia dos recursos, os gestores locais passaram a comprar serviços dos prestadores públicos e privados, inclusive dos hospitais universitários que se inseriram gradativamente no novo modelo tendo como consequência crises de gestão e financeiras, que permeiam até hoje.

Ainda na década de 80 o Ministério da Previdência e Assistência Social considerou o estudo feito pela Comissão Interministerial de Planejamento – CIPLAN/MEC/MPAS, que estabeleceu critérios e parâmetros para a aplicação do Índice de Valorização de Desempenho – IVD, que tinha como objetivo acrescentar valores financeiros ao convênio dos hospitais universitários.

Na década de 90 houve formalmente a definição do conceito de hospital de ensino quando se publicou a portaria do MEC nº 375 de 04 de março de 1991, específica, com a conceituação de hospital de ensino, hospital universitário, hospital escola e hospital auxiliar de ensino.

A partir de janeiro de 1991 os hospitais de ensino foram credenciados para receber o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária em Saúde – FIDEPS, sendo que o entendimento de hospital universitário era o da portaria interministerial MEC/MPAS nº 15 de 22 de maio de 1987.

Segundo Caldas (2008), o debate sobre a natureza das crises que afetavam os hospitais de ensino foi retomado em 2003, reconhecendo que as dificuldades das referidas crises não apontavam somente em dificuldades de financiamento, outros elementos críticos como o caráter estrutural organizativo e/ou de gestão eram relevantes. O desenvolvimento de políticas específicas que contemplassem as peculiaridades assistenciais de ensino e de pesquisa e não somente de financiamento era urgente, além de contemplar a definição do papel dos hospitais de ensino junto aos sistemas de saúde locais, com vistas à sua inserção definitiva ao SUS (BRASIL, 2004b).

Sobre este contexto, em 12 de maio de 2003, foi criada a portaria interministerial MS-MEC-MCT-MPOG nº 562 (BRASIL, 2003), que instituiu a comissão interinstitucional para reestruturação dos hospitais de ensino, que objetivava avaliar e diagnosticar a atual

situação dos hospitais universitários e de ensino no Brasil, visando reorientar e/ou formular a política nacional para o setor. A comissão foi composta por representantes de instituições governamentais e da sociedade civil. Alguns tópicos foram incorporados na agenda da comissão:

- A revisão e certificação dos hospitais de ensino
- O modelo de financiamento (global por contrato de gestão)
- O novo papel dos hospitais de ensino
- Os desenhos organizacionais e de gestão
- A democratização e gestão participativa
- A inserção, regulação e integração do SUS

Em resposta à crise crônica dos hospitais de ensino, no ano de 2004 os ministérios da saúde e da educação publicaram portarias interministeriais nº 1000, 1005, 1006 e 1702 de 2004 que objetivavam modificação na forma de certificação e financiamento dos hospitais de ensino. Segundo Vecina Neto (2007), a crise financeira estrutural em todas as dimensões dos hospitais universitários levou os gestores a pensar uma nova política para os hospitais de ensino com uma nova visão de inserção ao SUS, gestão hospitalar, qualificação da pesquisa e financiamento.

Mediante tudo isso, foi criado o programa de reestruturação e contratualização dos hospitais e de ensino pelos ministérios da saúde e da educação através das portarias interministeriais específicas, que reorientavam e reformulavam as novas políticas para os hospitais de ensino. Referidas portarias já previam a contratualização que é uma celebração de contrato em que são incluídas metas e indicadores de qualidade e produção e a real inserção dos hospitais de ensino na rede, com repasse fixo mensal acrescido do FIDEPS.

O primeiro instrumento que definiu novos requisitos para um hospital ser considerado de ensino já neste novo contexto foi a portaria interministerial MEC- Ministério da Saúde nº 1000, de 15 de abril de 2004, que define critérios referentes à **estrutura e processos** imprescindíveis para se ter **instalações** adequadas ao ensino, pesquisa e ações de vigilância epidemiológicas. Da mesma forma no que diz respeito aos processos, estabelece critérios para integração, inserção do hospital à rede de saúde local (sistema de urgência e emergência locorregional) com total inserção do SUS.

Outro ponto importante da portaria é a implantação de políticas prioritárias do SUS, como por exemplo, política nacional de humanização dentre outras.

A definição dos documentos para o cumprimento dos requisitos da Portaria Interministerial MEC/MS nº 1000 foi estabelecida através da Portaria Interministerial nº 1005/ME/MS de 27 de março de 2004.

A Portaria Interministerial MEC/MS 1000 foi revogada pela Portaria Interministerial MEC-MS nº 2.004 de 2 de outubro de 2007 (ANEXO A), incluindo mecanismos de gerenciamento das atividades de ensino e pesquisa e define quais e como as comissões hospitalares devem ativar em permanente funcionamento (BRASIL, 2007).

Para um hospital receber o título de Hospital de Ensino, envia documentação necessária e recebe a visita da comissão certificadora durante 3 dias quando os avaliadores reúnem-se com a direção do hospital com representantes de alunos (graduandos, pós-graduandos, residentes e internos) e funcionários.

Dando continuidade à legislação norteadora da política para os Hospitais Universitários e de Ensino, houve a publicação dos programas de reestruturação dos HE. A Portaria MEC-MS nº 1006 de 27 de março de 2004 abrigou o primeiro programa de reestruturação dos hospitais de ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde que englobou os Hospitais Universitários às IFES. Logo em seguida, foi publicada a Portaria GM/MS nº 1702 de 17 de agosto de 2004 que abrange os Hospitais de Ensino Públicos e Privados.

A diferença entre os dois programas é que os HUs vinculados às IFES são acompanhados pelos dois Ministérios, o da Educação e Saúde. Já os outros HUs recebem acompanhamento somente pelo Ministério da Saúde. Constam nas portarias que criam os programas de reestruturação dos hospitais de ensino um termo de referencia que estabelece as diretrizes gerais para contratualização entre Hospitais de Ensino e os gestores do SUS.

O referido termo de referencia estabelece a formalização da contratualização, fixação de metas e indicadores do processo de atenção à saúde, ensino, pesquisa e de gestão hospitalar que deverá ser acompanhado por conselho gestor ou comissão permanente de acompanhamento de contratos.

Complementando a legislação da atual política para os Hospitais Universitários e de Ensino foram publicadas as portarias GM/MS nº 1082 de 4 de julho de 2005 (extingue o FIDEPS) GM/MS nº 35 de 06 de janeiro de 2006 (prorroga o prazo de extinção do FIDEPS), portaria GM/MS nº 1631 de 20 de julho de 2006 (prorroga o prazo de extinção do FIDEPS). As políticas para os Hospitais Universitários e de Ensino serão apresentados no quadro 6:

<b>Ato/nº</b>	<b>Data</b>	<b>Especificação</b>
Portaria Interministerial MS-MOG-MEC-MCT nº 562	12 de maio de 2003	Constitui a Comissão Interinstitucional com o objetivo de avaliar e diagnosticar a atual situação dos Hospitais Universitários e de Ensino no Brasil, visando reorientar e/ou formular a política nacional para o setor.
Portaria Interministerial MEC-MS nº 1.000	15 de abril de 2004	Define os requisitos para certificação dos Hospitais de Ensino.
Portaria Interministerial MEC-MS nº 1.005	27 de maio de 2004	Define os documentos para verificação do cumprimento dos requisitos obrigatórios relacionados aos Incisos I a XVII do artigo 6º da Portaria Interministerial MEC-MS nº1.000.
Portaria Interministerial MEC-MS nº 1.006	27 de maio de 2004	Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde.
Portaria GM/MS nº 1.702	17 de agosto de 2004	Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.
Portaria GM/MS nº 1.082	4 de julho de 2005	Extingue o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e a Pesquisa Universitária em Saúde - FIDEPS.
Portaria GM/MS nº 35	6 de janeiro de 2006	Prorroga o prazo de extinção do Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e a Pesquisa Universitária em Saúde - FIDEPS.
Portaria GM/MS nº 1.631	20 de julho de 2006	Prorroga o prazo de extinção do Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e a Pesquisa Universitária em Saúde - FIDEPS.
Portaria Interministerial MEC-MS nº 2.400	2 de outubro de 2007	Estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino. Revoga as Portarias Interministeriais MEC-MS nº1.000/04 e nº 1.005/04
Decreto 7.082	27 de janeiro de 2010	Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais- REHUF dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais.

**Quadro 6** - Legislação referente à atual política para os Hospitais Universitários e de Ensino  
Fonte: Brasil (2004b), Bittar e Magalhães (2007).

Na história da evolução dos hospitais, os de ensino são tão antigos quanto o conceito de saúde. No entanto a necessidade de se conceituar o hospital de ensino só foi percebida na década de 90, até então sem definição exata, estabelecida por portaria específica.

Os hospitais de ensino ao longo dos últimos anos entraram em uma crise financeira que levou os gestores a pensar uma nova política com inserção no SUS, inclusive financiamento. Após a certificação como hospital de ensino, iniciou-se a fase de

contratualização na qual é estabelecida metas quantitativas e qualitativas do processo de assistência, ensino e pesquisa e de gestão hospitalar.

O início deste trabalho se deu anteriormente ao decreto nº 7.082/10 de 27 de janeiro de 2010 (ANEXO B), que institui o REHUF – Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (BRASIL, 2010).

O REHUF foi criado com destinação à reestruturação e revitalização dos hospitais das universidades federais, integradas no Sistema Único de Saúde (SUS). O referido programa objetiva criar condições materiais e institucionais para que os HUs federais possam desempenhar com plenitude suas missões: ensino, pesquisa e assistência.

O decreto estabelece objetivos específicos para atender as necessidades do ensino, pesquisa, extensão, bem como para a assistência a saúde. O financiamento dos HUs será partilhado prioritariamente entre as áreas de saúde e educação, ou seja, o M.S e MEC. Como primeira etapa do REHUF será descentralizado por meio do M.S. recursos financeiros adicionais de custeio, na monta de R\$ 100.000.000,00 (cem milhões).

Até agosto/2010 foi emitida a portaria nº 1.929 de 19 de julho de 2010, que estabeleceu recursos financeiros a serem incorporados ao teto financeiro anual dos hospitais universitários federais.

Para o HUWC coube um valor de R\$ 2.153.718,54 para serem utilizados em custeio, que foram colocados da seguinte forma: aquisição de insumos para laboratório; material médico para cirurgias cardíacas; serviços de terceiros para melhoria dos ambientes físicos.

## **2.3 Práticas de ensino na formação médica e ferramentas para gestão sustentável**

### ***2.3.1 Práticas de ensino na formação médica***

A criação da primeira escola médica no Brasil aconteceu em fevereiro de 1808, em Salvador, por Dom João VI, iniciando-se naquele momento o processo de profissionalização da medicina no Brasil. Ao instalar-se no mesmo ano no Rio de Janeiro, em novembro, Dom João criou a segunda escola médica iniciando-se assim a criação dos cursos superiores no Brasil. Em 03 de outubro de 1832, mudaram as condições da formação médica, quando aconteceu a reforma das duas escolas, havendo um fortalecimento da profissão. A lei

de 03 de outubro de 1832 marcava o reconhecimento da profissão e unificava as atividades de cirurgias, boticário e físico.

Ao longo dos anos, os médicos se organizaram, agrupando-se em três grandes entidades de classe: a Associação Médica Brasileira (AMB), o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Federação Nacional de Médicos (FENAM). A formação médica está sob responsabilidade das escolas médicas, reunidas na Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM).

A reforma universitária e a reforma do ensino médio, implantadas no final da década de 60, produziram grandes efeitos nos anos seguintes, interferindo na dinâmica dos cursos e nas organizações das escolas, fazendo interface com o ensino da saúde pública. O curso de medicina é o curso de graduação mais longo, com duração de seis anos representando o custo mais elevado para a sociedade.

Segundo Lampert (2001), a fragmentação do conhecimento em especialidades se reflete na estrutura dos currículos dos cursos de medicina, na forma de departamento e de disciplinas isoladas que interagem muito pouco. Desta forma, o estudante volta-se para uma especialização em uma fase muito precoce da sua formação. Relata ainda Lampert (2001), que os currículos das escolas médicas são estruturados de forma que predominam disciplinas ministradas por docentes especialistas.

Este modelo é referência e é respeitado tendo destaque social e acadêmico, porém, esses fatores são pontos que dificultam implementações de propostas inovadoras em reformas curriculares, visando à integração e contextualização.

[...] é a forma tradicional de ensinar medicina no contexto do denominado paradigma flexneriano que se tem caracterizado: (a) pela predominância de aulas teóricas, enfocando a doença e o conhecimento fragmentado em disciplinas; (b) pelo fato de o processo de ensino-aprendizagem estar centrado no professor em aulas expositivas e demonstrativas; (c) pela prática desenvolvida predominantemente no hospital; (d) pela capacitação docente centrada unicamente na competência técnico-científica; e (e) pelo mercado de trabalho referido apenas pelo tradicional consultório, onde o médico domina os instrumentos diagnósticos e os encaminhamentos, e cobra seus honorários sem intervenções de terceiros. Esse modelo, como já foi dito, tem enfatizado as especializações precocemente, ainda na graduação, dificultando a formação geral dos médicos. Daí saem, com frequência, pseudo-especialistas. (LAMPERT, 2001, p.14).

No quadro 6 observamos as principais leis regulamentares da profissão médica no Brasil, inclusive diretrizes para o ensino médico.

ANO	DOCUMENTO	CONTEÚDO
1808	Carta Régia	Criação da primeira escola médica em Salvador/BA
1808	Decreto	Criação da segunda escola médica no Rio de Janeiro/RJ
1813	Reforma	Escolas médicas passam a ser chamadas de Colégios Médicos-Cirúrgicos e ampliam o número de cadeiras
1826	Lei de 09 de setembro	Outorga às escolas brasileiras o direito de conferirem cartas de cirurgião ou cirurgião formado e de médico aos alunos por elas formados. Essa lei foi ampliada, em 1828, determinando que só médicos diplomados podiam clinicar, desaparecendo as “cartas de licenciamento”
1832	Lei de 03 de outubro	As escolas médicas são denominadas Faculdades de Medicina, o curso de formação é estendido para seis anos, as escolas concedem os títulos de doutor em medicina, de farmacêutico e de parteiro; estabelece a obrigatoriedade de exames preparatórios, exigindo dos candidatos à medicina conhecimento de francês, inglês, latim, filosofia, aritmética e geometria. Para o farmacêutico era dispensada a prova de latim e filosofia.
1879	Lei de 19 de abril	Chamada “lei do ensino livre”, pois abriu as portas para a iniciativa particular
	Reforma Leôncio de Carvalho	Aumenta para 26 o número de cadeiras nas escolas médicas
1945	Decreto-lei /. 955 de 13 de setembro	Criado o Conselho Federal de Medicina sem o apoio da classe que argumentava não ter sido consultada. Colocado em vigor o Código de Deontologia Médica
1955	Anteprojeto de reforma do Decreto-lei /. 955	Enviado ao Congresso Nacional, com quatro artigos, propondo que o próprio conselho fizesse sua regulamentação e se constituísse em autarquia
1957	Lei 3.268 de 30 de setembro	Criado o atual Conselho Federal de Medicina (CFM) e os conselhos regionais
1958	Decreto 44.045 de 19 de julho	Regulamenta a Lei 3.268 e aprova o regulamento do CFM e dos Conselhos Regionais
1965		Criado o Código de Ética Médica
1969	Resolução nº 8 de outubro	Embasado no parecer 506/69, o Conselho Federal de Educação/MEC dita diretrizes para a revisão dos currículos tradicionais das escolas médicas e estabelece o <i>Currículo Mínimo</i>
1977	Decreto presidencial	Criada a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) sob a direção do MEC
1984	Resolução 1.154	do CFM, altera o Código de Ética e substitui o de 1965. Expressa os princípios que tratam da afirmação do ideal de serviço, declarando a responsabilidade para com os pacientes e a sociedade, procurando disciplinar-se no mercado, apontando para uma relação de harmonia entre os pares
1997	Edital MEC/SESu de 04 de dezembro	Expõe parâmetros para as Instituições de Ensino Superior e comunidade interessada apresentarem propostas de novas Diretrizes Curriculares – da relevância para a definição das competências e habilidades profissionais ao final do curso para a entrada no mercado de trabalho
2001	Resolução nº 4 de 07 de novembro do CNE/CES	Homologação pelo Ministério da Educação institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação de Medicina, a serem observadas na organização curricular das Instituições do sistema de Educação Superior do País

**Quadro 7** – Leis regulamentares da formação médica no Brasil

Fonte: Lampert (2001).

A prática do estudante de medicina vista como experiência pedagógica e não como contribuição para a transformação da realidade no setor de saúde, exime o acadêmico do trabalho produtivo (GARCIA, 1972).

A proposta de formação que inclui o médico trabalhando como ajudante de outro médico significa a possibilidade de participação progressiva no exercício prático da profissão. Estas questões das relações estudo (ensino) e trabalho (assistência, produção) demonstram claramente a necessidade de um ensino que focasse também percepções sobre gestão, constituindo um dos problemas importantes da educação médica atual.

A preocupação dos investigadores e gestores da educação no campo da saúde no final da década de 60 e o início dos anos 70, mesmo que de forma hegemônica, contribuiu para a tomada de outro rumo, fazendo com que a relação entre o ensino e a prática médica se tornasse necessário e obrigatório para os questionadores da prática pedagógica atual, do ensino da formação médica.

### ***2.3.2 Ferramentas para gestão sustentável***

#### *2.3.2.1 Planejamento estratégico / práticas de estratégias em empresas hospitalares*

As organizações necessitam de um planejamento para que atinjam seus objetivos, direcionem suas ações e continuem sobrevivendo. Para Tajra e Santos (2003) é preciso planejar para:

- Conseguir um objetivo comum
- Direcionar as ações
- Ter parâmetros para a análise do desempenho organizacional
- Identificar pró-ativamente os pontos críticos do negócio
- Estimular o trabalho em equipe
- Utilizar melhor os recursos humanos, físicos e tecnológicos

Segundo Federighi (2005), existe grande diferença entre planejamento e planejamento estratégico. O planejamento tem um olhar endógeno, voltado para a organização, é um instrumento de previsão do futuro próximo, trabalha no redesenho e na reformulação de questões imediatas agindo sobre situações existentes para solução de crises. O planejamento estratégico tem seu olhar voltado para fora, sendo exógeno. O objetivo é a liderança no negócio, afetando a concorrência, desta forma, envolve riscos e muda o pensamento dos dirigentes.

Conforme Kotler e Murphy (1996), um planejamento estratégico que é voltado para o mercado é um processo que desenvolve e mantém uma viabilidade entre objetivos,

experiências e recursos de organização e as suas oportunidades em um mercado que está sempre em transformação. Para Certo e Peter (1993, p.6), planejamento estratégico é um “processo contínuo e interativo que visa manter uma organização como um conjunto apropriadamente integrado a seu ambiente”.

A palavra estratégia em sentido mais restrito se define no jargão militar “a arte de se dirigir operações militares” enquanto outros definem como a arte de dirigir um assunto. Mas de fato o que vem a ser estratégia na concepção de autores que debatem sobre o tema? Em relação às dimensões das mesmas, estas são variadas. Existem escolas com diferentes dimensões, como as dez escolas citadas por Mintzberg (2000) (Design, Planejamento, Posicionamento, Empreendedora, Cognitiva, Aprendizado, Poder, Cultural, Ambiental, Configuração).

Nos achados literários que registram a base de conceituações da forma e do conteúdo da mesma, selecionou-se alguns teóricos no intuito de se fazer uma breve explanação da linha de pensamento de cada um. São eles: Henderson (1985), Mintzberg e Waters (1982), Quinn (1980) e Selznick (1957).

Iniciando por Henderson (1985), obteve-se a afirmação de que a estratégia é a busca deliberada de um plano de ação para desenvolver e ajustar a vantagem competitiva de uma empresa. Na mesma linha de pensamento entra em cena Quinn (1980) para confirmar que a estratégia é um padrão ou plano que integra as principais metas, políticas e seqüências de ações de uma organização em um todo coerente. Juntando-se aos mesmos, Mintzberg e Waters (1982) batem o martelo – a estratégia é um padrão – especificamente um padrão em fluxo de ações.

Os autores entram ainda na discussão com a informação de que a essência da formulação da estratégia é lidar com a concorrência, Quinn (1980) retorna a discussão chamando a atenção das organizações para a importância de formular bem suas estratégias a fim de ordenar e alocar os seus recursos com eficácia, e que estas deverão contemplar três elementos considerados essenciais: (I) as metas que a empresa deseja alcançar, (II) as políticas principais que orientam ou limitam as ações e (III) os principais programas que devem atingir as metas definidas dentro dos limites estabelecidos. Por fim Selznick (1957) dá um fechamento poético – a estratégia é para a organização o que a personalidade é para o indivíduo.

Reportando-se as organizações de saúde, extraiu-se da fonte literária pertinente ao assunto, a informação de que mesmo sendo de pequeno porte, estas são conhecidas e consideradas como as organizações mais complexas.

Diante da complexidade que é peculiar a essas organizações, é válido que se dê mais uma chamada para a importância da criação e implementação de estratégia na gestão destas empresas. Não só delas, mas também das contribuições advindas das teorias organizacionais no desempenho das linhas de ação que as empresas se propõem.

Vale salientar que a estratégia organizacional constitui o mecanismo através do qual a organização interage com seu contexto ambiental. Considerando que o hospital interage sistemicamente com o meio ambiente externo e interno em termos de políticas públicas, mudanças e de evolução acelerada.

Nas últimas duas décadas, o marco teórico sobre estratégia tornou-se tema discutido no mundo empresarial. A busca do caminho a ser trilhado, o objetivo a ser alcançado, a munição para o enfrentamento da batalha do dia-a-dia num ambiente complexo de constantes mudanças e competitividade, são desafios que tem conduzido as organizações a buscarem incessantemente instrumentos e meios que possam subsidiar o processo de crescimento, desenvolvimento, sustentabilidade e competitividade, para o cumprimento da missão que a empresa se propõe no mercado em que atua.

É aqui que o papel da estratégia se solidifica. Uma estratégia bem formalizada e implementada proporcionará bons resultados a organização, pois gera impacto na gestão dos seus recursos para criação de produtos e serviços com aceitabilidade no mercado, proporciona a empresa manter-se lucrativa, tanto em termos de aumento de valor da credibilidade percebido pelo cliente, quanto pela redução do custo, ou da ocorrência de ambos.

Sem esquecer que esta possibilita ainda, meios para que a empresa possa traçar seu próprio perfil competitivo. Segundo relatos de teóricos que escrevem sobre o assunto, as estratégias se forem bem utilizadas é possível que se tenha a sinalização da existência das ameaças ou das oportunidades encontradas no ambiente externo e interno das empresas.

Na gestão empresarial, a estratégia é vista como sendo decisões de ação direcionadas para o sucesso. E nesta realidade estão inseridas todos os tipos de empresas, independente de sua natureza jurídica, se pública ou privada, se pertencem ou não ao contexto social, econômico ou da saúde.

Através da identificação das ameaças e oportunidades originadas das estratégias na área hospitalar e suas ações de saúde vinculadas à participação interna do ambiente das

organizações hospitalares, estas contemplam fatores de crescimento, auto-sustentação, capacidade operacional e tecnológica que irão dar a resolutividade para a saúde do cliente.

Para a realização das ações em organizações hospitalares públicas, estas contam com a estratégia como opção organizacional que será sempre induzida por alguma visão do ambiente externo e interno, que poderá contar com um conjunto de atributos de gestão e de gerencia que subsidiam o cumprimento das diretrizes de saúde estabelecidas na Constituição de 1988, bem como para o exercício de uma gestão de boa qualidade, através da implantação de técnicas e métodos coerentes em relação ao desafio da implantação de um sistema de saúde universalizado, integral, equânime, descentralizado e hierarquizado em nosso país.

Estudiosos e pesquisadores constataram que para a operacionalização da linha de ação de estratégias hospitalares, seu desenvolvimento, sua formulação se dão através de vários modelos que não se excluem entre si, mas que se constituem alternativas que incluem decisões e atividades que viabilizam a organização hospitalar, sua manutenção e a incrementação de sua performance, o que pode ser exemplificado como: controles financeiros, planejamento estratégico, estratégias competitivas, a moderna estratégia, controle estratégico e a vantagem competitiva.

No mundo moderno, com o avanço da tecnologia, da indústria farmacêutica, dentre outros fatores, o hospital vislumbra como a empresa mais complexa deste cenário, precisando operar em um contexto de serviços com qualidade a fim de torna – lá mais confiável e capaz de responder pelas demandas dos indivíduos, assegurando a garantia de sua saúde, uma vez que o indivíduo saudável é fator determinante para o desenvolvimento de um país. Segundo estudos a cerca do assunto, várias são as estratégias que poderão ser utilizadas para o sucesso desta organização: qualidade total, reengenharia de processos, administração por políticas e outras.

Existem diferentes enfoques na formulação e desenvolvimento das estratégias, e em uma indústria de área de saúde, especialmente a empresa hospitalar, esta atividade constitui-se um grande desafio, pois o hospital é caracterizado como Organização Social com funções múltiplas, objetivas e nobres por salvar a vida das pessoas.

Em Minotto (2002), encontra-se que o desafio não é a construção das estratégias, mas a sua implementação e o seu aprofundamento os problemas estão na falta de habilidade e ou experiência na execução das estratégias e não na formulação das mesmas. Ressalta ainda a estratégia leva o desempenho hospitalar a ser bem sucedido no trato e na convivência com as

incertezas futuras e a não imprevisibilidade do ambiente externo e interno, que passam a ser uma constante no ciclo de vida organizacional.

As maneiras de formular estratégias nas organizações hospitalares passam a ter significado importante para o exercício de sua missão, a partir das dificuldades de manter o equilíbrio entre o trinômio oferta de serviço pelos hospitais X procura por esses serviços X limitações de financiamento, especialmente no sistema de Saúde Governamental – Sistema Único de Saúde – SUS.

Para Gonçalves e Axé (1999, p.84): “O hospital precisa ser administrado de maneira profissional – empresarial para ser bem sucedido, sendo assim, a estratégia é elemento fundamental para o desenvolvimento desta organização”.

Extraiu-se da literatura de Minotto (2002) que em pesquisa feita em dezesseis empresas da Inglaterra foram identificados três estilos de condução de estratégias bem sucedidas a saber: Planejamento Estratégico; Controle Financeiro e Controle Estratégico.

Várias são as estratégias identificadas em Organizações Hospitalares. Nos estudos de Bruxel (1994) são identificadas metas e diretrizes de planejamento estratégico tais como: metas de faturamento, composição de fontes de financiamento e à margem de resultados para a auto sustentação e o crescimento como indicadores estratégicos além da margem de resultados, identificação de ocupação de leitos, média de permanência, produção do hospital e a satisfação dos pacientes e funcionários.

A elaboração de um planejamento estratégico visando a criação do futuro organizacional implica na seguinte estrutura:

**I** – Elaboração da missão, visão e valores

**II** – Diagnóstico – análise ambiental

Externo: oportunidades e ameaças

Interno: pontos fortes e pontos fracos

**III** – Cenários

Objetivos

Formulações estratégicas, plano de ação

### *2.3.2.2 Gestão pela qualidade total aplicada a hospitais*

Na década de 1930, nasceu um novo conceito de controle de qualidade, com aplicação de carta de controle de qualidade nos processos industriais.

Com a introdução progressiva do controle estatístico dos resultados que se desejava atingir, no sistema produtivo planejado, os esforços para a melhoria da qualidade receberam grande impulso. O uso de qualidade foi um grande campo fértil no Japão pós-guerra em vista de sua devastação.

A implantação da qualidade na gestão de uma empresa não é fácil e nem tão simples, pois significa estar direcionando a mesma para outro rumo, sendo necessárias profundas mudanças no estilo da gestão e no comportamento das pessoas.

A qualidade dos produtos ou serviços, como estratégia de negócios, é amplamente reconhecida como uma força no mercado competitivo, tanto no âmbito interno e externo, como nos setores públicos e privados.

O controle de qualidade total é um conjunto de técnicas gerenciais que otimiza o fazer humano, no sentido do que se está produzindo, seja um bem ou um serviço. Dentre as várias abordagens de autores sobre o assunto, destacam-se pontos positivos relacionados à qualidade pautados no processo de produção ou associados a características do produto e/ou serviços, bem como ao valor, produtividade, dentre outros.

Considerando os aspectos práticos na gestão de uma empresa que adota a qualidade como ferramenta para seu gerenciamento, podemos citar o forte impacto causado na maioria dos setores industriais quando da elevação das vendas, faturamento, aumento de produtividade, enfim, aumento da eficácia operacional.

Para que uma empresa alcance a qualidade tão almejada precisa-se do apoio incondicional da alta administração para que o processo aconteça. Fatores práticos associados à qualidade como aumento de produtividade, estratégia competitiva de mercado, orientação para o marketing, foco na prevenção dos problemas, antecipação das necessidades futuras, sobrevivência da empresa, estão ligados a conceitos de **CONTROLE DE PROCESSO**, onde se envolve a melhoria e como esta melhoria deve ser administrada.

Ações importantes como **estabelecimento da diretriz do controle** que é o planejamento; a **meta**, faixa de valores desejados; o **método** que é o procedimento; devem fazer parte de como o controle do processo organizacional deve ser usado. Portanto, a GQT está centrada no **CONTROLE DO PROCESSO** tendo como meta a satisfação das necessidades das pessoas, sendo que o mais importante deste controle é a garantia da qualidade do seu produto, no caso do hospital, o serviço prestado.

O processo assistencial apresenta características únicas que o distingue de todos os outros. O paciente é, ao mesmo tempo, cliente e matéria-prima do processo, considerando

que a matéria-prima paciente não pode ser padronizada, interferindo de forma não controlável nos resultados do processo. No processo assistencial de organização hospitalar não é admitido outro tipo de controle que não o que focaliza e centra no processo, e sempre se deseja zero de erros.

Os clientes do processo na instituição hospitalar são os seguintes: o paciente, a família, a fonte pagadora e o médico. Somente a satisfação simultânea dos quatro, poderá ser considerada uma prestação de serviços adequada.

Seguindo Couto e Pedrosa (2003), a gerência pela qualidade total é uma das inúmeras técnicas usadas para se tentar obter a desejada qualidade e a que parece ser a mais adequada para o uso hospitalar.

Esse modelo gerencial vem sendo aplicado amplamente nos hospitais norte-americanos nos últimos anos, em um esforço para melhorar e garantir a qualidade da assistência. O modelo norte-americano era, até então, centrado na averiguação da presença de condições estruturais hospitalares, para alcançar a qualidade. (COUTO; PEDROSA, 2003, p.146).

No entanto, apesar das condições de avaliação serem feitas pela Joint Commission Audition, este modelo mostrou-se ainda insuficiente, pois não estava garantindo a qualidade do produto, no caso, a assistência. Relata ainda Couto e Pedrosa (2003) que a partir desta constatação, vem ocorrendo complementação pela Gestão pela Qualidade Total (GQT) do Sistema de Auditoria e Credenciamento.

Considerando que o gerenciamento da qualidade total é um processo orientado para pessoas, objetivando a satisfação do cliente, não podemos esquecer que estamos envolvendo “GENTE”, pessoas neste processo. Compreende-se que não exista um Sistema de Qualidade, mas sim um SISTEMA DE PRODUÇÃO de serviços ou produtos.

Partindo-se do princípio de que um sistema tem suas entradas, que são processadas, e/ou transformadas para obtenção dos resultados, e que este sistema é sempre alimentado por pessoas, pressupõe-se ser praticamente impossível que a qualidade destes produtos ou serviços produzidos por “pessoas” não tenham defeitos.

Associado aos fatores tais como exigência e um maior grau de maturidade dos consumidores no que se refere aos produtos e serviços adquiridos, forte concorrência interna e externa, busca de maior eficiência nos processos internos, conquista de novos mercados, causadas por produtos e serviços com qualidade inferior, as organizações estão tomando consciência de que investimento em qualidade pode ser uma questão de sobrevivência, um diferencial competitivo superior.

Dentro desse contexto, a Gestão pela Qualidade Total – GQT insere-se como uma importante forma de gestão capaz de atender as necessidades das organizações fornecedoras de produtos ou serviços.

### *2.3.2.3 A importância da gestão de custos em hospitais*

O desenvolvimento da contabilidade de custos foi inicialmente com a preocupação de mensuração monetária dos estoques e resultados e não como instrumento administrativo. A tomada de decisão como forma de auxiliar gerencialmente só aconteceu há algumas décadas. As regras e os princípios aceitos na contabilidade de custos foram criados com a finalidade básica de avaliação de estoques e dos resultados.

A necessidade de implementar um sistema de custos com expectativa de tomada de decisão só foi possível com certas adaptações para esse outro potencial.

Os hospitais foram considerados em 1980, pela Associação Americana de Hospitais (AHA), como sendo as organizações mais complexas na prestação dos serviços que são importantes para a sociedade. Por isso, apresentam níveis significativos de gastos. A limitação de recursos para a área de saúde e a crescente demanda das necessidades para o atendimento a saúde justificam a importância e estudos sobre custos nas organizações hospitalares.

A elevação dos gastos e custos com a assistência médica é explicada pelo aumento e envelhecimento da população, bem como a complexidade tecnológica, modificação do perfil epidemiológico com o surgimento de novas doenças, aumento da prevalência de moléstias crônico-degenerativas e do trauma.

A gestão de custos passou a ser recomendada como o componente do sistema de informação financeira mais importante para a análise gerencial e tomada de decisões estratégicas da instituição hospitalar.

Segundo Dallora e Forster (2008):

Também merece destaque o processo gerencial tradicionalmente adotado que carece de informações de custos e uma mentalidade de otimização das atividades, privilegiando a defesa da quantidade de recursos, sem contudo, considerar a busca pela eficiência. (DALLORA E FORSTER, 2008, p.135).

Informações detalhadas sobre custos oferecem maiores esclarecimentos sobre o comportamento dos diversos serviços do hospital, permitindo melhor gerenciamento dos

mesmos. Conforme Finkler (1994; p.4) a definição de contabilidade de custos desenvolvida para hospitais seria:

Um elemento da gerencia financeira que gera informação sobre os custos de uma organização e seus componentes. Como tal a contabilidade de custos é um subconjunto da contabilidade geral. Contabilidade gera informação financeira para a tomada de decisões. (FINKLER, 1994, p.4).

Para Dallora e Forster (2008, p.135), “em meio a um cenário mais competitivo, as organizações de saúde passam a ter necessidade de instrumentos de gestão econômica, sem os quais não conseguirão sua viabilização, para não dizer manutenção e sobrevivência”.

Para os gestores, o enfrentamento de novos desafios para a sustentabilidade da organização hospitalar assume um papel de destaque na avaliação econômica da saúde, sempre na busca de eficiência das atividades hospitalares. Os hospitais universitários agregam atividades de assistência, ensino e pesquisa, apresentando características que incrementam seus custos como as atividades docente-assistenciais, e serviços básicos e secundários de saúde, pois as estruturas são constituídas para oferecer atividades de alta tecnologia.

Segundo Dallora e Forster (2008), a implementação de um sistema de custeio é uma ferramenta de gestão muito útil para a gestão eficiente dos hospitais em um contexto de custos elevados, recursos escassos, qualidade e bons serviços.

Para Ching (2001) o Hospital Nacional Docente Madre-Niño “San Bartolomé” é um hospital nível II no Peru que implementou o custeio por absorção, com finalidade de avaliar sua eficiência, utilizar da melhor forma os recursos escassos disponíveis e definir adequadamente o orçamento conseguindo otimizar processos, métodos e procedimentos na prestação de serviços, como conseqüente racionalização e melhor emprego dos recursos.

Devido ao grande aporte de recursos públicos necessários ao funcionamento dos HUs e pela representação na produção da assistência médica brasileira justifica-se a gestão de custos nestes hospitais, assumindo singular complexidade pela heterogeneidade e pouca padronização dos serviços prestados.

Dallora e Forster (2008, p.157) afirmam que “Hospitais universitários são caros e seu equilíbrio financeiro é um grande desafio que depende de receita e dos custos. Diante desse quadro, onde a receita é pouco negociada, uma possível solução passa pela gestão dos custos internos”.

Uma das tarefas mais difíceis para um gestor é diminuir custos. O gerenciamento de custos hospitalares objetivando otimização dos recursos é extremamente necessário e é um

importante fator para o equilíbrio financeiro, almejando a sustentabilidade da organização e conseqüente aumento da qualidade na prestação dos serviços e boas práticas de ensino.

Para tanto, um melhor conhecimento dos custos de funcionamento do hospital e informações confiáveis e tempestivas objetivando subsidiar a tomada de decisões para a adoção de medidas corretivas são aspectos fundamentais para o gerenciamento.

#### *2.3.2.4 Tecnologia da informação aplicada à gestão hospitalar*

O gerenciamento da informação assume importante papel nas organizações, pois isto representa um diferencial competitivo. A tecnologia da informação é o conjunto de tecnologias empregadas no gerenciamento de dados e informações de forma automatizada.

Para vários ramos das organizações, indústria, comércio e serviços, o uso adequado da Tecnologia da Informação (TI) é uma questão de sobrevivência. Na área hospitalar além da questão da sobrevivência, existe uma quantidade enorme de dados que são gerados rotineiramente que devem ser manipulados através de um sistema informatizado de alta confiabilidade.

Os milhões de profissionais de saúde que se dedicam diariamente a salvar vidas e amenizar os sofrimentos de bilhões de habitantes do planeta contam com grandes aliados, dentre eles a tecnologia da informação. Ferramentas como a web são capazes de em questão de segundos popularizar uma informação científica com todas as comunidades médicas.

Segundo Hummel (2006) o conhecimento gerado pelo uso intensivo do prontuário digital do paciente, acelera exponencialmente o controle de endemias. Condição jamais sonhada no século XX. Relata ainda, que no mundo de hoje, temos que aceitar a idéia de que podemos produzir medicina numa brutal escala com velocidade não mensurável, graças às tecnologias de informação e comunicação.

A tecnologia da informação oferece soluções que gerenciam as informações da área da saúde, tornando-se importante aliada para médicos e gestores no funcionamento de hospitais ou clínicas. Uma tomografia computadorizada de anos atrás poderá ser comparada com uma atual graças a tecnologia da informação. As despesas com armazenamento de papel poderá ser extinta e os custos podem ser apurados com muito mais segurança, dando confiabilidade e conhecimento ao gestor.

De acordo com Rodrigues Filho, Xavier e Adriano (2001), as afirmações originadas da combinação de computadores, redes de telecomunicações, informações médicas

e dados eletrônicos de pacientes podem melhorar a qualidade do cuidado de saúde, a produtividade dos profissionais de saúde, facilitar o acesso aos serviços disponíveis e reduzir custos administrativos associados a prestação de serviços.

#### *2.3.2.5 BSC como ferramenta gerencial nas organizações hospitalares*

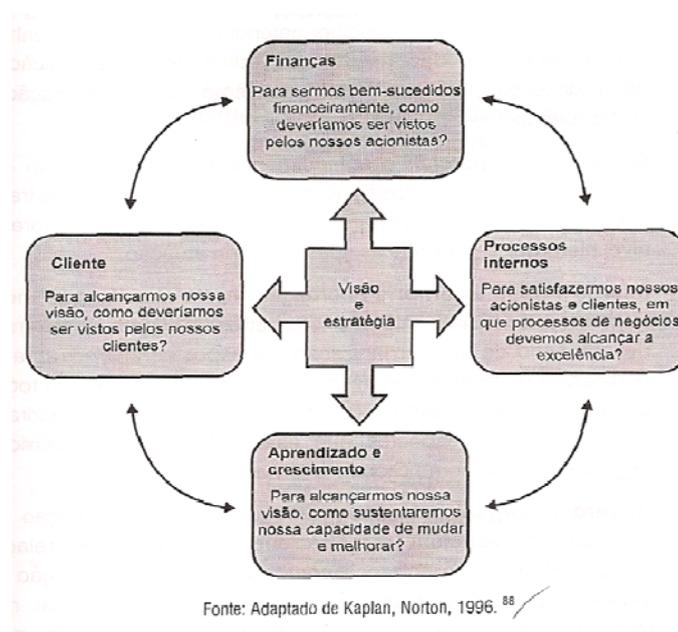
Atualmente, as organizações hospitalares obrigam-se a reestruturar-se tanto administrativamente como tecnicamente para enfrentar o mercado que opera. O custo da assistência tem aumentado consideravelmente, devido a vários fatores, como avanços da tecnologia ou mesmo um problema considerado crônico que é a administração.

Para uma gestão hospitalar sustentável é imprescindível a definição de ferramentas de inovação que busquem a sobrevivência do hospital, dessa forma, o Balanced Scorecard – BSC contribui para que haja foco de atuação gerando resposta na transformação do Input em Output, visando planejamento amplo que atenda a todos os interessados no negócio e estruturação de Benchmarking para itens críticos.

Segundo Oliva e Borba (2004), o BSC foi proposto por Kaplan e Norton, quando os mesmos identificaram que os gestores precisavam não apenas de indicadores de desempenho, mas de uma metodologia que fornecesse condições ao gestor de conhecer os aspectos que envolvem o ambiente e o desempenho organizacional, apoiando para o alcance da excelência empresarial.

A metodologia do BSC visa traduzir a missão e a estratégia da empresa num conjunto abrangente de indicadores de desempenho que possibilitem a estruturação de um Sistema de Administração do Desempenho da empresa que não despreza a busca de objetivos financeiros, tradicionalmente muito importante para a maioria das empresas e focado no passado, mas inclui dimensões de desempenho que são importantes no futuro. (OLIVA; BORBA, 2004, p.75).

Para os mesmos autores, esquematicamente, o BSC pode se apresentar na seguinte forma:



**Figura 1** – Estrutura do Balanced Scorecard  
**Fonte:** Oliva e Borba (2004).

De acordo com Kaplan e Norton (1996), a contribuição do BSC para a eficácia empresarial acontece quando sua utilização é feita como instrumento de um sistema de gestão estratégica, pois auxilia aos gestores a resolver os problemas com os processos gerenciais críticos.

Segundo Oliva e Borba (2004), o BSC é uma ferramenta que pode ser usada em qualquer tipo de organização, o que se faz necessário, é que tenha uma estratégia clara. No entanto, no caso de organização hospitalar o BSC deve incluir uma perspectiva específica sobre competência assistencial para que a organização hospitalar tenha sucesso na implantação.

#### 2.3.2.6 A gestão de pessoas como ferramenta estratégica para a administração eficiente no hospital

A preocupação com a mais complexa de todas as atividades desenvolvidas dentro de uma empresa que é a **gestão de pessoas** tem levado a organização hospitalar, a repensar os pressupostos desta gestão.

Uma nova cultura está sendo criada, na qual o nível de adequação e de motivação dos profissionais de saúde permita a sua diferenciação pela qualidade do desempenho demonstrado pelos mesmos. A administração de RH é uma função organizacional que não se

limita ao simples recrutamento e a seleção de pessoal, ela vai até a total integração dos mesmos com os objetivos da empresa. Integração esta, que supõe não só o conhecimento dos objetivos, mas sua internalização e aceitação, bem como atitudes que vão em direção à conquista destes objetivos, que no caso da instituição hospitalar é a prestação de atendimento médico e complementar aos doentes em regime de internação com qualidade.

Nas relações de integração que os funcionários estabelecem com o trabalho e com a organização, devem ser considerados os seguintes aspectos: relação indivíduo-indivíduo, indivíduo-grupo, indivíduo-organização, grupo-grupo, grupo-organização, organização-organização, organização-meio ambiente. Especialmente nas organizações hospitalares, estas relações devem ser pensadas sob o prisma de SISTEMAS DE TRABALHO e dos processos inerentes à integração dos indivíduos e grupos com a finalidade de entregar o paciente são e salvo à sociedade.

O sucesso de qualquer organização hospitalar depende fortemente da habilidade de seus recursos humanos em oferecer educação e serviços competentes para os clientes.

Os instrumentos de gestão de pessoas que auxiliam uma gestão sustentável são o planejamento estratégico, de gestão de pessoas, gestão por competência e a liderança transformadora coaching.

Para Oliva e Borba (2004), à direção do hospital cabe:

- Manter um canal de comunicação sempre aberto com todos os funcionários.
- Mostrar aos funcionários que a direção está interessada neles e que aceita suas idéias para melhoria geral.
- Fornecer informações e orientação suficientes para o desenvolvimento das operações.
- Manter os funcionários sempre atualizados em todos os assuntos do negócio que os afetem, com informações corretas.

### ***2.3.3 Sustentabilidade e o contexto econômico***

A expressão “sustentável” associa-se ao novo paradigma técnico-científico do desenvolvimento e expressa a idéia daquilo que tem continuidade ao longo do tempo. A sustentabilidade tem uma noção de perenidade, algo que não se esgota, algo que existe e que possa se garantir no futuro. A inclusão do conceito de sustentabilidade nos negócios esta cada

vez mais evidente na sociedade contemporânea fazendo com que as empresas repensem estrategicamente.

Para Mattarozzi e Trunkl (2008, p.13) este conceito é um novo paradigma que demanda equilíbrio entre os fatores de ordem econômica com os objetivos e resultados sociais e ambientais das organizações.

Dados do Plano de Desenvolvimento Sustentável do Estado do Ceará (1999-2002) apontam que:

O princípio de sustentabilidade refere-se à possibilidade de obter resultados permanentes no processo de desenvolvimento, preservando a capacidade produtiva dos recursos naturais, maximizando seus efeitos sobre a criação e distribuição de renda e ocupação, assegurando o apoio político capaz de garantir a continuidade das ações e de seus resultados sobre o bem estar da população. (CEARÁ, 2000, p. 23).

Ainda segundo o plano:

Sustentabilidade econômica pressupõe crescimento econômico, com ganhos de competitividade, para inserção do Estado na economia nacional e internacional. Ela está respaldada na construção de uma infra-estrutura básica e num desenvolvimento científico e tecnológico que garantam o dinamismo e competitividade das atividades produtivas, bem como, por uma gestão fiscal equilibrada e eficiente. (CEARÁ, 2000, p. 24).

Em janeiro de 2003 foi lançada na Itália a Declaração de Collevechio, que delinea a responsabilidade e o papel que o setor financeiro tem de promover a sustentabilidade, e é endossada por mais de 200 organizações da sociedade civil mundial. Os bancos no mundo todo estão adaptando suas práticas e políticas no sentido de reforçarem seu compromisso com o meio ambiente.

O manual da rede internacional de ONGS Bank Track foi elaborado para orientar as instituições financeiras sobre o que elas devem fazer para tornarem-se sustentáveis. As instituições financeiras estão dando atenção especial às questões socioambientais, pois as características dos seus negócios as tornam vulneráveis a impactos desta natureza.

O processo de tomada de decisão de crédito nas instituições financeiras é a capacidade de geração de caixa futura para o repagamento do financiamento concedido e que só se analisava anteriormente a situação econômico-financeira do cliente que recebia o financiamento. Hoje, algumas instituições financeiras, pioneiras no setor, perceberam o potencial impacto que os riscos socioambientais têm na capacidade de repagamento de seus clientes, passando a avaliá-los nos processos de decisão de crédito e gestão de riscos. Para que

sejam minimizados os riscos de crédito e de reputação das instituições financeiras, estas estão levando em consideração a avaliação dos riscos socioambientais, buscando assim aprimorar a gestão de riscos.

Segundo Mattarozzi e Trunkl (2008), o banco Triodos é um exemplo poderoso da prática de sustentabilidade nos negócios no setor financeiro. Último relatório do banco: “Dinheiro é uma das forças que está por trás do que fazemos. Para nós, utilizá-lo conscientemente significa investir em uma economia sustentável contribuindo para criar uma sociedade que usufrui uma melhor qualidade de vida” (p.21). Relata ainda Mattarozzi e Trunkl (2008) que para atingir sua missão como banco sustentável, foca em três maneiras que se inter-relacionam:

1. Oferecendo produtos e serviços como foco em sustentabilidade
2. Oferecendo produtos inovadores
3. Formando opinião

Segundo Soares (2007), a teoria econômica é considerada ciência positiva, trata a realidade como ela é, pois formula propostas sociais de natureza econômica, de caráter neutro, enfeixadas em teorias, leis e modelos. A economia tem o seguinte significado:

A economia é o estudo de como os homens e a sociedade decidem, com ou sem a utilização do dinheiro, empregar recursos produtivos escassos, os quais poderiam ter aplicações alternativas para produzir diversas mercadorias ao longo do tempo e distribuí-los para consumo, agora e no futuro, entre diversas pessoas e grupos da sociedade. (SOARES, 2007, p.19)

Relata ainda Soares (2007) que a análise econômica examina a ação humana associada à realidade econômica em seus aspectos individual e social. Estes aspectos compreendem os segmentos microeconômicos e macroeconômicos.

A análise macroeconômica compreende a visão agregada de atividade econômica, relacionando as variáveis de consumo, poupança e investimento como fatores determinantes da renda e emprego globais. A análise macroeconômica é subdividida em: Teoria da moeda e bancos, teoria das finanças públicas, economia internacional, teoria do desenvolvimento econômico e contabilidade social.

O mesmo autor afirma que o processo de desenvolvimento econômico-social, nos dias atuais, está condicionado pelas tecnologias de informação e comunicação. Relata ainda que o desenvolvimento econômico-social sustentável tem por objetivo atender as demandas sociais do presente, sem comprometer as gerações futuras. Compreendendo o uso racional dos

fatores de produção direcionado para o crescimento econômico e as linhas de ação específicas dos aspectos de pobreza, meio ambiente, equidade social e democracia.

Segundo Fialho et al. (2008) a sociedade civil, o governo e a iniciativa privada, tem feito um trabalho em conjunto chamando a atenção de pesquisadores para o surgimento de um novo modelo de gestão de sustentabilidade apoiado nos fundamentos da gestão do conhecimento. Esta concepção envolve singularidades, dentre elas: formulação de estratégias, competências essenciais para o desenvolvimento de uma cultura voltada para a gestão de sustentabilidade, definição de instrumentos ou técnicas de gestão em engenharia apropriada para a realização de ações e desenvolvimento de condutas voltadas para a gestão do conhecimento e sustentabilidade.

As denominações das dimensões do desenvolvimento sustentável diferem entre autores. Montibeller Filho (2001) afirma que o desenvolvimento sustentável possui 5 dimensões: social, econômica, ecológica, espacial, cultural. Neste conceito é salientada para fins de planejamento, a necessidade de um redirecionamento do processo de crescimento econômico para alcançar objetivos sociais prioritários.

Administrar uma empresa de forma sustentável atendendo todas as expectativas da sociedade e do mercado é um diferencial na competitividade empresarial. Quando uma empresa consegue implementar uma política para o desenvolvimento sustentável, existem ganhos significativos.

A adoção de princípios e práticas de gestão compatíveis com premissas de sustentabilidade tem sido um dos grandes desafios, pela dificuldade em relação a métodos e técnicas de incorporar conceitos nos sistemas de indicadores e tomadas de decisões. Todo processo decisório de gestão organizacional precisa ter algum tipo de mensuração para avaliação do desempenho, especialmente no que se refere a sustentabilidade, os indicadores são importantes ferramentas do processo.

Existem poucas ferramentas para auxiliar organizações a gerenciar desempenho econômico, ambiental, social, cultural e geográfico ao longo do tempo. Dessa forma é que os indicadores de sustentabilidade surgem como instrumentos externos, que proporcionam às empresas comunicar ações para melhorar seu desempenho nas dimensões da sustentabilidade.

Para Fialho et al. (2008), o modelo metodológico para a sustentabilidade pode ser adaptado com as dimensões da sustentabilidade que objetiva integrar as três ferramentas amplamente usadas nos processos de gestão estratégica que são o Desdobramento da Função Qualidade (QFD), o Balanced Scorecard (BSC) e a Matriz SWOT. Ainda segundo os

autores o primeiro passo para desenvolver um modelo de gestão estratégica de sustentabilidade é usar a Matriz SWOT, identificando os fatores críticos das principais perspectivas do BSC. Em seguida, usa-se o QFD e os atributos identificados no BSC com os “quê” e os indicadores obtidos das seis dimensões de sustentabilidade como os “como”.

Eles acreditam que é possível retirar benefícios competitivos na gestão do conhecimento de sustentabilidade sem atropelar a dignidade dos trabalhadores.

Por fim, acredita-se que se a gestão dos hospitais universitários que contempla o ensino, pesquisa e assistência, se for pautada em bases científicas, que requer técnicas, métodos e principalmente uma equipe multidisciplinar qualificada não só para a assistência, mas também para atividades gerenciais, essas instituições poderão evoluir de forma surpreendente.

### 3 A PESQUISA REALIZADA: RESULTADO E ANÁLISE DOS DADOS

#### 3.1 Resultados e análises dos dados

Recebemos 57 questionários respondidos, correspondendo a 100 % dos profissionais do universo da pesquisa.

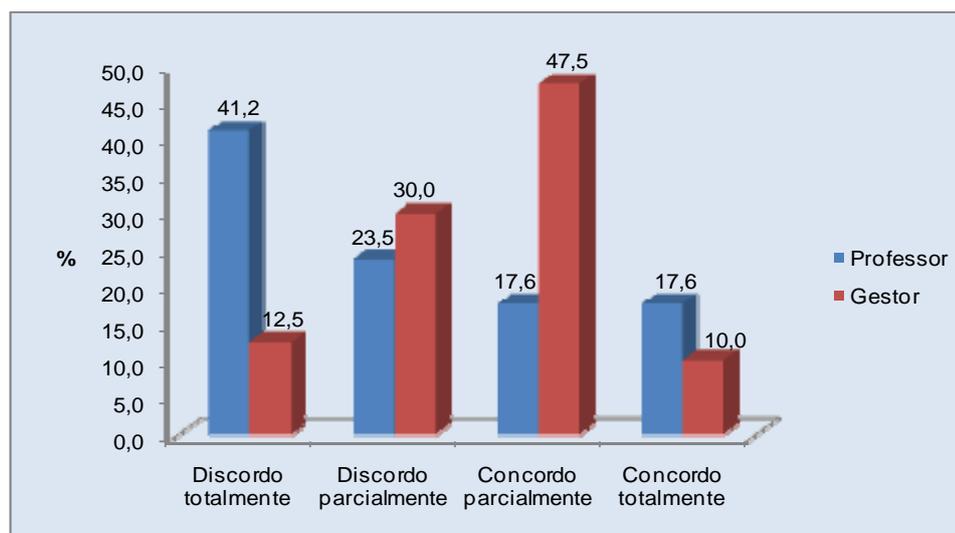
A seguir apresentaremos os resultados da aplicação dos questionários, que objetivou buscar subsídios para identificação das questões mais relevantes e necessárias para uma gestão sustentável e boas práticas de ensino, no âmbito do HUWC. A apresentação desses resultados será feita com base nos determinantes indicados no próprio instrumento: determinantes relacionados com a política do MEC, os relacionados com a gestão do hospital, os relacionados com a Universidade Federal do Ceará, os relacionados com o Hospital Universitário Walter Cantídio, os relacionados com o SUS, os relacionados com a política do Ministério da Saúde e os relacionados com as práticas de ensino do HUWC.

##### 3.1.1 Determinantes relacionados com a política do Ministério da Educação - MEC

As questões 2.1 a 2.8, cujos resultados estão nas tabelas 11 a 18 têm o objetivo de contribuir com iniciativas para a gestão estratégica de novas políticas públicas do ensino superior no âmbito dos HU.

**Tabela 9 - Questão 2.1** Contribuição de recursos disponibilizados pelo MEC para modernização gerencial e tecnológica do HUWC

DIMENSÃO	CARGO	
	PROFESSOR	GESTOR
Discordo totalmente	07 (41,2%)	05 (12,5%)
Discordo parcialmente	04 (23,5%)	12 (30,0%)
Concordo parcialmente	03 (17,6%)	19 (47,5%)
Concordo totalmente	03 (17,6%)	04 (10,0%)
<b>Total</b>	<b>17 (100,0%)</b>	<b>40 (100,0%)</b>



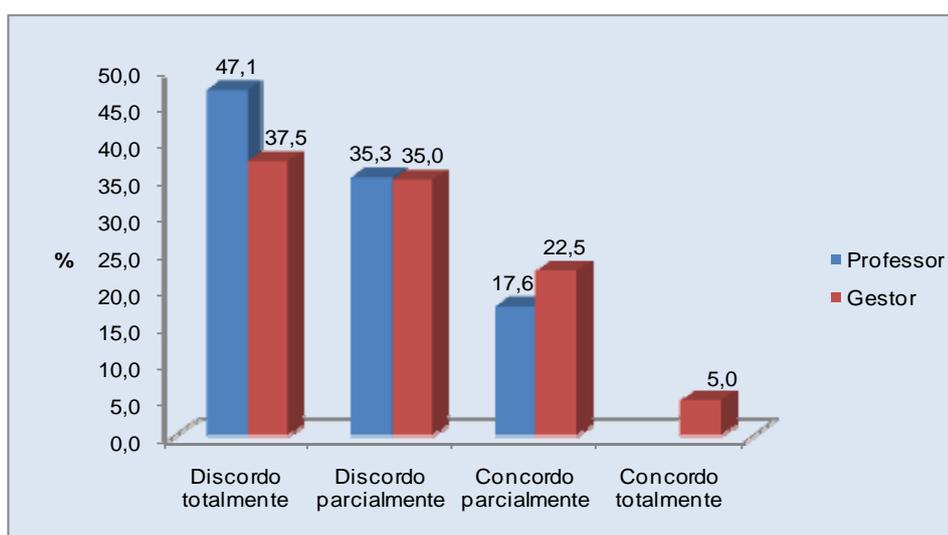
**Gráfico 2 - Contribuição de recursos disponibilizados pelo MEC para modernização gerencial e tecnológica do HUWC**

A questão afirma que os recursos financeiros disponibilizados pelo MEC contribuem para a modernização gerencial e tecnológica do HUWC, diante do exposto 64,7% dos professores pesquisados discordam de tal variável, enquanto que 57,5% dos gestores concordam com tal quesito.

Desta forma, os dados obtidos nos levam a crer em uma discordância, que na percepção dos professores sobre esse determinante, demonstra insatisfação dos mesmos em relação aos recursos destinados ao hospital pelo MEC. Para os professores, existe ainda uma necessidade de maior investimento para incorporação tecnológica e modernização gerencial, considerando adaptações do Hospital às mudanças vivenciadas pelo sistema de saúde, pois os HU são vinculados à Instituição de Ensino e Pesquisa, sendo o local privilegiado para a realização de estudos na saúde e desenvolvimento de novas tecnologias. Esses achados vão ao encontro da idéia de Borges et al. (2010) que consideram reduzidas as parcelas dos recursos financeiros destinados aos Hospitais Universitários, dificultando modernização gerencial e tecnológica dos mesmos, mostrando que “é necessário ainda, a ampliação dos recursos destinados aos Hospitais Universitários e de Ensino, através da não aplicação da Desvinculação das Receitas da União (DRU) nos recursos destinados à área social, mais especificamente, nas áreas de educação e saúde”, (p. 4).

**Tabela 10 – Questão 2.2** Adequação das políticas formuladas para os hospitais financiados pelo MEC

DIMENSÃO	CARGO	
	PROFESSOR	GESTOR
Discordo totalmente	08 (47,1%)	15 (37,5%)
Discordo parcialmente	06 (36,3%)	14 (35,0%)
Concordo parcialmente	03 (17,6%)	09 (22,5%)
Concordo totalmente	-	02 (5,0%)
<b>Total</b>	<b>17 (100,0%)</b>	<b>40 (100,0%)</b>



**Gráfico 3 - Adequação das políticas formuladas para os hospitais financiados pelo MEC**

Conforme a questão, em que se analisa a adequação das políticas formuladas para os hospitais financiados pelo MEC, 47,1% dos professores e 37,5% dos gestores discordaram totalmente, enquanto que a minoria, que representa 17,6% dos professores e 27,5% dos gestores concordam parcial e totalmente com a afirmativa em questão.

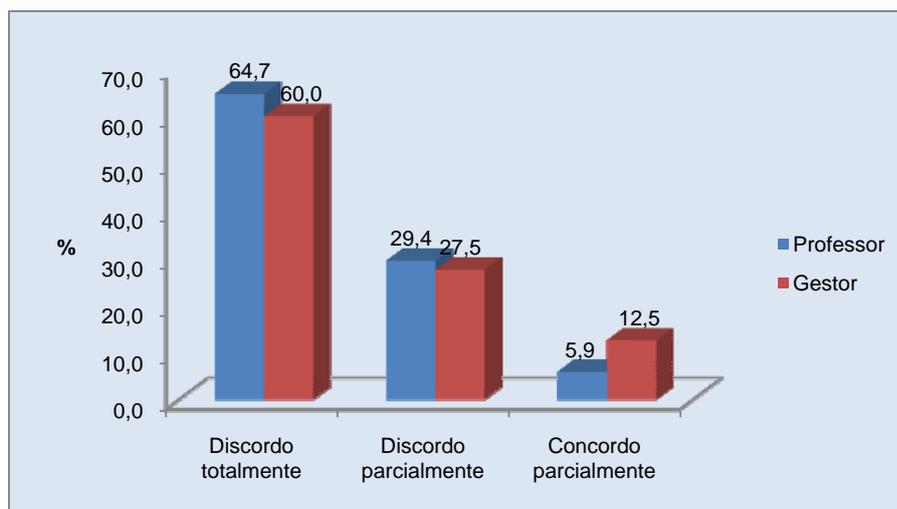
Dessa forma, observa-se que para os respondentes, professores e gestores existe uma concordância no pensamento levando a crer que é necessário o desenvolvimento de novas políticas específicas para este setor, que considere peculiaridades assistenciais, de ensino e de pesquisa e que contemple não só as questões financeiras e de pessoal, que são urgentes, mas que seja definido o papel dos HE junto ao sistema de saúde, com vista a sua inserção e adequação ao SUS, (BRASIL, 2004b).

Segundo o relatório de Auditoria nos Hospitais Universitários Federais realizado em 2009 pelo Tribunal de Contas da União – TCU, através da Secretaria de Controle Externo

do Rio Grande do Sul – SECEX/RS, é destacada a necessidade de formulação e o acompanhamento de políticas próprias de educação superior para solucionar os problemas relacionados com a falta de orçamento específico para os HUs (RIO GRANDE DOSUL, 2009b).

**Tabela 11 – Questão 2.3** Propostas do MEC de mecanismos de saneamento para liquidar a dívida do HUWC

DIMENSÃO	CARGO	
	PROFESSOR	GESTOR
Discordo totalmente	11 (64,7%)	24 (60,0%)
Discordo parcialmente	05 (29,4%)	11 (27,5%)
Concordo parcialmente	01 (5,9%)	05 (12,5%)
Concordo totalmente	-	-
<b>Total</b>	<b>17 (100,0%)</b>	<b>40 (100,0%)</b>



**Gráfico 4 -** Propostas do MEC de mecanismos de saneamento para liquidar a dívida do HUWC

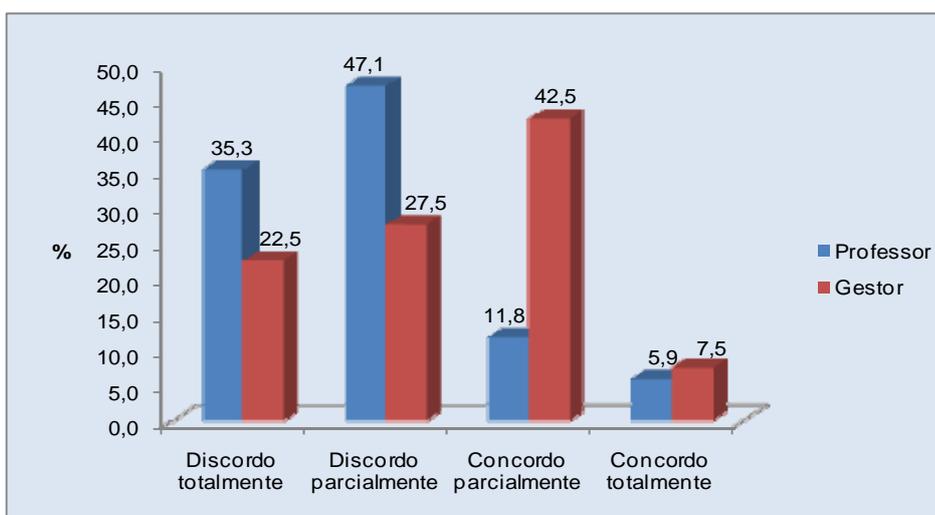
Percebe-se, portanto, que a grande maioria, correspondente a 94,1% dos professores e 87,5% dos gestores, discorda total e parcialmente da questão 2.3. E que somente 5,9% dos professores bem como 12,5% dos gestores concordaram parcialmente que os mecanismos de saneamento financeiro propostos pelo MEC são suficientes para liquidar a dívida do Hospital Universitário Walter Cantídio.

Esses achados apontam uma convergência de pensamento na visão de gestores e professores, que pode estar relacionada à compreensão de que o custo dos hospitais universitários são mais caros do que outros e a forma de alocação de recursos para o saneamento da dívida bem como seu financiamento não são adequados, concentrando sua dívida cada vez mais nas fundações de apoio ou semelhantes.

Dallora e Forster (2008) consideram que os HUs têm custo elevado, que seu equilíbrio financeiro é um grande desafio que depende de sua receita e dos custos. Reforça também a discussão anterior, sobre a necessidade de novas políticas de financiamento, segundo Vecina Neto e Malik (2007) a crise estrutural em todas as dimensões dos HUs levou os gestores a pensar uma nova política para os hospitais de ensino com uma nova visão de inserção ao SUS, gestão hospitalar, qualificação de pesquisa e financiamento.

**Tabela 12 – Questão 2.4** Recursos do MEC contemplam treinamento e capacitação na política de RH

DIMENSÃO	CARGO	
	PROFESSOR	GESTOR
Discordo totalmente	06 (36,3%)	09 (22,5%)
Discordo parcialmente	08 (47,1%)	11 (27,5%)
Concordo parcialmente	02 (11,8%)	17 (42,5%)
Concordo totalmente	01 (5,9%)	03 (7,5%)
<b>Total</b>	<b>17 (100,0%)</b>	<b>40 (100,0%)</b>



**Gráfico 5 - Recursos do MEC** contemplam treinamento e capacitação na política de RH

Assim, os profissionais gestores apresentaram-se em 50% discordando total e parcialmente e 50% concordando total e parcialmente com a política de RH estabelecida pelo MEC, que por sua vez consiste no investimento para treinamento e capacitação dos profissionais. Com relação aos professores, há uma disparidade quanto à afirmativa, na qual a maioria de 83,4% discorda total e parcialmente e 17,7% concordam com a política de RH do MEC.

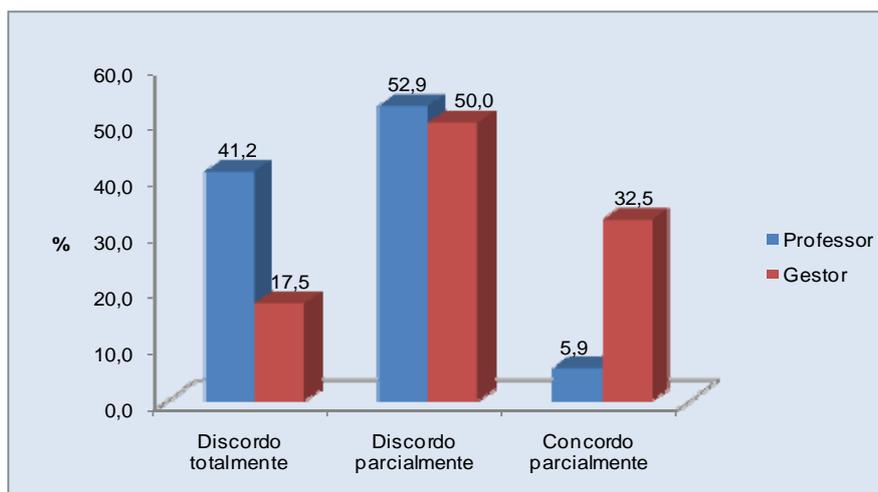
Existe uma divergência dos respondentes com relação a essa afirmação. Tal achado pode estar relacionado com a compreensão de que o grupo de professores tem uma melhor percepção da deficiência na política de RH, no processo de capacitação e treinamento do que o gestor, pelas próprias competências e habilidades de professor e a amplitude do papel acadêmico exercido pelos mesmos.

Na auditoria realizada pelo TCU em 2009 nos Hospitais Universitários Federais, onde participaram 29 diretores de HUs, foi constatado que em 8 das instituições nenhum dos membros de diretoria possuíam especializações na área de gestão hospitalar. O mesmo ocorreu com 16 diretores clínicos e 15 diretores administrativos.

Percebe-se a necessidade de uma normatização de critérios de qualificação profissional pelo menos para funções gerenciais dos HUs, bem como providências para a inclusão de dotação orçamentária para capacitação e treinamento no orçamento global dos HUs.

**Tabela 13 – Questão 2.5 Adequação do modelo de gestão para os HU's oficializada pelo MEC**

DIMENSÃO	CARGO	
	PROFESSOR	GESTOR
Discordo totalmente	07 (41,2%)	07 (17,5%)
Discordo parcialmente	09 (52,9%)	20 (50,0%)
Concordo parcialmente	01 (5,9%)	13 (32,5%)
Concordo totalmente	-	-
<b>Total</b>	<b>17 (100,0%)</b>	<b>40 (100,0%)</b>



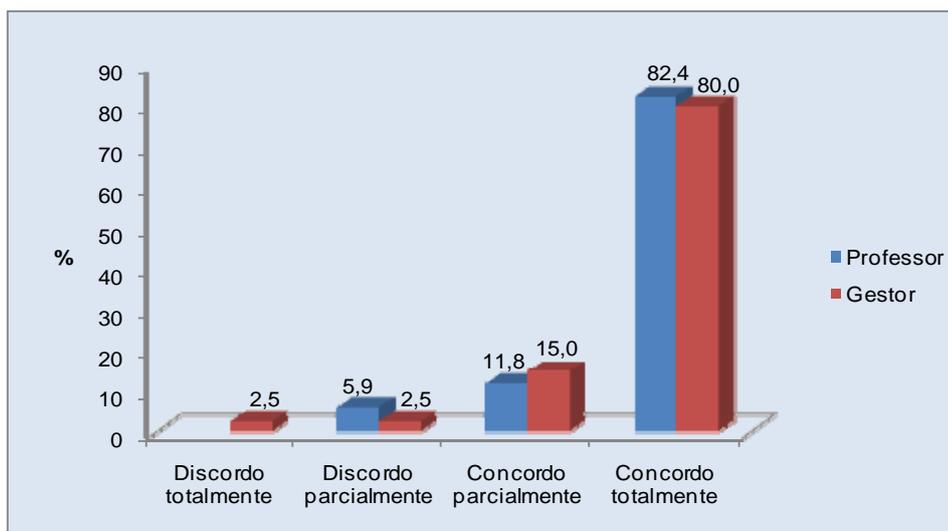
**Gráfico 6** - Adequação do modelo de gestão para os HU's oficializada pelo MEC

Professores e gestores demonstraram, em sua minoria, concordância com a adequação do modelo de gestão oficializada pelo MEC para com os hospitais universitários. Somente 5,9% dos professores e 32,5% dos gestores concordaram parcialmente quanto ao quesito em questão contrapondo-se à 94,1% dos professores e 67,5% dos gestores que discordam totalmente e parcialmente com tal modelo de gestão do MEC. Possivelmente, a percepção dos professores e gestores em apresentar maior grau de discordância nesse quesito, havendo desta forma, convergência de pensamento, encontra-se relacionada com as dificuldades enfrentadas pelos mesmos na gestão e no ensino, sendo crônicos os problemas de caráter financeiro, rigidez do modelo de administração, autonomia limitada e vários outros problemas de ordem jurídica e administrativa comum aos respondentes.

De acordo com o Ministro da Educação, Fernando Haddad, “o modelo de gestão e financiamento desses hospitais está esgotado e deve contar com uma participação maior de recursos do Sistema Único de Saúde – SUS” (BRASIL, 2007, p.1).

**Tabela 14 – Questão 2.6** Comprometimento da sustentabilidade da gestão em consequência da falta de concurso público devido à utilização do uso de recursos para contratação própria

DIMENSÃO	CARGO	
	PROFESSOR	GESTOR
Discordo totalmente	-	01 (2,5%)
Discordo parcialmente	01 (5,9%)	01 (2,5%)
Concordo parcialmente	02 (11,8%)	06 (15,0%)
Concordo totalmente	14 (82,4%)	32 (80,0%)
<b>Total</b>	<b>17 (100,0%)</b>	<b>40 (100,0%)</b>



**Gráfico 7** – Comprometimento da sustentabilidade da gestão em consequência da falta de concurso público devido à utilização do uso de recursos para contratação própria

A partir da análise, pode-se inferir que a maioria dos professores e gestores concorda totalmente e parcialmente que a falta de concurso público gera consequências financeiras que por sua vez comprometem a sustentabilidade da gestão. Tais profissionais apresentaram-se num total de 94,2% de professores e 95% de gestores. Enquanto que apenas 5,9% dos professores e 5% dos gestores discordam total e parcialmente com a afirmativa em questão.

Parece não haver discordância dos respondentes com relação a essa afirmativa. Existem algumas alternativas para a interpretação desses resultados. Primeiramente, a insuficiência de pessoal por falta da reposição de servidores do quadro, tem levado ao fechamento de leitos, aumento de demanda reprimida, trazendo prejuízos e má qualidade aos serviços assistenciais, administrativos e conseqüentemente ao ensino.

A escassez de pessoal administrativo reflete nos processos de trabalho relativos à grupos, à manutenção de equipamentos e da área física, ao desenvolvimento e manutenção de sistemas informatizados e de custos, à padronização de rotinas e, sobretudo, no planejamento e avaliação das atividades, pois os gestores passam a maior parte do tempo resolvendo problemas e executando tarefas que poderiam ser delegadas caso contassem com um número maior de servidores e melhor qualificados. Neste contexto, o ensino e a pesquisa são colocados em segundo plano. (RIO GRANDE DO SUL, 2009b).

A segunda possibilidade é que os recursos da produção SUS vêm sendo cada vez mais comprometidos para pagamento de pessoal contratado pelas fundações de apoio, terceirização ou semelhantes, e que deveriam ser utilizados para custeio e manutenção dos HUs. Os efeitos dessa operação crescente do uso dos recursos SUS para pagamento de pessoal por falta de concurso público e aposentadorias, põem em risco a sustentabilidade dos HUs, comprometendo diretamente o desempenho dos gestores e professores em suas funções, podendo desviar o alcance de seus objetivos e o mais grave, inviabilizar o hospital.

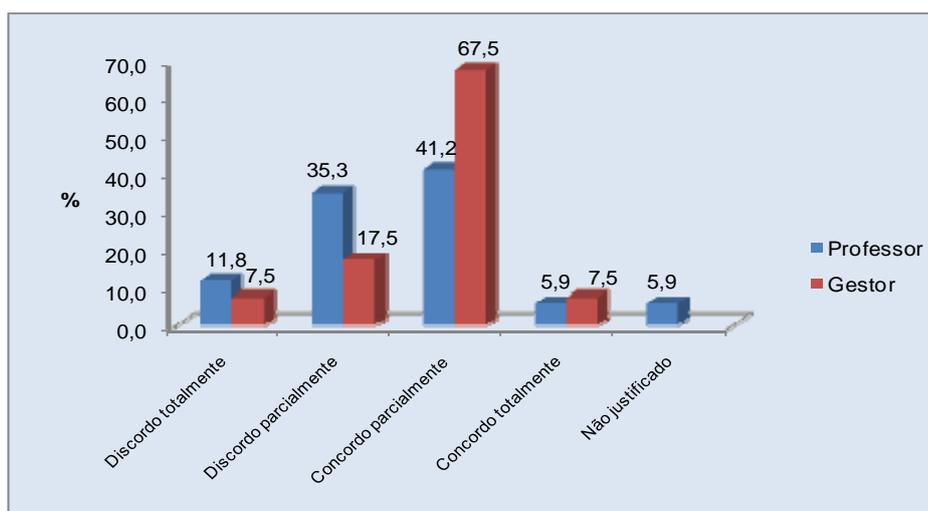
A terceira possibilidade está relacionada com a rotatividade de pessoal contratados através de cooperativas, terceirização, Recibo de Pagamento à Autônomo (RPA), que de certa forma, não tem compromisso com a instituição, pois não possuem vínculo e não absorvem a missão, os valores e a cultura da instituição.

De acordo com Pilotto (2005), desde a década de 90, os hospitais universitários estão presentes em uma crise e que é necessário mudar radicalmente o formato de sua gestão, e um dos pontos a serem solucionados é a “falta de concurso público para a contratação, pelo MEC, dos recursos humanos que vai gerar uma enorme terceirização. Os custos de terceirização são pagos pelo dinheiro que deveria ser usado na estrutura” (p.37).

Cabe ainda uma última reflexão acerca desse item. Diz respeito à possibilidade dos respondentes responderem por irregularidades perante as entidades de classe, TCU e outros.

**Tabela 15 – Questão 2.7** Cobrança de indicadores para avaliação do desempenho do HUWC pelo MEC

DIMENSÃO	CARGO	
	PROFESSOR	GESTOR
Discordo totalmente	02 (11,8%)	03 (7,5%)
Discordo parcialmente	06 (35,3%)	07 (17,5%)
Concordo parcialmente	07 (41,2%)	27 (67,5%)
Concordo totalmente	01 (5,9%)	03 (7,5%)
Não justificado	01 (5,9%)	-
<b>Total</b>	<b>17 (100,0%)</b>	<b>40 (100,0%)</b>



**Gráfico 8** – Cobrança de indicadores para avaliação do desempenho do HUWC pelo MEC

Conforme a questão, em que se analisa o MEC quanto a avaliação do desempenho do Hospital Universitário Walter Cantídio através da cobrança de indicadores, 11,8% dos professores e 7,5% dos gestores discordam totalmente com o quesito. Os que discordam parcialmente apresentam-se num total de 35,3% de professores e 17,5% de gestores. A maioria dos profissionais concorda parcial e totalmente, sendo 47,1% de professores e 75% de gestores. Vale ressaltar que quanto ao questionamento referido, 5,9% dos professores não justificaram.

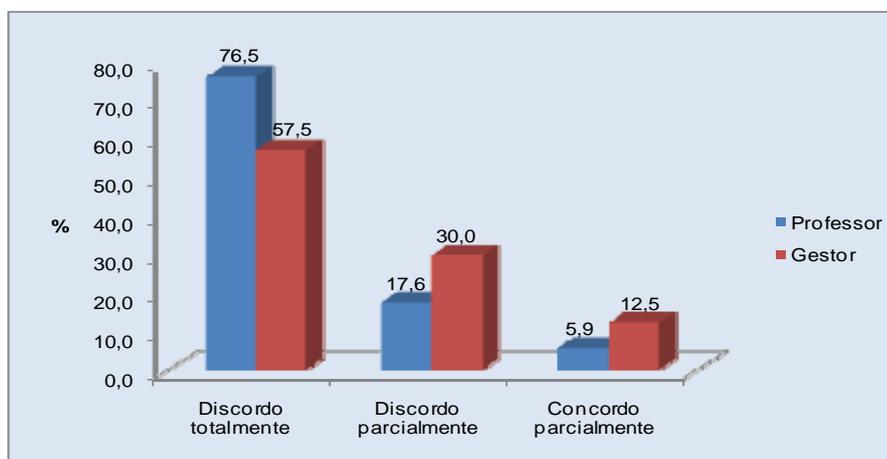
Ao avaliarmos a questão, notamos que a maioria dos professores e gestores concordam com a afirmativa. Possivelmente, os mesmos utilizam indicadores para alimentar sistemas solicitados pelo MEC, que identificam o alcance de determinadas metas e que oportunizam uma avaliação de desempenho dos HUs por aquele ministério, permitindo a comparação da performance entre os HUs.

No caso dos gestores, uma concordância maior, provavelmente deve-se ao fato de que exista maior cobrança de indicadores para os responsáveis pelos serviços perante o TCU, MEC, M.S, gestor local do SUS e alta administração da reitoria entre outros, principalmente gestores da área administrativa.

A avaliação tem ampliado o espaço de discussão a partir da década de 90, junto aos gestores das instituições de saúde públicas como instrumento norteador de mudanças institucionais com vista à sobrevivência no atual cenário, marcado por rápidas transformações, múltiplas instabilidades e dificuldades financeiras (VERGÍLIO, 2005).

**Tabela 16 – Questão 2.8** Sustentabilidade do HUWC é garantida através da metodologia de distribuição de recursos pelo MEC

DIMENSÃO	CARGO	
	PROFESSOR	GESTOR
Discordo totalmente	13 (76,5%)	23 (57,5%)
Discordo parcialmente	03 (17,6%)	12 (30,0%)
Concordo parcialmente	01 (5,9%)	05 (12,5%)
Concordo totalmente	-	-
<b>Total</b>	<b>17 (100,0%)</b>	<b>40 (100,0%)</b>



**Gráfico 9 –** Sustentabilidade do HUWC é garantida através da metodologia de distribuição de recursos pelo MEC

Uma minoria dos profissionais concorda com a metodologia de distribuição de recursos do MEC. Somente 5,9% dos professores e 12,5% dos gestores concordam parcialmente e nenhum profissional concordou totalmente. A grande maioria que representa 94,1% dos professores, bem como, 87,5% dos gestores discorda total e parcialmente considerando, portanto, a metodologia de distribuição de recursos do MEC inadequada para garantir a sustentabilidade do HUWC.

Isso pode confirmar, novamente, a suposição de que gestores e professores vêm que as políticas formuladas pelo MEC são inadequadas. Conforme Bittar (2002), os hospitais universitários são mantidos com receitas correntes oriundas do MEC e do M.S que se considera inadequada, pois estas instituições são muito caras, tanto pelos profissionais como pela infra-estrutura e seus recursos tecnológicos.

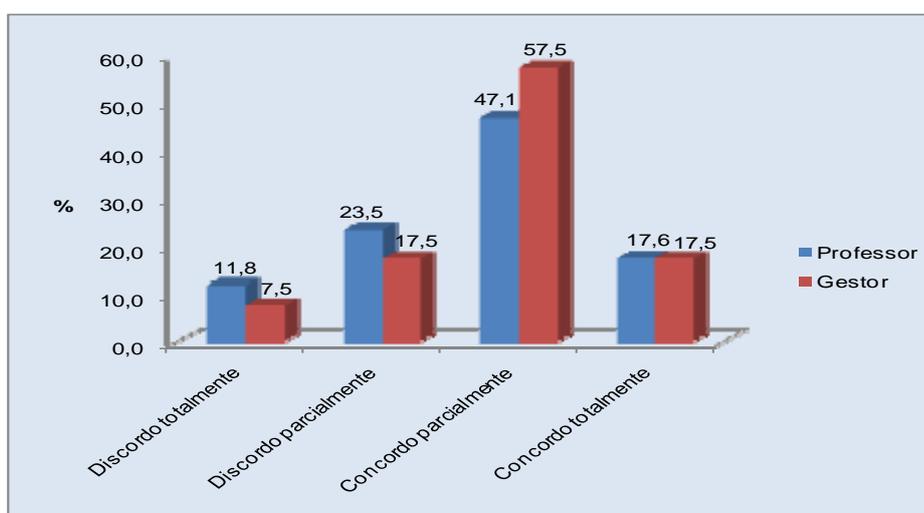
Assim, percebe-se que se faz necessário que o MEC reformule a metodologia de distribuição de recursos, de forma a garantir a sustentabilidade dos hospitais, inclusive do recurso do programa interministerial, bem como a distribuição de outros que contempla a necessidade de dotar mais recursos para os Hus com maior comprometimento dos recursos do SUS.

### 3.1.2 Determinantes relacionados com a gestão da direção do hospital universitário

A gestão de uma instituição dá o norte para o comportamento de todos na organização. As questões 3.1 a 3.11 têm o objetivo de contribuir para as ações corretivas dos pontos fracos da gestão do HUWC.

**Tabela 17 – Questão 3.1** Avaliação da gestão do HUWC através de indicadores

DIMENSÃO	CARGO	
	PROFESSOR	GESTOR
Discordo totalmente	02 (11,8%)	03 (7,5%)
Discordo parcialmente	04 (23,5%)	07 (17,5%)
Concordo parcialmente	08 (47,1%)	23 (57,5%)
Concordo totalmente	03 (17,6%)	07 (17,5%)
<b>Total</b>	<b>17 (100,0%)</b>	<b>40 (100,0%)</b>



**Gráfico 10** – Avaliação da gestão do HUWC através de indicadores

Afirmou-se que a gestão do HUWC é avaliada através de indicadores e apresentou o seguinte quadro: Dos 17 professores entrevistados, 8, ou seja, 47,1% do total, responderam que concordam parcialmente com esse tipo de gestão, enquanto que 4 outros professores (23,5%) responderam que discordam parcialmente, 3 (17,6%) concordam totalmente e apenas 2 (11,8%) discordam totalmente. Enquanto isso 40 gestores respondendo a mesma questão acerca da avaliação da gestão do HUWC assim se manifestaram: 23 gestores, (57,5% do total) disseram que concordam parcialmente, outros 7 gestores (17,5%) responderam concordar totalmente, outros 7 (17,5%) discordam parcialmente e apenas 3 (7,5%) discordam totalmente.

Portanto, tanto os gestores como os professores concordam em sua maioria parcialmente que a gestão do referido hospital é avaliada através de indicadores, mostrando a eficiência da gestão do hospital no que concerne a indicadores de produção, qualidade e econômico.

Na realidade, estes resultados parecem indicar uma adesão ao uso de indicadores pelos gestores e professores. Talvez o resultado de maior percentual pelo grupo de gestores, venha confirmar o que já mencionamos anteriormente, que existe uma maior cobrança para gestores, devido às exigências da legislação ou órgãos como TCU, M.S, MEC, gestor local, alta administração da universidade, vigilância sanitária e a própria direção do HUWC, por serem os responsáveis pelo desempenho dos serviços.

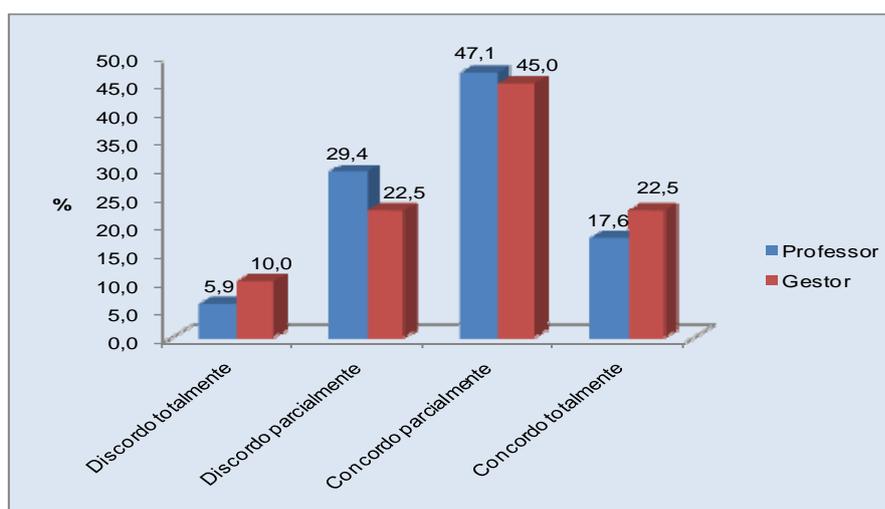
A gestão baseada em indicadores permite que o HUWC agregue à sua administração processos de melhoria, corrigindo as não conformidades, detectando os pontos fortes e fracos do hospital para implementar ações corretivas e preventivas.

Para implementação de uma gestão sustentável, tem-se que estruturar um sistema de administração do desempenho da organização. O BSC, mencionado no capítulo 5 como uma das ferramentas para gestão sustentável, se usado como ferramenta para monitoração de desempenho, passa a ser um aliado que agrega valor à gestão, pois vai além do simples fornecimento de informação. O mesmo traduz em ações a estratégia e missão integrando objetivos estratégicos e o sistema de indicadores.

A metodologia do BSC visa traduzir a missão e a estratégia da empresa num conjunto abrangente de indicadores de desempenho que possibilitem a estruturação de um Sistema de Administração do Desempenho da empresa que não despreza a busca de objetivos financeiros, tradicionalmente muito importante para a maioria das empresas e focado no passado, mas inclui dimensões de desempenho que são importantes no futuro. (OLIVA; BORBA, 2004, p. 75).

**Tabela 18 – Questão 3.2** Habilidades e competência para gestão como critérios para escolha dos gestores nos diversos níveis

DIMENSÃO	CARGO	
	PROFESSOR	GESTOR
Discordo totalmente	01 (5,9%)	04 (10,0%)
Discordo parcialmente	05 (29,4%)	09 (22,5%)
Concordo parcialmente	08 (47,1%)	18 (45,0%)
Concordo totalmente	03 (17,6%)	09 (22,5%)
<b>Total</b>	<b>17 (100,0%)</b>	<b>40 (100,0%)</b>



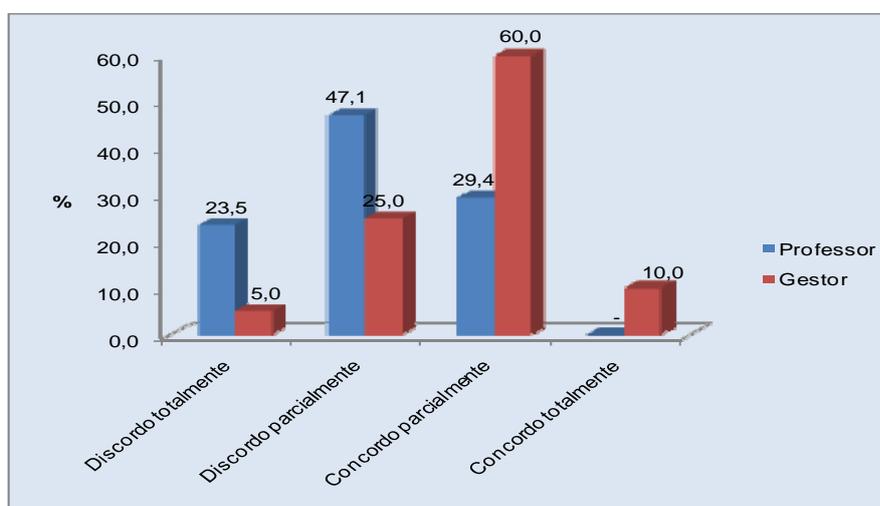
**Gráfico 11 –** Habilidades e competência para gestão como critérios para escolha dos gestores nos diversos níveis

Na questão, que aborda os critérios para a escolha dos gestores nos diversos níveis e que contemplam as habilidades e competência para a gestão, os pesquisados assim se manifestaram: 47,1% dos professores, isto é, 8 dos 17 professores afirmaram concordar parcialmente, 5 (29,4%) discordam parcialmente, 3 (17,6%) concordam totalmente e apenas 1 (5,9%) não concorda ou discorda totalmente. Já os gestores tiveram a seguinte manifestação: 18 dos 40 gestores pesquisados, ou seja, 45,0%) responderam que concordam parcialmente, 9 (22,5%) concordam totalmente, outros 9 (22,5%) discordam parcialmente e 4 (10%) discordam totalmente. Igualmente a questão 09 a maioria dos pesquisados, tanto professores quanto gestores concordam parcialmente que os critérios adotados no HUWC contemplam habilidades e competências para a escolha do quadro de gestores.

Possivelmente, a semelhança das respostas entre gestores e professores encontra-se relacionada ao fato de que na percepção dos mesmos, a competência e habilidade estão no conhecimento e na capacidade técnica que cada gestor tem para realizar as tarefas desenvolvidas no HUWC cotidianamente e que são presenciadas por eles. Outra possibilidade é o conhecimento da formação destes gestores por todos, na qual percebe-se a aderência com os cargos exercidos.

**Tabela 19 – Questão 3.3 Autonomia plena da direção do HUWC**

DIMENSÃO	CARGO	
	PROFESSOR	GESTOR
Discordo totalmente	04 (23,5%)	02 (5,0%)
Discordo parcialmente	08 (47,1%)	10 (25,0%)
Concordo parcialmente	05 (29,4%)	24 (60,0%)
Concordo totalmente	-	04 (10,0%)
<b>Total</b>	<b>17 (100,0%)</b>	<b>40 (100,0%)</b>



**Gráfico 12 – Autonomia plena da direção do HUWC**

Na questão, em que se afirma que a direção do HUWC possui plena autonomia na gestão administrativa, os 17 professores consultados afirmam o seguinte: 47,1%, isto é, 8 dos 17 professores, responderam que discordam parcialmente, enquanto que 5 (29,4%) concordam parcialmente e 4 (23,5%) discordam totalmente, ou seja, os professores estão muito divididos com relação ao assunto, chegando ao ponto de nenhum afirmar que a direção do hospital possui plena autonomia. Enquanto que os 40 gestores assim se manifestaram: 24 deles, ou

seja, 60,0% disseram concordar parcialmente que a direção possui plena autonomia, enquanto que 10 (25,0%) afirmam discordar parcialmente, 4 (10,0%) concordam totalmente e 2 (5,0%) discordam totalmente. Aqui 60% dos gestores pesquisados concordam apenas parcialmente que a direção do HUWC possui plena autonomia diretiva.

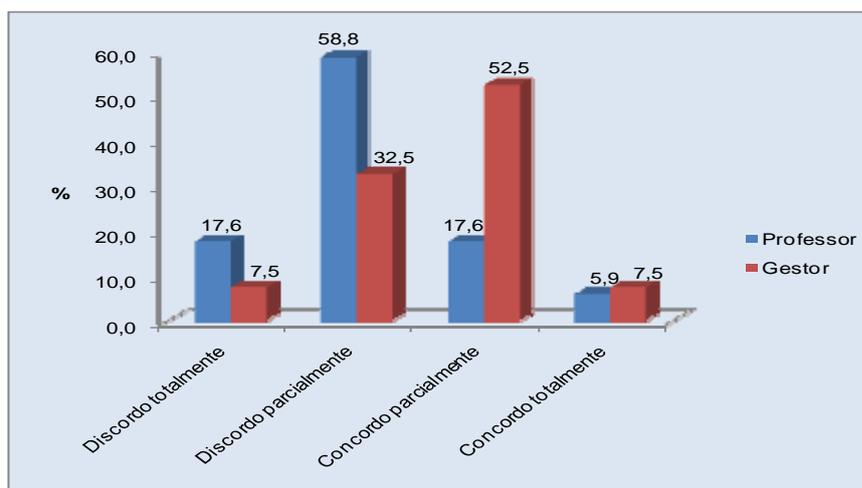
Muito embora exista uma discordância na percepção dos gestores e professores, possivelmente, ambos pautaram suas respostas no fato de que os HUs encontram-se em estágios diversos de autonomia em relação às IFES a que estão vinculados. Existe HU com total independência como é o caso do Hospital das Clínicas de Porto Alegre – HCPA e outros com total dependência das suas IFES, fundações, faculdades de medicina e outros.

Considerando essa possibilidade, os 70,6% de discordância parcial e total dos professores levam a crer que a direção do HUWC não possui plena autonomia quando se refere a decisões em conjunto com a academia, considerando que quase sempre as necessidades dos professores extrapolaram esta governabilidade, ficando na esfera da IFES ou do MEC. Desta forma, houve uma discordância no pensamento dos pesquisados.

Para os gestores, especialmente para a área administrativa que desempenham atividades meio, isto pode ter relação com a descentralização recente que veio através **da Portaria n° 4 de abril de 2008** que deu plena autonomia para aquisições, todo movimento orçamentário – financeiro e contábil.

**Tabela 20 – Questão 3.4 Adequação do modelo de gestão do HUWC**

DIMENSÃO	CARGO	
	PROFESSOR	GESTOR
Discordo totalmente	03 (17,6%)	03 (7,5%)
Discordo parcialmente	10 (58,8%)	13 (32,5%)
Concordo parcialmente	03 (17,6%)	21 (52,5%)
Concordo totalmente	01 (5,9%)	03 (7,5%)
<b>Total</b>	<b>17 (100,0%)</b>	<b>40 (100,0%)</b>



**Gráfico 13** – Adequação do modelo de gestão do HUWC

A referida questão discute que o modelo de gestão do HUWC é o adequado. Apenas 1 (5,9%) dos professores disse concordar que o modelo de gestão é adequado, 3 (17,6%) concorda parcialmente, enquanto que 10 (58,8%) discordam parcialmente e 3 (17,6%) discordam totalmente, isto é consideram inadequado o modelo de gestão em sua plenitude. Percebe-se, portanto, que na opinião dos professores o modelo de gestão adotado pelo Hospital não é o mais adequado. Já entre os 40 gestores 3 (7,5%) responderam discordar totalmente do modelo de gestão, 13 (32,5%) discordam parcialmente, enquanto que 3 (7,5%) concordam totalmente e 21 (52,5%) concordam parcialmente, ou seja, ficam no meio termo.

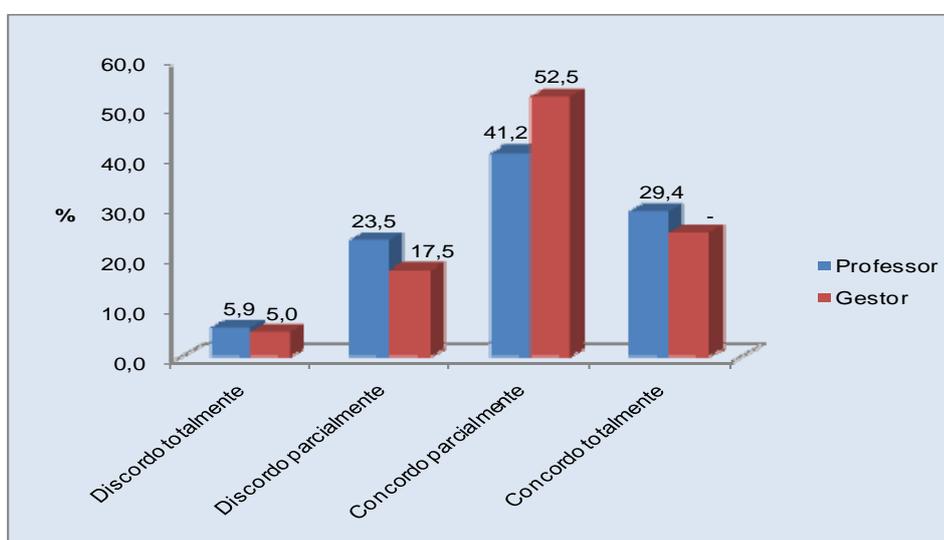
Contudo, existe 76,4% de discordância parcial e total dos professores e 60% de concordância parcial e total dos gestores relativo à afirmativa. O ponto positivo apontado neste resultado é referente à constatação do grupo de professores que confirmam a inadequação do modelo de gestão tanto do MEC como do HUWC, já mencionado anteriormente.

Em entrevista esclarecedora informal com os gestores, os mesmos afirmaram que individualizaram a resposta desta questão. Outros não compreenderam a afirmativa, o que de certa forma nos leva a crer que são esses os motivos da discordância entre o pensamento dos dois grupos.

Conforme Silva (2009) é preciso profissionalizar a gestão dos hospitais universitários (Hus) para adequar seu orçamento às condições de atendimento e ao custo dessas instituições: “têm-se que criar um novo modelo de gestão e encontrar novas fontes de financiamento para evitar o risco de esses hospitais acabarem com os serviços prestados ao SUS”, (p.2).

**Tabela 21 – Questão 3.5** Contribuição para a sustentabilidade e as boas práticas de ensino do HUWC com captação de recursos das pesquisas clínicas

DIMENSÃO	CARGO	
	PROFESSOR	GESTOR
Discordo totalmente	01 (5,9%)	02 (5,0%)
Discordo parcialmente	04 (23,5%)	07 (17,5%)
Concordo parcialmente	07 (41,2%)	21 (52,5%)
Concordo totalmente	05 (29,4%)	10 (25,0%)
<b>Total</b>	<b>17 (100,0%)</b>	<b>40 (100,0%)</b>



**Gráfico 14 –** Contribuição para a sustentabilidade e as boas práticas de ensino do HUWC com captação de recursos das pesquisas clínicas

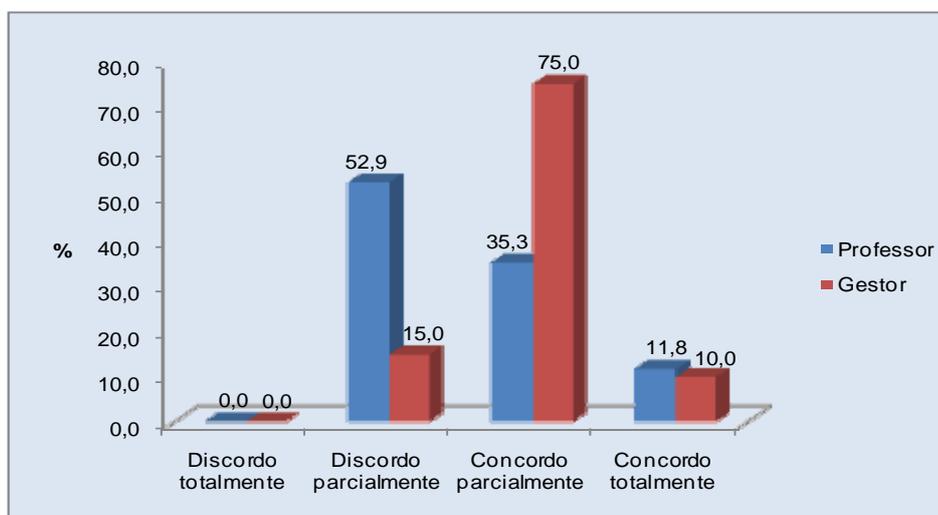
A questão afirma que as pesquisas clínicas contribuem com a captação de recursos para a sustentabilidade e boas práticas de ensino do HUWC. Os professores consultados se manifestaram da seguinte forma: 41,2%, ou seja, 7 dos 17 professores pesquisados concordam apenas parcialmente com essa afirmação, 29,4% (5 professores) concordam totalmente, 4 professores (23,5%) discordam parcialmente, enquanto que 1 (5,9%) discorda totalmente. Enquanto isto os Gestores assim se manifestaram: 21 dos 40 entrevistados, ou seja 52,5%, concordam parcialmente, 10 (25,0%) concordam totalmente, 7 (17,5%) discordam parcialmente, e 2 (5,0%) discordam totalmente. Trata-se de mais uma questão respondida por professores e gestores nos quais conclui-se que a maioria deles (70,6 % dos professores e 77,5% dos gestores) concordam parcialmente e totalmente que as pesquisas clínicas

contribuem para a captação de recursos para a instituição e conseqüentemente com as boas práticas de ensino do Hospital.

Esses resultados parecem indicar que as pesquisas clínicas são fatores de influência para a sustentabilidade e as boas práticas de ensino na visão dos gestores e professores. Dessa forma, a alocação de recursos para apoiar pesquisa e pesquisadores deveria ser contemplada nas políticas do MEC. Conclui-se que o incentivo de forma mais intensa nas pesquisas, parece conduzir os resultados para uma gestão sustentável.

**Tabela 22 – Questão 3.6** Comprometimento dos servidores/funcionários técnico-administrativos com HUWC

DIMENSÃO	CARGO	
	PROFESSOR	GESTOR
Discordo totalmente	-	-
Discordo parcialmente	09 (52,9%)	06 (15,0%)
Concordo parcialmente	06 (35,3%)	30 (75,0%)
Concordo totalmente	02 (11,8%)	04 (10,0%)
<b>Total</b>	<b>17 (100,0%)</b>	<b>40 (100,0%)</b>



**Gráfico 15 –** Comprometimento dos servidores/funcionários técnico-administrativos com HUWC

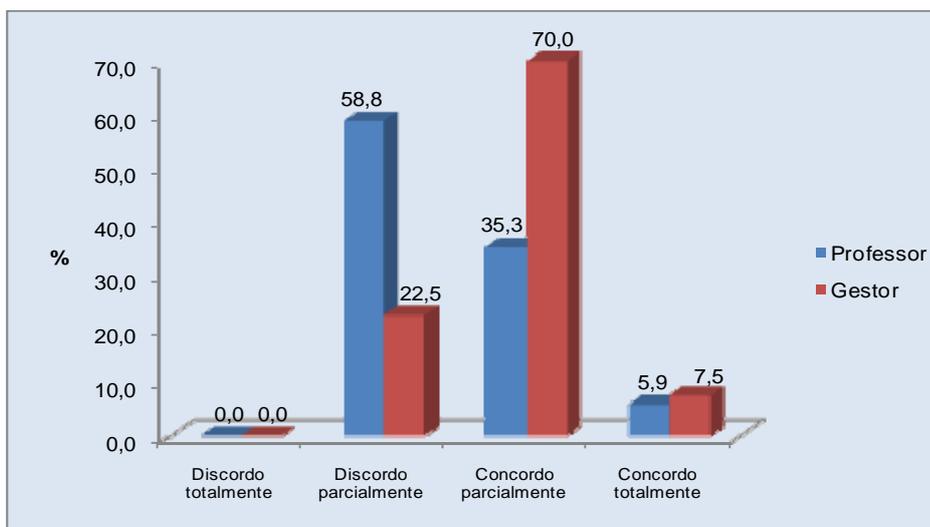
A questão afirma que os funcionários técnico-administrativos têm comprometimento com HUWC. 52,9%, ou seja, 9 dos 17 professores, responderam discordar parcialmente, 35,3% (6 professores) concordam parcialmente e 11,8% (2 professores) concordam totalmente. Já os Gestores assim se manifestaram: 75,0%, ou seja, 30 dos 40 gestores afirmaram concordar parcialmente, enquanto que 6 (15,0%) discordam parcialmente e 4 (10,0%) concordam totalmente. Percebe-se pelas respostas que a maioria dos professores

consultados, ou seja, 52,9%, não concordaram com a afirmativa de que os funcionários tem comprometimento com a instituição, enquanto que para os gestores 85,0% entendem que há comprometimento dos funcionários com relação a instituição.

Confrontando o resultado obtido entre o respondido pelos gestores e professores percebe-se que existe uma discordância, levando a crer que existe uma necessidade de maior comprometimento dos funcionários com o hospital.

**Tabela 23 – Questão 3.7** Comprometimento dos servidores/funcionários da área assistencial com o HUWC

DIMENSÃO	CARGO	
	PROFESSOR	GESTOR
Discordo totalmente	-	-
Discordo parcialmente	10 (58,8%)	09 (22,5%)
Concordo parcialmente	06 (35,3%)	28 (70,0%)
Concordo totalmente	01 (5,9%)	03 (7,5%)
<b>Total</b>	<b>17 (100,0%)</b>	<b>40 (100,0%)</b>



**Gráfico 16 –** Comprometimento dos servidores/funcionários da área assistencial com o HUWC

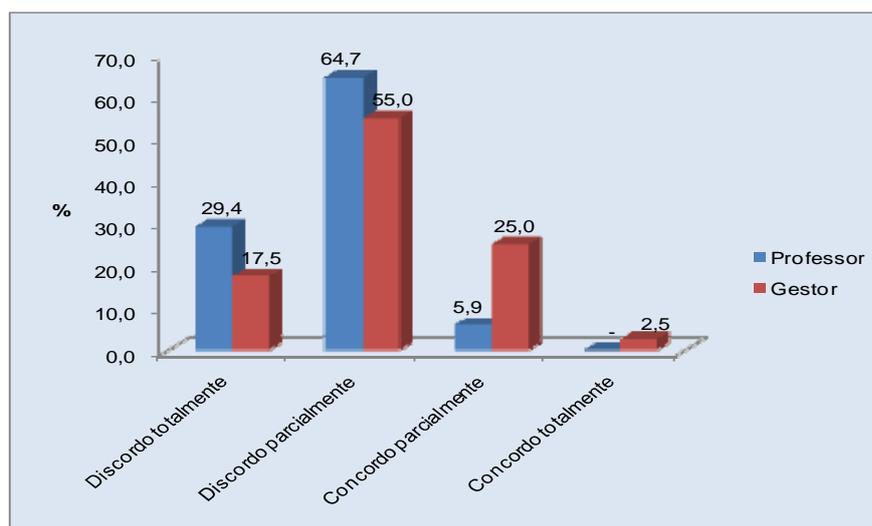
A questão aborda especificamente o comprometimento que os funcionários da área assistencial têm com o HUWC. Os professores questionados, 58,8%, isto é, 10 dos 17 professores) responderam que discordam parcialmente que o pessoal da área de assistência tem comprometimento com a instituição, 35,3% concordam apenas parcialmente e 1 (5,9) discorda totalmente. Já os gestores assim se manifestaram: 28 dos 40 entrevistados, ou seja, 70,0% afirmaram concordar parcialmente, 9 (22,5%) discordam parcialmente e 3 (7,5%)

concordam totalmente, Ou seja, para os professores a grande maioria (58,8%) discordam parcialmente quanto a afirmativa de que os funcionários da área de assistência têm comprometimento com O HUWC, enquanto que para os professores, a grande maioria (70,0%) concorda apenas parcialmente que esses funcionários da área de assistência tenham comprometimento com a instituição.

Este resultado parece indicar que os funcionários da área assistencial necessitam de um reposicionamento comportamental em relação ao seu comprometimento com o HUWC na visão dos professores. De acordo com os dados revelados neste item e no item anterior, as questões referentes ao comprometimento dos funcionários do HUWC são vistas pelos gestores como um ponto positivo.

**Tabela 24 – Questão 3.8** Conhecimento de gestão pelo professor

DIMENSÃO	CARGO	
	PROFESSOR	GESTOR
Discordo totalmente	05 (29,4%)	07 (17,5%)
Discordo parcialmente	11 (64,7%)	22 (55,0%)
Concordo parcialmente	01 (5,9%)	10 (25,0%)
Concordo totalmente	-	01 (2,5%)
<b>Total</b>	<b>17 (100,0%)</b>	<b>40 (100,0%)</b>



**Gráfico 17 –** Conhecimento de gestão pelo professor

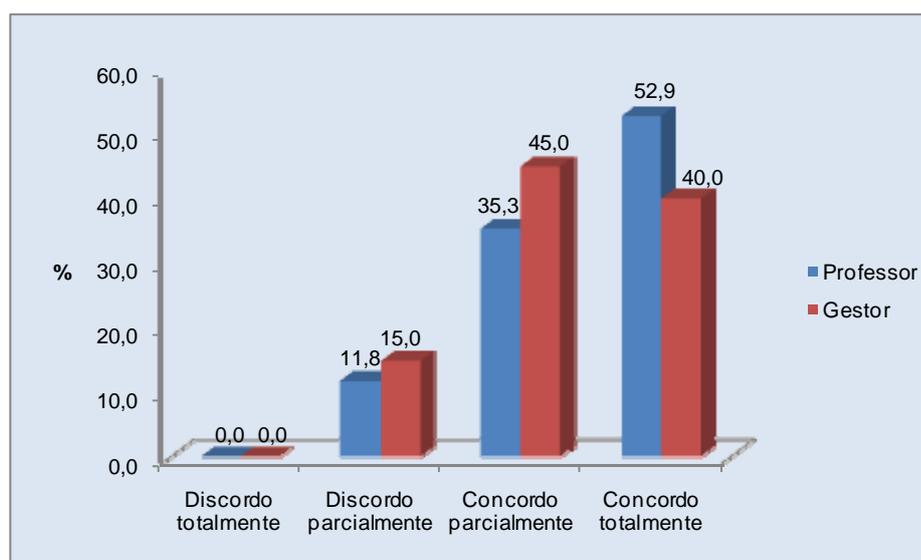
A questão afirma que o professor tem conhecimento de gestão. As respostas dadas aos questionários são as seguintes: 64,7% dos professores, isto é, 11 dos 17, disseram discordar parcialmente, ou seja, a maioria dos professores não tem conhecimento do que seja gestão, 29,4% responderam discordar totalmente, isto é, que os professores não tem qualquer

conhecimento de gestão, e 5,9% afirma concordar parcialmente. Já os gestores assim se manifestaram: 55,0% discordam parcialmente, ou seja, para eles os professores não têm quase nenhum conhecimento de gestão, 25,0% concordam parcialmente, acham que apenas parte possui conhecimento, 17,5% discordam totalmente, ou seja, que os professores não tem qualquer conhecimento de gestão, e apenas 2,5% considera que os professores são entendidos sobre o que seja gestão. Mais uma vez percebe-se que tanto professores como gestores, em sua grande maioria responderam “discordar com a afirmativa”, ou seja, que o professor não possui conhecimento de gestão.

A unanimidade da visão dos gestores e professores neste resultado indica uma lacuna para uma das questões mais complexas que é o envolvimento dos professores na gestão do HUWC, e que é fundamental o conhecimento de gestão para a realização do trabalho dentro do HUWC pelo grupo de professores.

**Tabela 25 – Questão 3.9** Desperdício prejudica a sustentabilidade do HUWC

DIMENSÃO	CARGO	
	PROFESSOR	GESTOR
Discordo totalmente	-	-
Discordo parcialmente	02 (11,8%)	06 (15,0%)
Concordo parcialmente	06 (35,3%)	18 (45,0%)
Concordo totalmente	09 (52,9%)	16 (40,0%)
<b>Total</b>	<b>17 (100,0%)</b>	<b>40 (100,0%)</b>



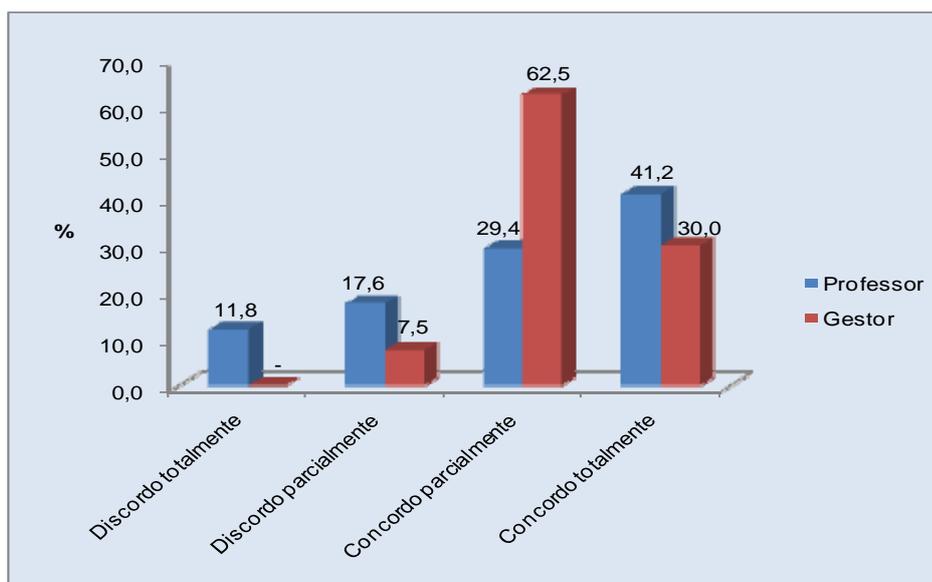
**Gráfico 18 – Desperdício prejudica a sustentabilidade do HUWC**

A sustentabilidade do HUWC é prejudicada pelo desperdício. A grande maioria dos professores, (52,9%), respondeu que concorda totalmente que o hospital é prejudicado pelo desperdício, 35,3% consideram que o desperdício é apenas parcial, e 11,8% acham que o desperdício não é tão significativo na sustentabilidade do hospital. Enquanto isto os gestores assim se manifestaram: 45,0% consideram que o desperdício apenas parcialmente representa prejudicial a sustentabilidade da instituição, 40,0% dizem concordar totalmente que a sustentabilidade do HUWC é prejudicada pelo desperdício, e apenas 15,0% entende que o desperdício é apenas parte do desperdício.

Ao analisarmos os resultados acima, notamos que os respondentes concordaram unanimemente com esta afirmação. Estes resultados, portanto, parecem indicar que o desperdício é um dos fatores relevantes na questão da sustentabilidade do HUWC.

**Tabela 26 – Questão 3.10** Sustentabilidade do HUWC ampliada com a contribuição de serviços inovadores

DIMENSÃO	CARGO	
	PROFESSOR	GESTOR
Discordo totalmente	02 (11,8%)	-
Discordo parcialmente	03 (17,6%)	03 (7,5%)
Concordo parcialmente	05 (29,4%)	25 (62,5%)
Concordo totalmente	07 (41,2%)	12 (30,0%)
<b>Total</b>	<b>17 (100,0%)</b>	<b>40 (100,0%)</b>



**Gráfico 19 –** Sustentabilidade do HUWC ampliada com a contribuição de serviços inovadores

A referida questão discute que os serviços inovadores contribuem para ampliar a sustentabilidade do HUWC. Suas respostas foram assim manifestadas: 41,2% dos professores, isto é 7 dos 17 entrevistados disseram concordar totalmente com essa afirmativa, para eles os serviços criativos contribuem de forma significativa para ampliar a sustentabilidade da instituição, enquanto que 29,4% concordam apenas parcialmente, 17,6% discordam parcialmente e 11,8% discordam totalmente. Já os gestores manifestaram-se assim: 62,5%, ou seja, 25 dos 40 gestores, disseram concordar parcialmente, ou seja, os serviços inovadores contribuem apenas parcialmente para ampliar a sustentabilidade da instituição, 30,0% concordam totalmente, e 7,5% discordam parcialmente.

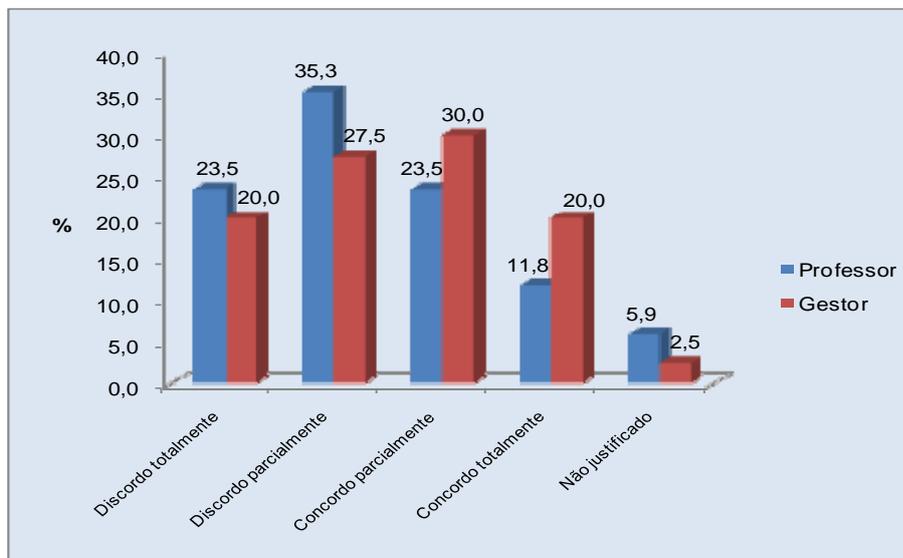
Os resultados parecem indicar ser a renovação de serviços um dos itens que poderiam dar sustentabilidade ao HUWC na visão dos gestores e professores. Para Almeida (2007, p.129), “operar na sustentabilidade implica atuar num mundo tripolar, em que o poder tende a se repartir de maneira cada vez mais equilibrada, entre governos, empresas e organizações da sociedade civil”, demandando um novo modelo de governança.

Para Tachizawa e Garret (2008, p.20):

Tecnologias limpas, projetos de desenvolvimento sustentável, gestão de resíduos sólidos industriais e reciclagem de materiais, transformam-se na última década no principal foco de negócios de empresas [...]. Outro nicho rentável do mercado ambiental é o reaproveitamento de resíduos industriais.

**Tabela 27 – Questão 3.11** Avaliação da direção do HUWC das práticas de ensino através de indicadores

DIMENSÃO	CARGO	
	PROFESSOR	GESTOR
Discordo totalmente	04 (23,5%)	08 (20,0%)
Discordo parcialmente	06 (35,3%)	11 (27,5%)
Concordo parcialmente	04 (23,5%)	12 (30,0%)
Concordo totalmente	02 (11,8%)	08 (20,0%)
Não justificado	01 (5,9%)	01 (2,5%)
<b>Total</b>	<b>17 (100,0%)</b>	<b>40 (100,0%)</b>



**Gráfico 20** – Avaliação da direção do HUWC das práticas de ensino através de indicadores

A afirmação desse quesito é: que a direção do HUWC avalia as práticas de ensino no âmbito da instituição através de indicadores. 23,5%, ou seja, 4 professores disseram discordar totalmente dessa afirmativa, isto é, para eles a instituição não faz avaliação através de indicadores, 35,3% discordam parcialmente, outros 23,5% concordam parcialmente, 11,8% concordam totalmente e 5,9% não justificaram. Já os gestores assim se manifestaram: 20,0% discorda totalmente, ou seja, para eles a direção do hospital não faz avaliação das práticas de ensino utilizando-se de indicadores, 27,5% disse discordar parcialmente, 30,0% concorda apenas parcialmente, 20,0% concorda parcialmente, ou seja, a direção do HUWC faz avaliação das práticas de ensino através de indicadores, e 2,5% preferiu não justificar a sua resposta.

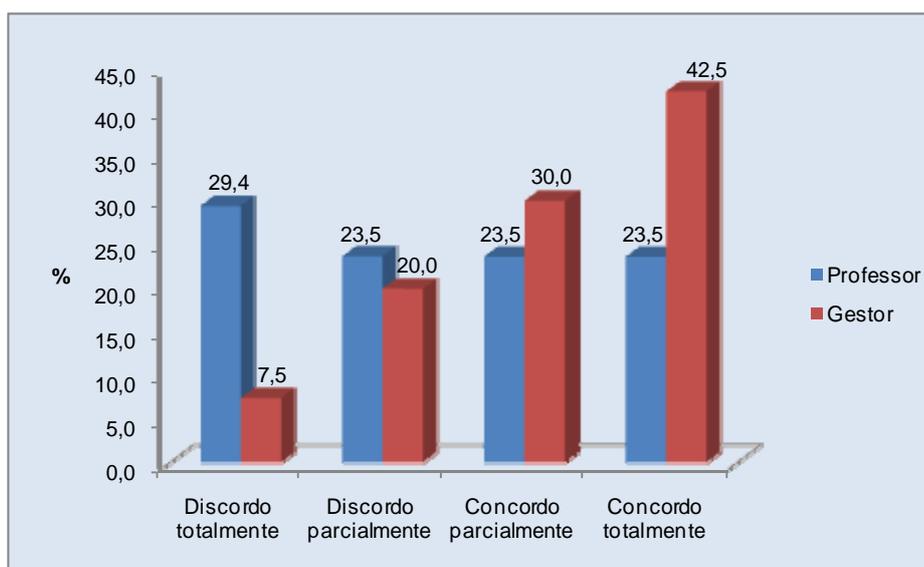
As respostas aos questionários acerca dos determinantes relacionados com a gestão da direção do hospital universitário deixam evidente que tanto professores como gestores não quiseram comprometer a direção do HUWC, haja vista o meio termo empregado em praticamente todas as respostas, ou por outra demonstraram falta de conhecimento para todas as questões. O certo é que a falta de avaliação institucionalizada pelo HUWC para as práticas de ensino não ficou evidenciada, visto que a grande maioria das respostas foi “discordo parcialmente” e “concordo parcialmente”. Conclui-se que se houvesse engajamento, comprometimento, dos professores e dos gestores com a instituição o nível de conhecimento dos assuntos analisados seria o de concordar ou discordar e não o emprego do “parcialmente”, pois isto demonstra falta de conhecimento dos assuntos da instituição ou falta

de comprometimento, engajamento, ou ainda por não quererem prejudicar a gestão da direção do HUWC.

### 3.1.3 Determinantes relacionados com a Universidade Federal do Ceará

**Tabela 28 – Questão 4.1** Contribuição da integração Reitoria - HUWC para a sustentabilidade da gestão

DIMENSÃO	CARGO	
	PROFESSOR	GESTOR
Discordo totalmente	05 (29,4%)	03 (7,5%)
Discordo parcialmente	04 (23,5%)	08 (20,0%)
Concordo parcialmente	04 (23,5%)	12 (30,0%)
Concordo totalmente	04 (23,5%)	17 (42,5%)
<b>Total</b>	<b>17 (100,0%)</b>	<b>40 (100,0%)</b>



**Gráfico 21** – Contribuição da integração Reitoria - HUWC para a sustentabilidade da gestão

Esta questão objetiva contribuir com o fortalecimento do vínculo da UFC com o HUWC, clareando sobre a importância do hospital para o ensino no contexto da UFC. E, naturalmente, isto fez com que os gestores e professores, repensassem suas estratégias de atuação para contribuir com a sustentabilidade do HUWC.

Esse quesito afirma aos respondentes, que a integração da Reitoria e o HUWC contribuem para a sustentabilidade da gestão. Nesse quesito, 29,4% dos 17 professores

disseram discordar totalmente, ou seja, a maioria, embora pequena, considera que a integração da Reitoria e o HUWC não contribuem para a sustentabilidade da gestão, enquanto que 23,5% discordam parcialmente, outros 23,5% concordam parcialmente, e outros 23,5% concordam totalmente, isto é, apenas 4 dos 17 professores afirmam concordar plenamente que a integração das duas instituições contribuem para a sustentabilidade da gestão. Já quanto aos gestores 42,5% dos 40 entrevistados (17) responderam que concordam totalmente com a afirmação de que a integração das duas instituições contribui para a falta de sustentabilidade da gestão.

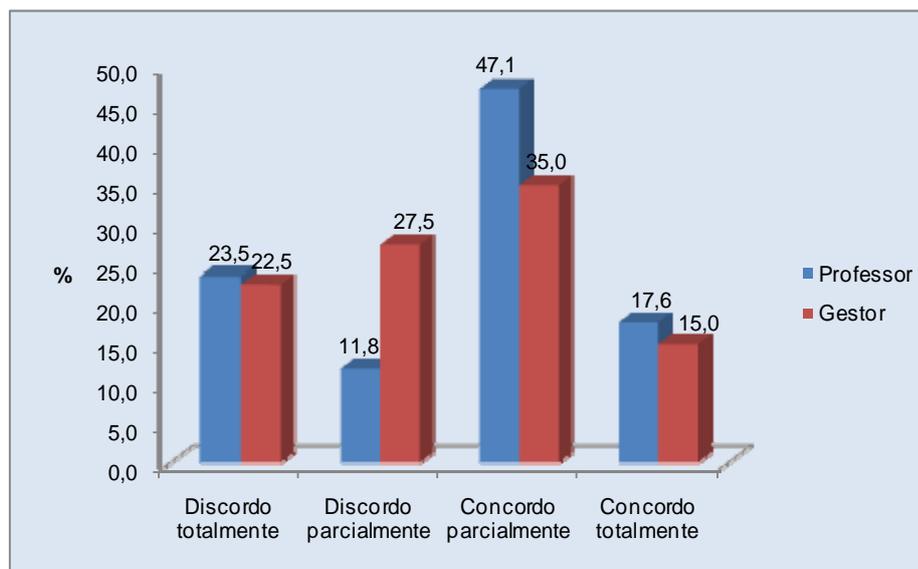
Ao avaliarmos os resultados, notamos que os gestores concordam com a afirmativa e os professores discordam. Possivelmente, a diferença encontrada reside no fato de que os problemas identificados pela ineficácia da gestão administrativa e financeira do HUWC são facilmente percebíveis pelo grupo gestor, sendo a integração com a reitoria um ponto importante para o HUWC, pois engloba princípios de relacionamento, ajuda mútua, interação confiança visando minimizar o problema da sustentabilidade.

### ***3.1.4 Determinantes relacionados com o Hospital Universitário Walter Cantídio***

As questões 5.1 a 5.3 com foco no HUWC, contribuem para o conhecimento mais profundo da cultura organizacional, sendo possível proceder mudanças necessárias para a sua sustentabilidade.

**Tabela 29 – Questão 5.1** Contribuição para a falta de sustentabilidade pela complexidade da missão do HUWC – ensino, pesquisa e assistência

DIMENSÃO	CARGO	
	PROFESSOR	GESTOR
Discordo totalmente	04 (23,5%)	09 (22,5%)
Discordo parcialmente	02 (11,8%)	11 (27,5%)
Concordo parcialmente	08 (47,1%)	14 (35,0%)
Concordo totalmente	03 (17,6%)	06 (15,0%)
<b>Total</b>	<b>17 (100,0%)</b>	<b>40 (100,0%)</b>



**Gráfico 22** – Contribuição para a falta de sustentabilidade pela complexidade da missão do HUWC – ensino, pesquisa e assistência

Essa questão afirma aos respondentes que a complexidade da missão do HUWC no que concerne a assistência à saúde, ensino e pesquisa acadêmica, contribui para falta de sustentabilidade. Os professores assim se manifestaram: 23,5% de um total de 17 mestres, afirmaram discordar totalmente dessa assertiva, 11,8% discordam parcialmente, 47,1% concordam parcialmente e 17,6% concordam totalmente. Já os gestores em um total de 40 pesquisados, 22,5% disseram concordar totalmente, 27,5% discordam parcialmente, 35,0% concordam parcialmente, e 15,0% concordam totalmente. Observa-se pelas respostas dadas que tanto os professores quanto os gestores ficaram muito divididos em suas respostas. No entanto, a maioria dos professores e também dos gestores concorda parcialmente com a afirmativa. Apenas a minoria tem posição inversa, ou discorda totalmente ou concorda totalmente.

Desta forma, conclui-se que os grupos concordam que a missão do HUWC contribui para a falta de sustentabilidade, possivelmente por ter seu custo mais elevado, por ser uma instituição cara, pois contempla alta complexidade e mescla atividades de assistência médica com procedimentos didáticos e de pesquisa.

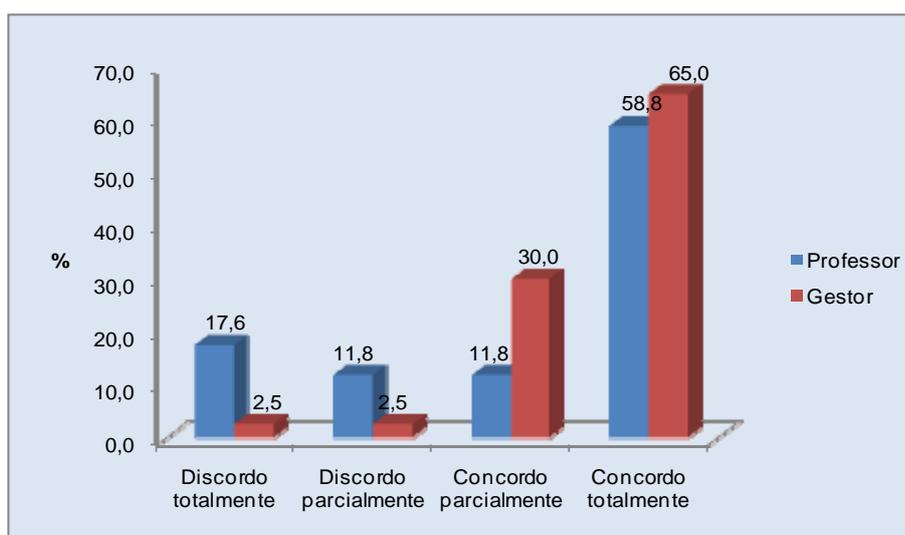
Segundo Dallora e Forster (2008), como os HUs estão pouco integrados aos níveis de assistência primária, secundária e tem em geral total autonomia gerencial em relação ao sistema de saúde, acabou atendendo todos os níveis de atenção encarecendo seus custos.

Destacam ainda Dallora e Forster (2008) que o custo dos HUs na Austrália é 12% mais elevado do que hospitais não universitários. Para Bittar (2002), os HE necessitam de

maiores repasses em virtude dos custos que são maiores devido ao ensino e pesquisa, que inevitavelmente são maiores em função de maiores gastos com médias de permanência maiores, quantidades maiores de exames e técnicas mais complexas para a assistência terciária.

**Tabela 30 – Questão 5.2** Favorecimento das boas práticas de ensino no HUWC para modernização tecnológica e revitalização da estrutura física

DIMENSÃO	CARGO	
	PROFESSOR	GESTOR
Discordo totalmente	03 (17,6%)	01 (2,5%)
Discordo parcialmente	02 (11,8%)	01 (2,5%)
Concordo parcialmente	02 (11,8%)	12 (30,0%)
Concordo totalmente	10 (58,8%)	26 (65,0%)
<b>Total</b>	<b>17 (100,0%)</b>	<b>40 (100,0%)</b>



**Gráfico 23 – Favorecimento das boas práticas de ensino no HUWC para modernização tecnológica e revitalização da estrutura física**

A questão afirma que a modernização tecnológica e estrutura física revitalizada favorecem boas práticas de ensino no HUWC. Com relação a essa questão, os professores assim se manifestaram: 58,8% concordam totalmente, 11,8% concordam parcialmente, outros 11,8% discordam parcialmente e 17,6% discordam totalmente. Já entre os gestores, 65,0% disseram concordar totalmente, 30,0% concordam apenas parcialmente, 2,5% discordam parcialmente e outros 2,5% discordam totalmente. Nesse aspecto, há coerência entre as respostas dos respondentes quando em sua grande maioria (58,8% dos professores e 65,0%

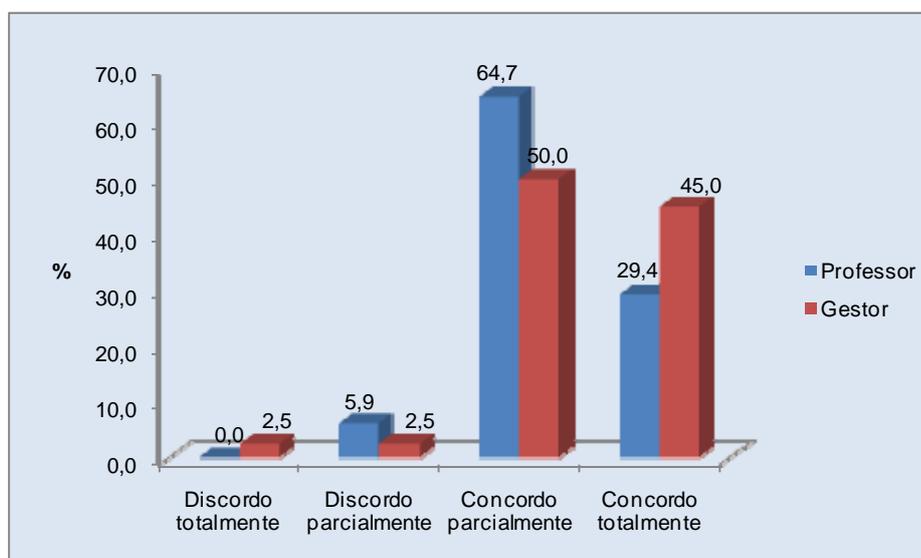
dos gestores) afirmam concordar totalmente, ou seja, a modernização tecnológica e estrutura física revitalizada favorecem as condições de ensino no Hospital.

Este cenário leva a crer que para a formação de profissionais de saúde, na visão de gestores e professores, uma estrutura revitalizada e a incorporação tecnológica são imprescindíveis para o cumprimento do princípio indissociável do ensino, pesquisa e assistência, favorecendo assim as boas práticas de ensino.

Médicos residentes participaram de pesquisa feita nos HUs utilizando a internet em setembro de 2009 através do SECEX e a pior avaliação foi o item atualização tecnológica com 67% de insatisfação e pouco satisfatório, corroborando assim o pensamento dos gestores e professores. Sugestões referindo a necessidade de incrementar o quantitativo de equipamentos, implantar manutenções periódicas e melhorias na infra-estrutura física em especial na área assistencial, foram sugestões enquadradas na referente pesquisa.

**Tabela 31 – Questão 5.3** Garantia de uma boa formação de profissionais de saúde, apesar da crise financeira e estrutural do HUWC

DIMENSÃO	CARGO	
	PROFESSOR	GESTOR
Discordo totalmente	-	01 (2,5%)
Discordo parcialmente	01 (5,9%)	01 (2,5%)
Concordo parcialmente	11 (64,7%)	20 (50,0%)
Concordo totalmente	05 (29,4%)	18 (45,0%)
<b>Total</b>	<b>17 (100,0%)</b>	<b>40 (100,0%)</b>



**Gráfico 24 –** Garantia de uma boa formação de profissionais de saúde, apesar da crise financeira e estrutural do HUWC

A questão discute que apesar da crise financeira e estrutural em todas as suas dimensões, o ensino no HUWC ainda garante uma boa formação de profissionais de saúde. Os professores assim se manifestaram: nenhum discorda totalmente, 5,9% discordam parcialmente, 64,7% concordam parcialmente e 29,4% concordam totalmente, enquanto que os gestores assim se pronunciaram: 2,5% discordam totalmente, outros 2,5% discordam parcialmente, 50,0% concordam parcialmente, e 45,0% concordam totalmente.

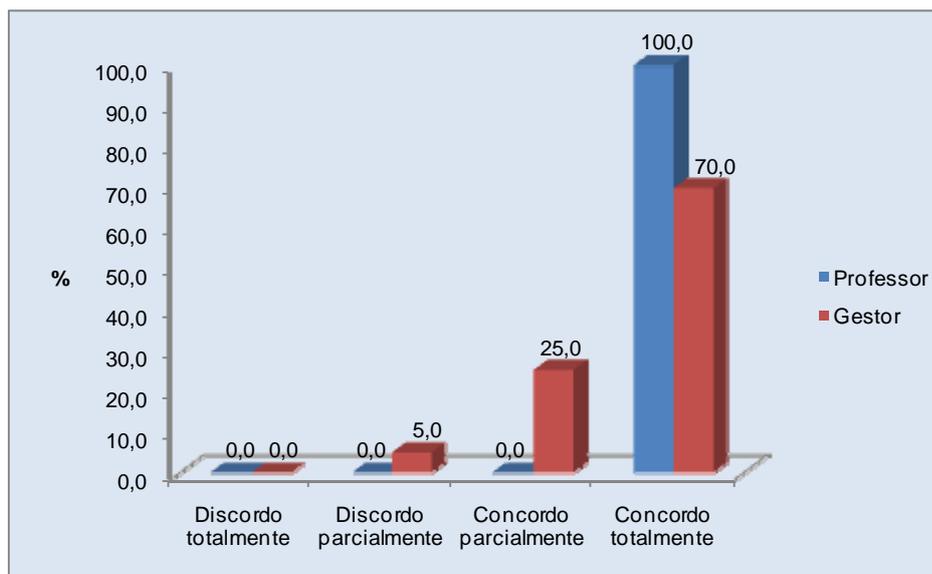
De acordo com os dados, verificam-se pontos de convergência na visão de gestores e professores que sabedores dos inúmeros desafios enfrentados pelo HUWC, levando a crer que existe um reconhecimento de que este hospital, apesar das dificuldades ainda garante boa formação para os profissionais de saúde, tendo o hospital como referência, capacitando tanto para a área de saúde pública como privada, conciliando assim, na missão acadêmica, a missão assistencial.

### ***3.1.5 Determinantes relacionados com o sistema de saúde vigente – SUS***

As questões 6.1 a 6.5 contribuem para a compreensão da relação do HUWC e sua inserção no Sistema Único de Saúde, sua relação com o gestor local e as necessidades para melhorar sua sustentabilidade.

**Tabela 32 – Questão 6.1** Falta de sustentabilidade da gestão e redução da qualidade do ensino devido à defasagem da tabela SUS

DIMENSÃO	CARGO	
	PROFESSOR	GESTOR
Discordo totalmente	-	-
Discordo parcialmente	-	02 (5,0%)
Concordo parcialmente	-	10 (25,0%)
Concordo totalmente	17 (100,0%)	28 (70,0%)
<b>Total</b>	<b>17 (100,0%)</b>	<b>40 (100,0%)</b>



**Gráfico 25** – Falta de sustentabilidade da gestão e redução da qualidade do ensino devido à defasagem da tabela SUS

A questão afirma que a defasagem da tabela de valores do Sistema Único de Saúde – SUS contribui para a falta de sustentabilidade da gestão e a redução da qualidade do ensino. Houve unanimidade dos professores questionados quanto a concordarem totalmente com essa afirmativa, enquanto que os gestores, 70% dos 40 gestores responderam que concordam totalmente, 25% concordam apenas parcialmente e 5% discordam parcialmente.

Ao analisarmos os resultados, notamos que na visão dos professores a defasagem da tabela SUS impacta diretamente na sustentabilidade do hospital, afetando a qualidade do ensino pela total concordância da afirmação. Na visão dos gestores houve 95% de concordância total e parcial levando a crer que na percepção dos mesmos uma reavaliação da tabela SUS, talvez possibilitasse um alcance maior do equilíbrio entre receitas e despesas do HUWC.

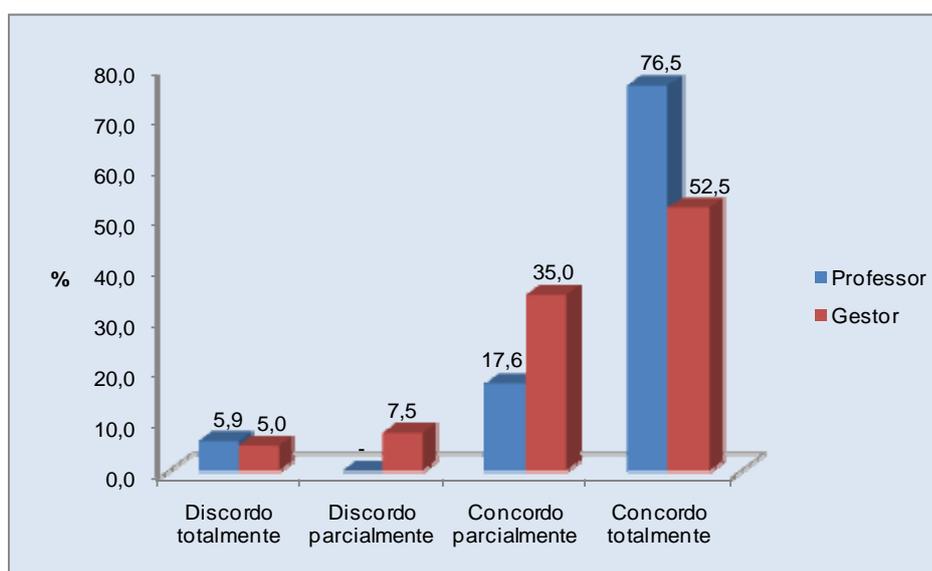
Existe ainda um descompasso, referente ao lapso temporal entre a realização das despesas com procedimentos e internações e o efetivo recebimento dessas receitas, mesmo referente ao contratualizado pré-fixado de média complexidade. Se esses valores pré-fixados da média complexidade fossem repassados no início do mês de competência de prestação dos serviços, minimizava este descompasso entre as despesas e a entrada dos recursos.

Para Bittar (2002, p.13):

Os HE necessitam de uma diferenciação do valor repassado pelos procedimentos realizados, em virtude dos custos maiores frente ao ensino e pesquisas desenvolvidos, que inevitavelmente são maiores em função de maiores gastos com médias de permanência maiores, maior quantidade de exames complementares e técnicas mais complexas para o nível terciário de atendimento.

**Tabela 33 – Questão 6.2** Comprometimento da política de investimento sustentável da instituição devido à falta de reconhecimento da gestão da importância do HUWC

DIMENSÃO	CARGO	
	PROFESSOR	GESTOR
Discordo totalmente	01 (5,9%)	02 (5,0%)
Discordo parcialmente	-	03 (7,5%)
Concordo parcialmente	03 (17,6%)	14 (35,0%)
Concordo totalmente	13 (76,5%)	21 (52,5%)
<b>Total</b>	<b>17 (100,0%)</b>	<b>40 (100,0%)</b>



**Gráfico 26 –** Comprometimento da política de investimento sustentável da instituição devido à falta de reconhecimento da gestão da importância do HUWC

A questão afirma que o não reconhecimento por parte do Gestor local da importância do HUWC no Sistema de Saúde compromete a política de investimento sustentável da instituição. Para os professores, 76,5% concordam totalmente e 17,6% concordam parcialmente, enquanto que 5,9% discordam totalmente. Por outro lado 52,5% dos gestores afirmam concordar totalmente, 35,0% concordam parcialmente, 7,5% discordam parcialmente e 5,0% discordam totalmente.

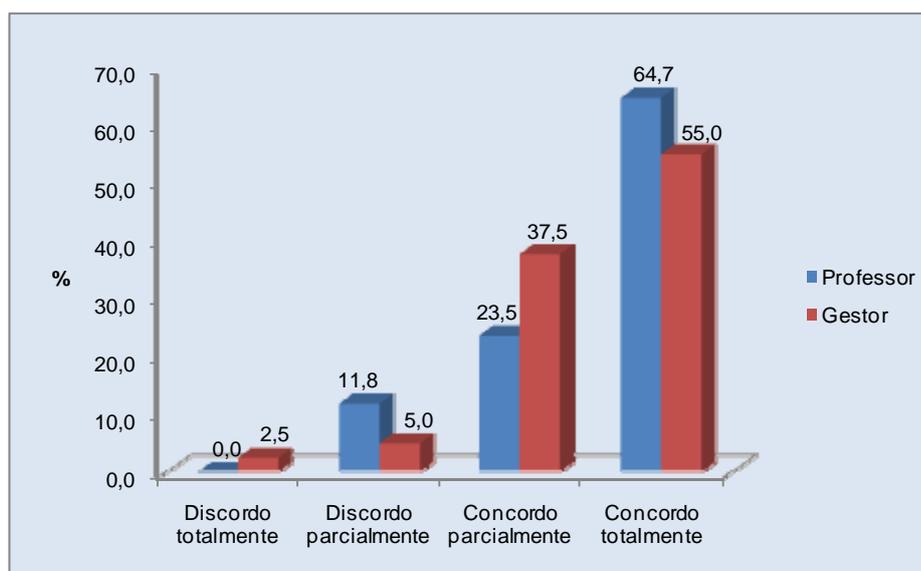
Segundo esses dados, 94,1% dos professores e 87,5% dos gestores concordam totalmente e parcialmente com a afirmação. Estes resultados parecem indicar que dentro de uma abordagem geral do Sistema Único de Saúde - SUS, o gestor local do SUS não

reconhece a importância do HUWC. Como consequência, há comprometimento da política de investimento para a sustentabilidade do hospital.

Para Barata, Mendes e Bittar (2010; p.7) existem muitas questões que são desafios para dar continuidade ao desenvolvimento do SUS, destacando a formação de profissionais de saúde para atender as necessidades da população brasileira, a pesquisa, incorporação tecnológica, garantia de acesso da população a procedimentos de alta complexidade, dentre outros. No entanto, destaca ainda que “em todos esses temas, a contribuição dos hospitais de ensino (HEs) é condição fundamental para que se consiga efetivamente melhorar a saúde de todos os brasileiros”. Contudo, concluímos que é de extrema importância a interação do HUWC com a rede SUS.

**Tabela 34 – Questão 6.3** Desequilíbrio econômico financeiro do HUWC, devido à falta de resolutividade do sistema de saúde na assistência primária e secundária

DIMENSÃO	CARGO	
	PROFESSOR	GESTOR
Discordo totalmente	-	01 (2,5%)
Discordo parcialmente	02 (11,8%)	02 (5,0%)
Concordo parcialmente	04 (23,5%)	15 (37,5%)
Concordo totalmente	11 (64,7%)	22 (55,0%)
<b>Total</b>	<b>17 (100,0%)</b>	<b>40 (100,0%)</b>



**Gráfico 27 -** Desequilíbrio econômico financeiro do HUWC, devido à falta de resolutividade do sistema de saúde na assistência primária e secundária

Na questão afirma-se que a falta de resolubilidade do sistema de saúde da assistência primária e secundária impacta no desequilíbrio econômico e financeiro do HUWC. As respostas dos professores foram as seguintes: 64,7% concordam totalmente, 23,5% concordam apenas parcialmente e 22,8% discordam parcialmente, enquanto que os gestores assim se manifestaram: 55,0% concordam totalmente, 37,5% concordam apenas parcialmente, 5,0% discordam parcialmente e 2,5% discordam totalmente. Verifica-se que a maioria dos professores (64,7%) concorda totalmente e 23,5% concordam parcialmente, enquanto que 55,0% dos gestores afirmam concordarem totalmente e 37,5% concordam também apenas parcialmente.

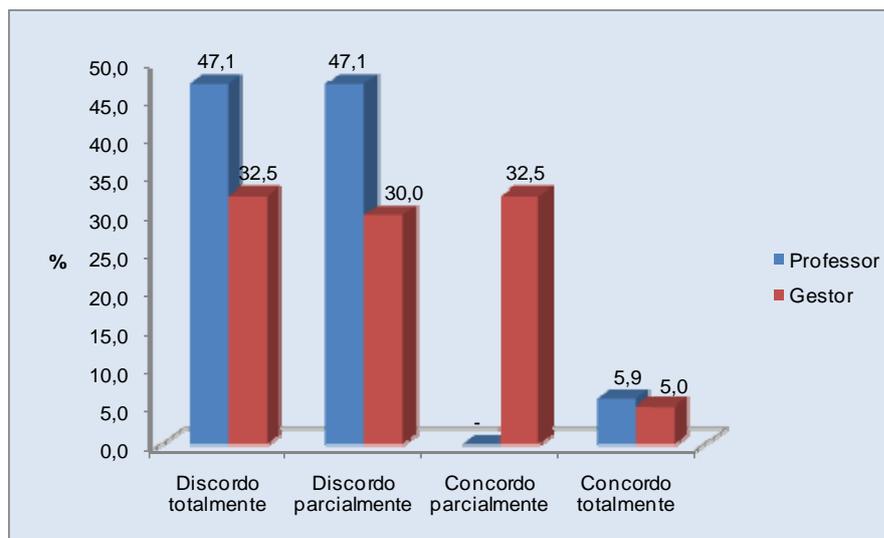
Desta forma, a grande maioria, 92,5% dos gestores e 88,2% dos professores concordam totalmente e parcialmente com a afirmação e como dissemos anteriormente, os HEs recebem ainda um número expressivo de média complexidade que é paga através de um teto fixo, que quase sempre é ultrapassado. No caso do HUWC esse excedente não é remunerado, afetando o equilíbrio econômico financeiro do hospital, aumentando assim seus problemas financeiros. Corroborando este pensamento, Barata; Mendes; Bittar (2010; p.9) afirmam:

Constata-se que os HE ainda realizam uma grande proporção de atendimentos de média e baixa complexidade, tanto internação como ambulatorial, casos que poderiam ser encaminhados para outros serviços do sistema. A realização de procedimentos de baixa complexidade nos HE apresenta vários inconvenientes, entre os quais: utiliza-se um serviço de alta capacidade instalada, com pessoal especializado e, portanto, com atendimentos em média mais custosos para procedimentos simples que seriam mais bem realizados em unidades básicas de saúde. (BARATA, MENDES, BITTAR, 2010, p. 9)

Na auditoria realizada pelo TCU em 2009 nos Hospitais Universitários Federais, alguns hospitais da amostra fizeram referência ao impacto causado pelo mau funcionamento da rede básica nos municípios onde os HUs estão inseridos.

**Tabela 35 – Questão 6.4** Acompanhamento sistemático da contratualização pelos gestores locais do SUS

DIMENSÃO	CARGO	
	PROFESSOR	GESTOR
Discordo totalmente	08 (47,1%)	13 (32,5%)
Discordo parcialmente	08 (47,1%)	12 (30,0%)
Concordo parcialmente	-	13 (32,5%)
Concordo totalmente	01 (5,9%)	02 (5,0%)
<b>Total</b>	<b>17 (100,0%)</b>	<b>40 (100,0%)</b>



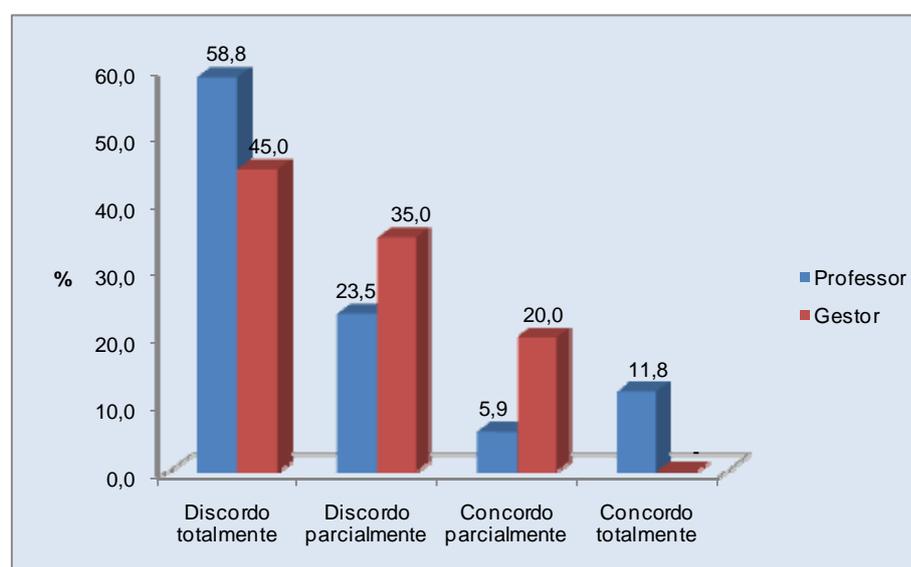
**Gráfico 28** - Acompanhamento sistemático da contratualização pelos gestores locais do SUS

Na questão é afirmado que os gestores locais do SUS acompanham sistematicamente a contratualização celebrada entre o Ministério da Saúde, a Secretaria de Saúde do Município e o HUWC. 47,1% dos professores pesquisados afirmaram discordar totalmente, outros 47,1% discordam parcialmente e apenas 5,9% concordam totalmente. Já entre os gestores, 32,5% discordam totalmente, 30,0% discordam parcialmente, 32,5% concordam parcialmente e 5,0% concordam totalmente. Tanto os professores quanto os gestores demonstram em suas respostas que os gestores do SUS não fazem acompanhamento da contratação de serviços envolvendo o M.S., a Sec. de Saúde do Município e HUWC. Para os professores, 94,2% discordam totalmente e parcialmente, o que significa dizer que o gestor do SUS não se manifesta no acompanhamento da contratualização, enquanto que as respostas dos gestores estão divididas, tudo levando a crer que eles conhecem pouco sobre o assunto.

Apesar deste resultado, de certa forma não houve discordância entre os grupos. Esses achados demonstram que não existe acompanhamento dos contratos sistematicamente. Conclui-se, portanto, que os planos operativos não estão sendo utilizados como base para o realinhamento das metas, sendo necessária a elaboração de uma estratégia de sensibilização dos gestores locais do SUS, para realinhar as metas de forma que aproxime a produção do HUWC das necessidades dos usuários, de acordo com suas realidades.

**Tabela 36 – Questão 6.5** Interesse pelas áreas de pesquisa e ensino pelos gestores locais do SUS

DIMENSÃO	CARGO	
	PROFESSOR	GESTOR
Discordo totalmente	10 (58,8%)	18 (45,0%)
Discordo parcialmente	04 (23,5%)	14 (35,0%)
Concordo parcialmente	01 (5,9%)	08 (20,0%)
Concordo totalmente	02 (11,8%)	-
<b>Total</b>	<b>17 (100,0%)</b>	<b>40 (100,0%)</b>



**Gráfico 29 -** Interesse pelas áreas de pesquisa e ensino pelos gestores locais do SUS

A afirmação na questão é que os gestores locais do SUS possuem interesse pelas áreas de pesquisa e ensino. Para os professores, 58,8% discordam totalmente, 23,5% discordam parcialmente, 5,9% concordam parcialmente e 11,8% concordam totalmente. Estes percentuais demonstram que os professores têm ciência de que os gestores locais do SUS não possuem qualquer interesse pelas áreas de pesquisa e ensino aplicadas no HUWC. Já os gestores ficaram divididos: a maioria (45,0%) afirma discorda totalmente, e 35,0% discordam parcialmente, corroborando também o que disseram os professores: os gestores do SUS não têm interesse pelas áreas de pesquisa e ensino no Hospital.

Os achados demonstram convergência no pensamento dos gestores e professores de 80% e 82, 3% de discordância total e parcial, respectivamente, levando a crer que a percepção dos dois grupos é de que os gestores do SUS em geral não se interessam pelo ensino e pesquisa, ficando claro que para os mesmos somente as atividades de assistência são de interesse da rede local do SUS.

Estes achados corroboram com o resultado encontrado na auditoria realizada pelo TCU em 2009 nos Hospitais Universitários Federais:

Os gestores dos contratos em geral não estão interessados em metas relativas à gestão, ensino, ciência e tecnologia. Conseqüentemente, para que possam ser desenvolvidas nos HUs as atividades não diretamente relacionadas à assistência, dever-se-á, elaborar outra estratégia, que não a de cometer aos gestores a tarefa de acompanhar e atestar tais atividades, face a interferência disso até aqui. (RIO GRANDE DO SUL, 2009b).

Barata, Mendes e Bittar (2010; p.11), contrários ao pensamento dos gestores locais do SUS, afirmam que:

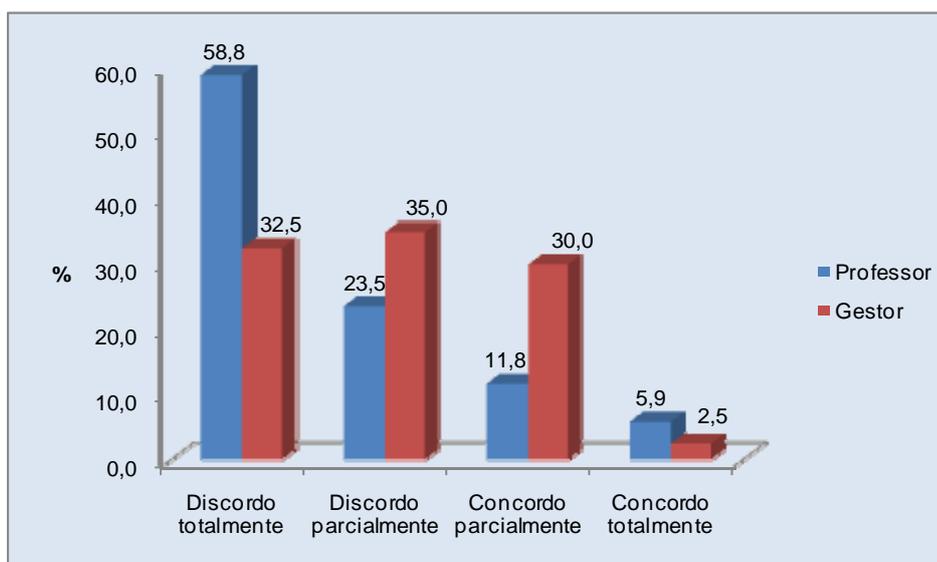
O SUS, cujos dispêndios crescem continuamente, como em todos os demais países, deve enfrentar os problemas do desenvolvimento (pesquisa) e da inserção racional das novas tecnologias e medicamentos na assistência e, para tanto, precisa do auxílio dos centros de excelência universitária e científica, representados pelos HE. (BARATA; MENDES; BITTAR, 2010, p. 11).

### ***3.1.6 Determinantes relacionados com a política do Ministério da Saúde***

A contribuição das questões 7.1 a 7.3 refere-se à identificação das necessidades do HUWC quanto a forma de financiamento do Ministério da Saúde para o ensino e pesquisa como também o envolvimento do M.S para o acompanhamento do gestor local do SUS para fins de pagamento do excedente da média complexidade e ajuste de metas.

**Tabela 37 – Questão 7.1 Adequação da forma de financiamento proposta pelo M.S com previsão de recursos extras para ensino e pesquisa**

DIMENSÃO	CARGO	
	PROFESSOR	GESTOR
Discordo totalmente	10 (58,8%)	13 (32,5%)
Discordo parcialmente	04 (23,5%)	14 (35,0%)
Concordo parcialmente	02 (11,8%)	12 (30,0%)
Concordo totalmente	01 (5,9%)	01 (2,5%)
<b>Total</b>	<b>17 (100,0%)</b>	<b>40 (100,0%)</b>



**Gráfico 30** - Adequação da forma de financiamento proposta pelo M.S com previsão de recursos extras para ensino e pesquisa

A afirmação feita fala sobre a adequação da forma de financiamento proposta pelo Ministério da Saúde para os hospitais de ensino, uma vez que prevê recursos extras para ensino e pesquisa. Para os professores, a maioria disse discordar totalmente, ou seja, 58,8% e outros 23,5% também discordam, embora que parcialmente. Já os gestores ficaram muito divididos já que 32,5% discordam totalmente, 35,0% discordam parcialmente, 30% concordam parcialmente e 2,5% concordam totalmente. Ou seja, os gestores ou não entenderam bem a questão ou realmente seus pontos de vista representam as suas respostas.

Os achados levam a crer que para o grupo de professores, na prática, não existem recursos extras para ensino e pesquisa, não ocorrendo o mesmo com o grupo gestor.

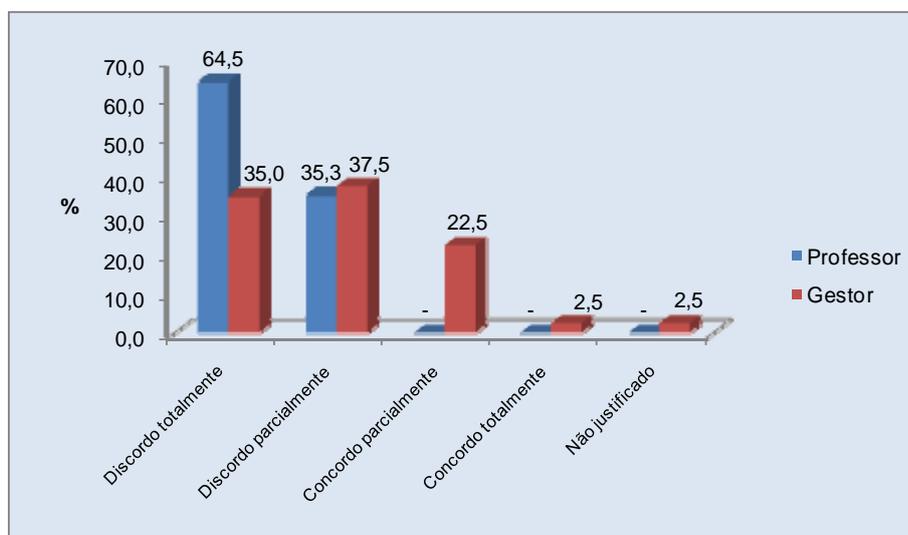
No entanto, não houve discordância significativa entre os grupos, o que nos levou a deduzir que ambos sabem que no HUWC não se aplica o que está preconizado na Lei nº 8-080/1990 no art.32 parágrafo 5º que estabelece. Está escrito que as atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde será co-financiada pelo Sistema Único de Saúde - SUS, pelas Universidades e pelo orçamento, além de recursos de instituições de fomento e financiamento ou de origem externa e receitas próprias das instituições executoras.

Este resultado corrobora com resultados da questão 38, que demonstra a falta de interesse por parte dos gestores locais nas áreas de ensino e pesquisa. Confirmando também estes achados Barata, Mendes e Bittar (2010) afirmaram que:

Embora os recursos de fomento para pesquisas de saúde tenham crescido e a área seja a primeira em volume de financiamento, deve-se salientar que grande parte das pesquisas em andamento nos hospitais de ensino do SUS/SP é realizada com recursos provenientes da assistência. Há de se salientar que não existe até o momento orçamento individualizado para assistência, pesquisa e ensino. (BARATA; MENDES; BITTAR, 2010, p. 11).

**Tabela 38 – Questão 7.2 Acompanhamento dos serviços prestados pelo HUWC, para ajustes das metas assistenciais pelo gestor local através de serviços ligados ao M.S**

DIMENSÃO	CARGO	
	PROFESSOR	GESTOR
Discordo totalmente	11 (64,7%)	14 (35,0%)
Discordo parcialmente	06 (35,3%)	15 (37,5%)
Concordo parcialmente	-	09 (22,5%)
Concordo totalmente	-	01 (2,5%)
Não justificado	-	01 (2,5%)
<b>Total</b>	<b>17 (100,0%)</b>	<b>40 (100,0%)</b>



**Gráfico 31 - Acompanhamento dos serviços prestados pelo HUWC, para ajustes das metas assistenciais pelo gestor local através de serviços ligados ao M.S**

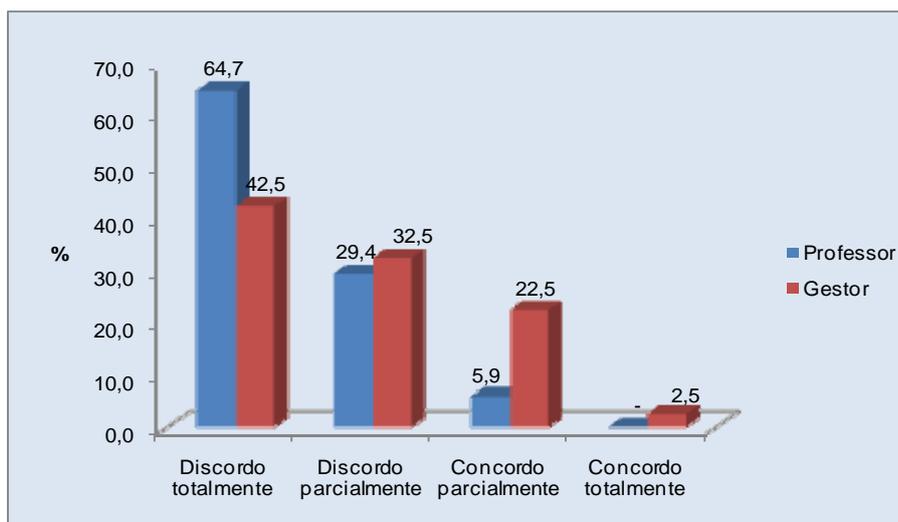
O Ministério da Saúde sensibiliza o gestor local do SUS para acompanhamento dos serviços prestados pelo HUWC para fins de ajuste das metas assistenciais. Para a grande maioria dos professores, 64,7% o Ministério da Saúde não incentiva o gestor local do SUS a realizar um acompanhamento dos serviços prestados pelo Hospital, enquanto que o restante

35,3% discorda parcialmente, pois ainda sente a presença do gestor local do SUS no Hospital. Entretanto para os Gestores a questão ficou dividida, ou seja, 35,0% discordam totalmente, 37,5% discordam parcialmente, 22,5% concordam parcialmente, 2,5% concordam totalmente e outros 2,5% não se manifestaram.

Estes resultados reafirmam o antes dito pelo grupo de professores e gestores na questão 38, onde praticamente obtiveram-se quase os mesmos percentuais, havendo novamente convergência de pensamento entre os grupos. Assim, conclui-se que não existe acompanhamento no HUWC e que o Ministério da Saúde não sensibiliza o gestor local do SUS para ajuste das metas assistenciais.

**Tabela 39 – Questão 7.3** Negociação do M.S para pagamento do excedente da média complexidade

DIMENSÃO	CARGO	
	PROFESSOR	GESTOR
Discordo totalmente	11 (64,7%)	17 (42,5%)
Discordo parcialmente	05 (29,4%)	13 (32,5%)
Concordo parcialmente	01 (5,9%)	09 (22,5%)
Concordo totalmente	-	01 (2,5%)
<b>Total</b>	<b>17 (100,0%)</b>	<b>40 (100,0%)</b>



**Gráfico 32 -** Negociação do M.S para pagamento do excedente da média complexidade

A questão afirma que o Ministério da Saúde negocia o pagamento do excedente da média complexidade. A grande maioria dos professores, 64,7%, respondeu discordar totalmente, enquanto que 29,4% discordam parcialmente, significando dizer que no entendimento deles o M.S não negocia o pagamento do excedente da média complexidade. No outro grupo, os gestores ficaram divididos de maneira que 42,5% discordam totalmente, 32,5% discordam parcialmente, 22,5% concordam parcialmente e apenas 2,5% concordam totalmente. De qualquer forma a maioria ou discordam totalmente ou parcialmente.

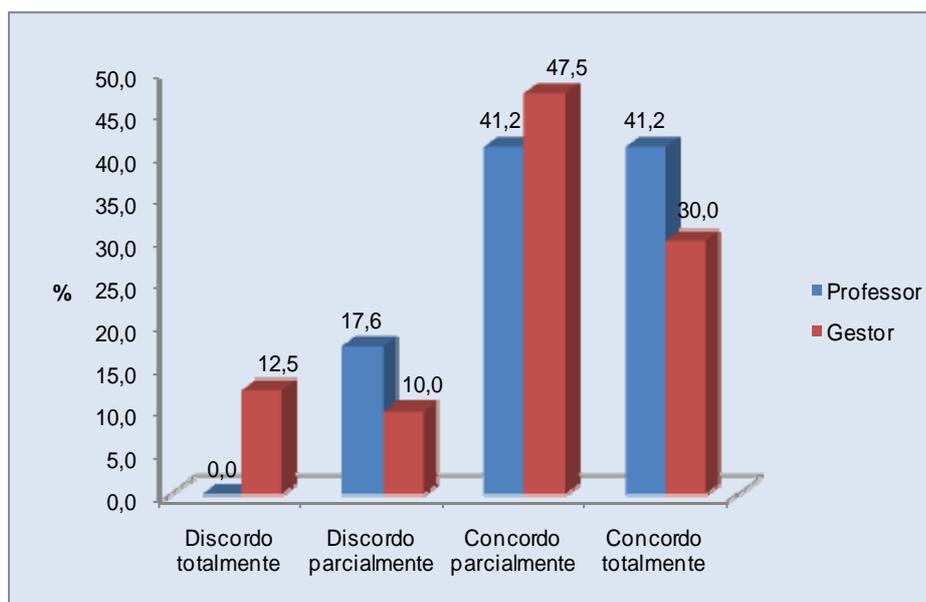
Diante deste resultado, verificamos concordância de pensamento entre os dois grupos, reafirmando os achados da questão 36, na qual está claro que o gestor local não paga o excedente da média complexidade, não existindo esforço de negociação por parte do M.S. para esta ação.

### ***3.1.7 Determinantes relacionados com as práticas de ensino do HUWC***

As questões 8.1 a 8.5 contribuem com informações indispensáveis para boas práticas do ensino no âmbito do HUWC. Dispõem de requisitos obrigatórios para certificação de HE, como é o caso do acompanhamento e supervisão da preceptoria e as atuais diretrizes curriculares para os alunos de graduação e uma boa logística de insumos que contemple quantidades suficientes e qualidade desses insumos.

**Tabela 40 – Questão 8.1** Contribuição para sustentabilidade da gestão do HUWC através do acompanhamento e supervisão das práticas efetivas dos preceptores

DIMENSÃO	CARGO	
	PROFESSOR	GESTOR
Discordo totalmente	-	05 (12,5%)
Discordo parcialmente	03 (17,6%)	04 (10,0%)
Concordo parcialmente	07 (41,2%)	19 (47,5%)
Concordo totalmente	07 (41,2%)	12 (30,0%)
<b>Total</b>	<b>17 (100,0%)</b>	<b>40 (100,0%)</b>



**Gráfico 33** - Contribuição para sustentabilidade da gestão do HUWC através do acompanhamento e supervisão das práticas efetivas dos preceptores

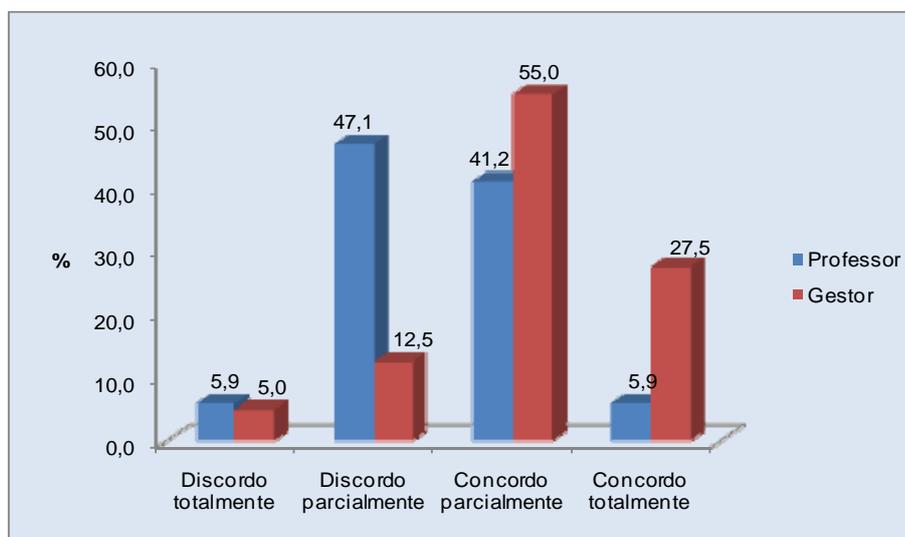
A questão verifica que a participação efetiva dos preceptores em acompanhamento e supervisão das práticas do ensino contribui para a sustentabilidade da gestão no âmbito do HUWC. Para os professores, 41,2% concordam parcialmente, assim como outros 41,2% concordam totalmente e apenas 17,6% discordam parcialmente. Constatase, portanto, que a maioria dos professores entende que a participação dos preceptores no acompanhamento e supervisão das práticas de ensino contribui para a sustentabilidade. Também para os gestores a maioria tem a mesma opinião, ou seja, 47,5% concordam parcialmente e 30,0% concordam totalmente, apenas 12,5% discordam totalmente e 10,0% discordam parcialmente.

Este resultado mostra novamente concordância de pensamento entre gestores e professores, sendo 77,5% e 82,4% de concordância total e parcial respectivamente. O resultado leva a crer que tanto para os professores como para os gestores existe no HUWC o acompanhamento das atividades que pode dar sustentabilidade ao mesmo. No entanto, esta questão não é esclarecedora se o acompanhamento e a supervisão são feitas somente por professores, ou se existe a participação do quadro de médicos com Regime Jurídico Único - RJU e contratados pela SAMEAC – Sociedade de Assistência à Maternidade Escola Assis Chateaubriand.

O referido resultado leva a crer que existe possibilidade de conhecimento dos grupos do que preconiza a Portaria Interministerial do MEC/M.S. nº 2400/2007, bem como a resolução CNRM nº 4/2003 em seu art.16 que estabelece que “o acompanhamento diário por docente ou preceptor para os estudantes de graduação e para os residentes”, sendo para este último grupo, supervisão de treinamento permanente.

**Tabela 41 – Questão 8.2** Contemplação de boas práticas de ensino pelo HUWC, de acordo com as atuais diretrizes curriculares para os cursos de graduação da área de saúde

DIMENSÃO	CARGO	
	PROFESSOR	GESTOR
Discordo totalmente	01 (5,9%)	02 (5,0%)
Discordo parcialmente	08 (47,1%)	05 (12,5%)
Concordo parcialmente	07 (41,2%)	22 (55,0%)
Concordo totalmente	01 (5,9%)	11 (27,5%)
<b>Total</b>	<b>17 (100,0%)</b>	<b>40 (100,0%)</b>



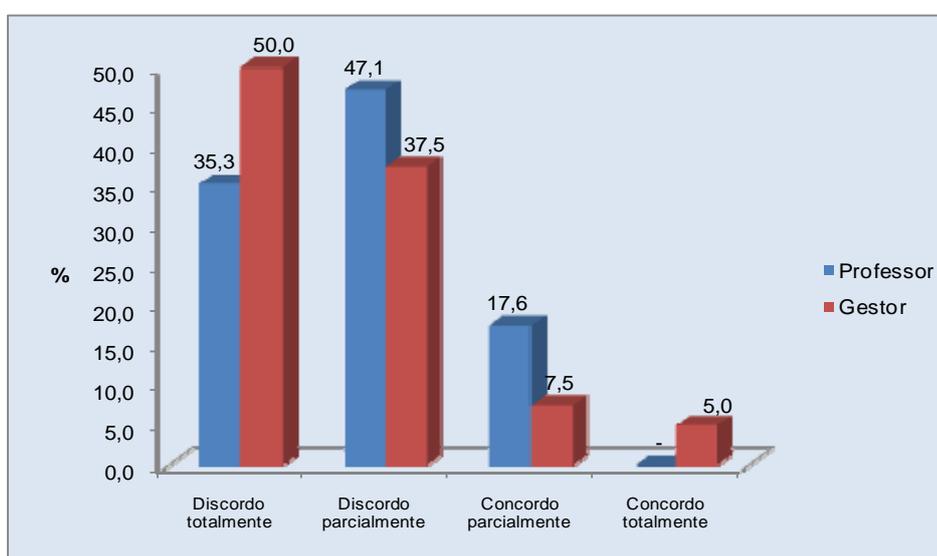
**Gráfico 34 -** Contemplação de boas práticas de ensino pelo HUWC, de acordo com as atuais diretrizes curriculares para os cursos de graduação da área de saúde

O HUWC contempla boas práticas de ensino, de acordo com as atuais diretrizes curriculares para os cursos de graduação da área de saúde: 47,1% dos professores pesquisados discordam parcialmente, enquanto que 41,2% concordam parcialmente, 5,9% discordam totalmente e os outros 5,9% concordam totalmente com essa assertiva. Já entre os gestores 55,0% concordam parcialmente e 27,5% concordam totalmente.

Este resultado mostra que existe entre no grupo de professores divergência de pensamento, levando a crer que existem dúvidas sobre se esta formação profissional é capaz de atender as necessidades básicas de saúde da população. Já entre o grupo de professores e gestores existe uma divergência de pensamento sobre a afirmação, pois 53% e 82,5% de professores e gestores, respectivamente, o que leva a crer que para eles a prática de ensino dá o embasamento necessário, sendo talvez complementado o aprimoramento em cursos de pós-graduação.

**Tabela 42 – Questão 8.3** Suficiência de preceptores no HUWC, especialmente nos plantões

DIMENSÃO	CARGO	
	PROFESSOR	GESTOR
Discordo totalmente	06 (35,3%)	20 (50,0%)
Discordo parcialmente	08 (47,1%)	15 (37,5%)
Concordo parcialmente	03 (17,6%)	03 (7,5%)
Concordo totalmente	-	02 (5,0%)
<b>Total</b>	<b>17 (100,0%)</b>	<b>40 (100,0%)</b>



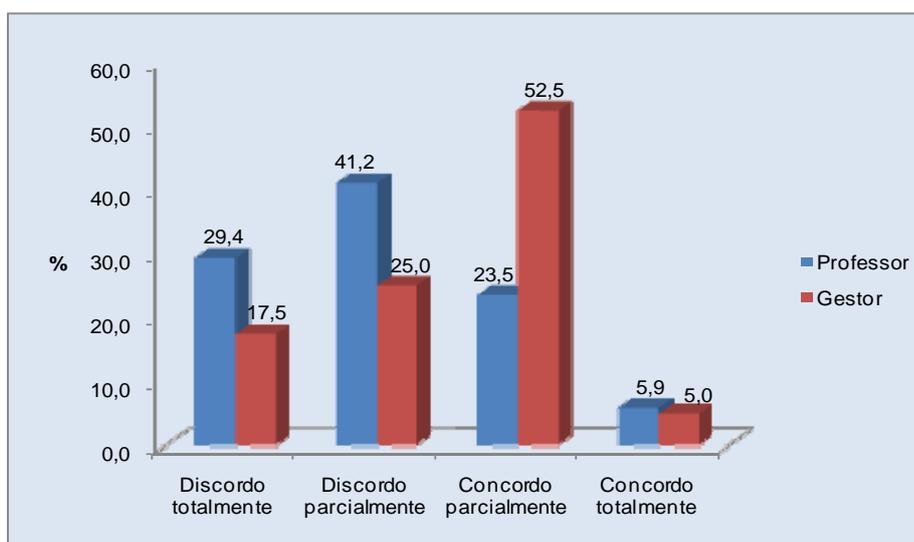
**Gráfico 35 - Suficiência de preceptores no HUWC, especialmente nos plantões**

Afirma-se na questão que existe número suficiente de preceptores no HUWC, especialmente nos plantões. Nesse quesito houve certa coerência, visto que 35,3% dos professores discordam totalmente e 47,1% discordam parcialmente, enquanto que do lado dos

gestores 50,0% discordam totalmente e 37,5% discordam parcialmente, significando dizer que a maioria optou por responder que não existe número suficiente de preceptores e especialmente nos plantões do hospital. Desta forma, verifica-se uma total convergência entre as visões dos gestores e professores, constatando uma deficiência nessa área, o que comprova o dito anteriormente sobre a necessidade de concurso público para o HUWC.

**Tabela 43 – Questão 8.4** Suficiência de materiais médicos e medicamentos no HUWC com qualidade e disponibilidade para boas práticas de ensino no HUWC

DIMENSÃO	CARGO	
	PROFESSOR	GESTOR
Discordo totalmente	05 (29,4%)	07 (17,5%)
Discordo parcialmente	07 (41,2%)	10 (25,0%)
Concordo parcialmente	04 (23,5%)	21 (52,5%)
Concordo totalmente	01 (5,9%)	02 (5,0%)
<b>Total</b>	<b>17 (100,0%)</b>	<b>40 (100,0%)</b>



**Gráfico 36 - Suficiência de materiais médicos e medicamentos no HUWC com qualidade e disponibilidade para boas práticas de ensino no HUWC**

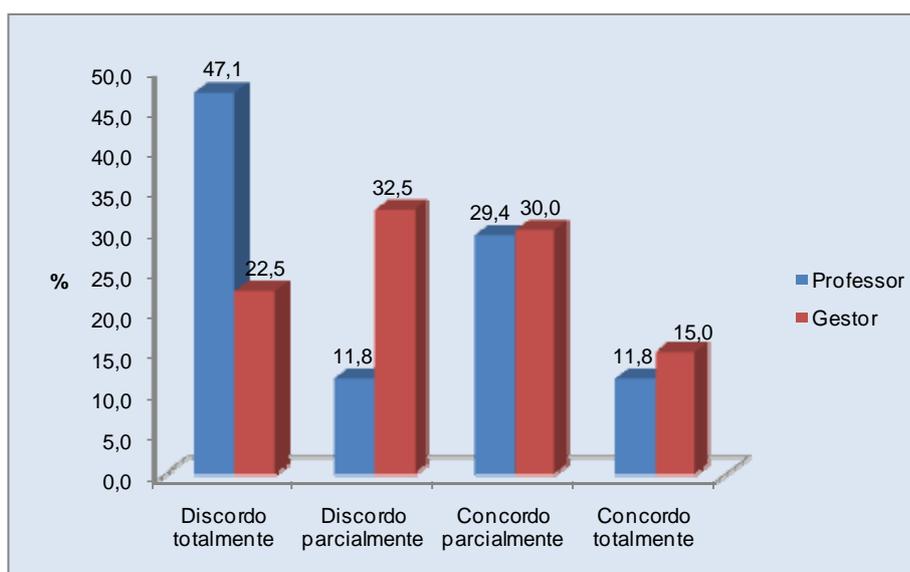
Na questão se verifica a disponibilidade e qualidade dos materiais médicos e medicamentos no HUWC são suficientes para boas práticas de ensino. Também houve diversidade de respostas, pois entre os professores, 29,4% discordam totalmente, isto é não há disponibilidade nem qualidade de materiais e medicamentos no Hospital para a execução de boas práticas de ensino, 41,2% disseram discordar parcialmente com essa informação. Já entre

os gestores 17,5% discordam totalmente, 25,0% discordam parcialmente, 52,5% concordam apenas parcialmente e 5,0% concordam totalmente.

De acordo com os dados obtidos podemos verificar que nesta questão houve divergência de pensamento entre gestores e professores. Tal divergência pode estar relacionada com a atuação dos dois grupos, ou seja, os papéis e as responsabilidades são bem distintos, pois os esforços de negociação do grupo gestor para manter a logística do abastecimento devido a escassez de recursos, falta de autonomia adequada, lentidão dos processos, pode ter fragilizado a percepção deste grupo. Para o grupo de professores a disponibilidade e qualidade dos insumos não estão satisfatórias para as boas práticas de ensino, porém é importante pontuarmos que tal percepção pode ser positiva no trabalho dos dois grupos.

**Tabela 44 – Questão 8.5** Suficiência de aquisição de novas tecnologias, manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos para as boas práticas de ensino no HUWC

DIMENSÃO	CARGO	
	PROFESSOR	GESTOR
Discordo totalmente	08 (47,1%)	09 (22,5%)
Discordo parcialmente	02 (11,8%)	13 (32,5%)
Concordo parcialmente	05 (29,4%)	12 (30,0%)
Concordo totalmente	02 (11,8%)	06 (15,0%)
<b>Total</b>	<b>17 (100,0%)</b>	<b>40 (100,0%)</b>



**Gráfico 37 -** Suficiência de aquisição de novas tecnologias, manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos para as boas práticas de ensino no HUWC

A afirmação feita na questão discute se a aquisição de novas tecnologias, a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos são suficientes para as boas práticas de ensino do HUWC. A maioria dos professores, 47,1%, discorda totalmente, 11,8% discordam parcialmente, totalizando 58,9% de discordância total e parcial. Para os gestores 22,5% discordaram totalmente e 32,5% discordaram parcialmente, o que totalizou 55%.

Observa-se que houve convergência de pensamento entre gestores e professores. Tal achado pode estar relacionado com a insatisfação dos dois grupos, considerando a falta de recursos do HUWC para investimento, pois o MEC disponibilizou até agora pouco recurso nesta rubrica de investimento e a receita originada da produção SUS do HUWC não contempla capital, somente custeio.

Constatamos neste capítulo, que a visão dos professores e gestores sobre o ensino e a gestão, bem como uma atuação participativa destes atores, apontam para uma melhor compreensão do HUWC, favorecendo assim boas praticas de ensino e gestão.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma das preocupações atuais mais importantes no campo do ensino e da assistência é a sustentabilidade dos hospitais de ensino, especialmente os hospitais universitários. As relações entre o ensino e a gestão nos HUs vêm se tornando cada vez mais complexas devido a duas questões.

A primeira é referente às reivindicações por serviços de saúde mais humanizados e resolutivos, implicando assim em elevados custos, considerando os atendimentos de alta complexidade compostos por procedimentos de assistência terciária e quaternária, que é a missão dos HUs. O segundo é o compromisso dos HUs na formação de profissionais de saúde com competência suficiente para atender as necessidades de saúde da população.

Nesta dissertação, identificamos e avaliamos um conjunto de 36 determinantes com potencialidades para influenciar positivamente uma gestão sustentável e boas práticas de ensino no HUWC. Estes determinantes mostram as principais questões para gestão sustentável e um ensino de qualidade, relacionados com os principais atores deste processo que são o MEC, a gestão do HUWC, UFC, HUWC, SUS, M.S e as práticas de ensino no hospital.

Nos 36 determinantes foram identificados os pontos de convergência e divergência na visão dos gestores e professores. Destes, em 27 determinantes houve convergência na visão dos gestores e professores e 9 divergências (ver apêndice B).

De forma geral, os gestores e professores reconhecem como sendo os maiores graus de convergência as seguintes afirmativas: a falta de concurso público, que traz como consequência grande repercussão financeira com contratação e terceirização, o que compromete a sustentabilidade da gestão do HUWC, reduzindo assim a qualidade do ensino. Com 94,2 % de concordância dos professores e 95% de concordância dos gestores. A afirmativa de que apesar da crise financeira e estrutural o HUWC ainda garante uma boa formação de profissionais de saúde com 94,1% e 95% de concordância de professores e gestores, respectivamente. A última afirmativa que trata da defasagem da tabela SUS levando a falta de sustentabilidade do HUWC e redução da qualidade do ensino obteve 100% e 95% de concordância dos professores e gestores, respectivamente.

Uma das conclusões importantes destas questões é que este resultado não significa que as outras questões não são relevantes, todavia, são indicadores importantes, pois, apesar

da crise financeira do HUWC, percebe-se que a formação dos profissionais de saúde na visão dos gestores e professores ainda tem o HUWC como referência.

As três questões que obtiveram menor grau de concordância foram as afirmativas que tratam, respectivamente, das políticas formuladas pelo MEC, avaliação das práticas de ensino através de indicadores e novas tecnologias, manutenção corretiva e preventiva para as boas práticas de ensino.

A pesquisa mostrou 9 determinantes em que houve divergência na visão dos professores e gestores. Este resultado apesar de ser apenas 25% do total, parece indicar que estas questões ainda não estão bem entendidas pelos gestores e professores como sendo base para uma gestão sustentável e boas práticas de ensino no HUWC.

Destes, 3 questões obtiveram maiores diferenças entre os percentuais de divergência. Foram as afirmativas que tratam, respectivamente, de que a política de RH estabelecida pelo MEC contempla recursos para treinamento e capacitação, que os funcionários técnico-administrativos tem comprometimento com o HUWC e que o HUWC contempla boas práticas de ensino, de acordo com as atuais diretrizes curriculares para os cursos de graduação da área de saúde.

A afirmativa de que a política de R.H. estabelecida pelo MEC contempla recursos para treinamento e capacitação, obteve o percentual 83,4% de discordância do grupo de professores. Muito embora a pesquisa revele a divergência de pensamento entre professores e gestores, acredita-se que, para os professores, por questão da amplitude do papel acadêmico exercido por eles, seja dada grande ênfase à capacitação.

Na afirmativa de que o HUWC contempla boas práticas de ensino, de acordo com as atuais diretrizes curriculares para os cursos de graduação da área de saúde, os professores estão divididos, levando a crer que há sinais da necessidade de reflexões e críticas sobre a realidade das práticas de ensino no HUWC, relacionadas com a Graduação. Estas diferenças de compreensão exigem maior acompanhamento dos responsáveis do HUWC.

Muito embora a pesquisa revele percentuais de vulto, acredita-se que a afirmativa que trata sobre o não reconhecimento por parte do gestor local da importância do HUWC no sistema de saúde seja um dos mais importantes pelo seguinte argumento: o HUWC ou qualquer outro hospital, não se configura como ilhas de excelência à parte da rede de serviços SUS, pois, para que haja uma completa implantação da política na área da atenção hospitalar que enfrente os problemas de saúde da população, é relevante que o HUWC tenha realmente

inserção na rede SUS e que receba o reconhecimento do Gestor local. Assim torna-se necessário discutir sua integração com a rede.

Diante dos dados coletados e apresentados, evidencia-se que o binômio Gestão e Ensino no HUWC precisa de inovação. Entre as questões que se colocam neste binômio, a pesquisa revelou que os determinantes divergentes ficaram com o conjunto dos seguintes atores: MEC, Gestão do HUWC, UFC e o ensino, ficando de fora M.S, SUS e a Instituição HUWC.

Nos itens de convergência estão presentes os atores MEC, Gestão do HUWC, determinantes relacionados com a Instituição HUWC, SUS, M.S. e Ensino, exceto a UFC.

A pesquisa mostrou que o cenário da Gestão e Ensino no HUWC precisa de alternativas que possibilitem o fortalecimento desta unidade, que precisa de políticas dos Ministérios da Saúde e Educação para que possa cumprir seu papel.

O resultado envolvendo os determinantes relacionados com a política do MEC mostrou uma necessidade de definição, por aquele órgão, de uma nova política para os HU's, que estabeleça programas orçamentários específicos que contemplem recursos para investimento, pessoal e custeio, reformulando a metodologia de distribuição destes recursos.

Já os determinantes relacionados com a gestão de direção do HUWC apontaram algumas positivities com resultados que indicam uma adesão do uso de indicadores por parte dos gestores e professores. A escolha dos cargos de gestores contemplando habilidades e competências obtiveram respostas positivas, levando a crer que suas percepções, competências e habilidades estão talvez na capacidade técnica que cada gestor tem para realizar suas tarefas cotidianamente.

A contraposição de opinião dos respondentes referente à autonomia e adequação da gestão, possivelmente foi pautada no fato de que os HU's encontram-se em diferentes estágios de autonomia em relação a suas IFES. As pesquisas clínicas como fonte de captação de recursos e os serviços inovadores foram apontados como itens que poderão dar sustentabilidade ao HUWC. No que se refere aos servidores técnico-administrativos foi apontado como sendo necessário um reposicionamento comportamental no HUWC.

A lacuna dos professores no envolvimento do processo de gerenciamento do HUWC se deve possivelmente a falta de conhecimento de gestão por este grupo apontado por unanimidade pelos respondentes.

Quanto aos determinantes relacionados com a UFC, especificamente, o aspecto que causou estranheza foi a discordância sobre uma integração, que não contribui para a

sustentabilidade, entre a reitoria (administração superior) e o HUWC, tendo em vista que a integração engloba princípios de relacionamento, ajuda mútua, confiança, o que minimiza o problema de sustentabilidade do HUWC.

No que diz respeito aos determinantes relacionados com o HUWC, os grupos apontam que sua missão contribui para a falta de sustentabilidade, talvez pelos custos elevados em decorrência de sua complexidade com as atividades de ensino, pesquisa e assistência. Também apontaram como sendo imprescindíveis para as boas práticas de ensino, a modernização tecnológica e uma estrutura física revitalizada. Apesar da crise financeira do HUWC, a convergência de opiniões dos professores e gestores, apontou um reconhecimento de que o HUWC ainda garante boa formação para os profissionais de saúde.

O resultado da relação do HUWC e o Sistema Único de Saúde – SUS mostrou uma unanimidade de pensamento dos professores e gestores de que a defasagem da tabela SUS contribui para a falta de sustentabilidade de gestão, e reduz a qualidade do ensino. Também foi mostrado, que dentro de uma abordagem geral do SUS, o gestor local não reconhece a importância do HUWC dentro desse sistema.

O HUWC recebe um número expressivo de excedente do teto fixo do atendimento de média complexidade, que não é paga, tendo concordância total e parcial dos gestores e professores como sendo a falta de resolutividade da assistência primária e secundária causa importante para o desequilíbrio econômico financeiro do hospital.

Tanto os professores quanto os gestores demonstram em suas respostas que os gestores do SUS não acompanham sistematicamente a contratualização, bem como não se interessam pelas áreas de ensino e pesquisa, ficando claro que, para eles somente as atividades de assistência são de interesse da rede local do SUS.

Quanto à relação com a política do Ministério da Saúde e à forma de financiamento proposto por este Ministério para os hospitais de ensino não ser adequada, não prevendo recursos extras para o ensino e a pesquisa, na visão do grupo de professores, conclui-se que este Ministério não sensibiliza o gestor local do SUS para acompanhamento dos serviços prestados pelo hospital para fins de ajustes das metas e não negocia o excedente da média complexidade.

Por fim, em relação aos determinantes relacionados com as práticas de ensino no HUWC, no que se refere à participação efetiva dos preceptores no acompanhamento e supervisão das práticas de ensino, sobretudo pelo fato de contribuírem para a sustentabilidade

do HUWC, os resultados demonstraram ser esta atividade uma das positivities para fortalecer a sustentabilidade da gestão.

Devido à relevância das práticas de ensino serem entrelaçadas com a gestão, nos leva a crer na possibilidade de uma necessidade de formação continuada para preceptores, objetivando melhorias para a gestão e o ensino, já que a pesquisa mostrou divergência de pensamento entre professores, em relação as políticas de ensino serem de acordo com as atuais diretrizes curriculares.

Foi identificada na pesquisa a insuficiência de preceptores no HUWC, especialmente nos plantões. Alguns dos preceptores pertencem ao quadro da Sameac; portanto, não são docentes, reforçando, assim, a necessidade de uma política de qualificação para eles, objetivando aperfeiçoamento destes preceptores, frente ao compromisso social de formar profissionais de saúde, sobretudo na área médica.

Identificamos como sendo encaminhamentos para a solução destes problemas as seguintes estratégias:

- Modelo de gestão adequado e dotado de flexibilidade e agilidade que não exponha seus dirigentes a ações e processos judiciais, uma vez que o HUWC vive dilemas de ordem prática e legal.
- Complementação do seu quadro funcional sem o uso de recursos de custeio.
- Conhecimento de gestão e familiaridade com o serviço público por parte de gestores e professores.
- Realização de pesquisas clínicas que fortaleçam o ensino e a gestão.
- Desenvolvimento de programas de formação e capacitação para gestores.
- Reconhecimento da importância do HUWC por parte do gestor local do SUS.
- Instituição de política de financiamento para renovação tecnológica, modernização gerencial e revitalização da estrutura física.
- Nova regulamentação de contratualização com reajuste da Tabela do SUS.
- Acompanhamento permanente dos residentes pelos preceptores.
- Avaliação do desempenho do ensino e da gestão através de indicadores.

Considera-se, com o trabalho aqui apresentado, mesmo dispondo de reduzida literatura específico sobre o assunto, e reconhecendo as limitações deste estudo, uma vez que dependeu da contribuição e da percepção dos respondentes que se ofereceu colaboração para

ampliar os caminhos para novas possibilidades de gestão e de ensino em Hospitais Universitários, a partir da realidade e das possibilidades do HUWC da Universidade Federal do Ceará.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Fernando. **Os desafios da sustentabilidade: uma ruptura urgente**. Rio de Janeiro: Elsevier. 2007.

ANJOS, Carlos Frederico Dantas. SUS: novos modelos são a solução? **Folha de São Paulo**, São Paulo, 26 set. 2008. Caderno: Opinião, p. 15.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIO E DE ENSINO (ABRAHUE). Hospitais. Disponíveis em: < <http://www.abrahue.org.br/>>. Acesso em: 23 out. 2009.

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, jan./mar. 2010.

BITTAR, O.J.N.V. Instrumentos gerenciais para tornar eficiente o financiamento dos hospitais de ensino. **Revista de Administração em Saúde – RAS**, v. 5. n.17, p.9-18. out./dez. 2002.

BITTAR, O.J.V.A. (Ed.) **Hospitais de Ensino no Estado de São Paulo**. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2007.

BORBA, J.L.F. **Hospital**. São Paulo: Atlas, 1991.

BORBA, R.V. **Administração hospitalar: princípios básicos**. São Paulo: Cedas, 1988.

BORBA, R.V. **Marketing de relacionamento para organizações de saúde**. São Paulo: Atlas, 2004.

BORGES, M. et al. Proposta de projeto de hospitais universitários e de ensino. **Informes Direção Nacional**, Brasília, n. 16, p.1-13, maio, 2010.

BRASIL Constituição (1988). **Seção II. Da saúde. Art. 196 a 200**. Brasília: Senado Federal, 2008, p.131.

BRASIL. **Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010**. Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais- REHUF, dispõe sobre o financiamento... 2010. Disponível em: < <http://www.planalto.gov.br/>>. Acesso em: 12 fev. 2010.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições, proteção e recuperação da saúde... 1990. Disponível em: < <http://www.planalto.gov.br/>>. Acesso em: 12 out. 2009.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: < <http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/saudelei8142.htm>>. Acesso em: 12 out. 2009.

BRASIL. Ministério da Educação. **Hospital-escola é tema de seminário**. 2007. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=9312&catid=212&Itemid=86](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=9312&catid=212&Itemid=86)>. Acesso em: 10 nov. 2009.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 1005, de 27 de março de 2004**. 2004c. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 2 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4, de 29 de abril de 2008**. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/ResidenciaMedica/portaria\\_04\\_mec-spo.pdf](http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/ResidenciaMedica/portaria_04_mec-spo.pdf)>. Acesso em: 2 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 1.000, 15 de abril de 2004**. 2004d. <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 2 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Educação. **Novos Indicadores de Desempenho dos Hospitais Universitários: perspectiva de ensino e pesquisa no hospital universitário – 50 anos do Hospital Universitário Walter Cantídio**. Fortaleza, 2009.

BRASIL. Ministério da Educação. **Portaria nº 375 de 04 de março de 1991**. Brasília, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial nº 1006, de 27 de maio de 2004**. 2004a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 12 out. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial nº 2.400, de 02 de outubro de 2007**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 12 out. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Ministério da Educação, Ministério da Ciência e Tecnologia. **Portaria Interministerial nº 562 de 12 de maio de 2003**. 2003. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf>>. Acesso em: 12 out. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.702, de 17 de agosto de 2004**. Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino... Brasília, 2004b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 12 out. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1082/gm de 4 de julho de 2005. 2005**. Extingue o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e a Pesquisa Universitária em Saúde – FIDEPS. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/>>. Acesso em: 12 out. 2009.

BRUXEL, Romy. **Monitoramento da gestão estratégica com emprego de indicadores: o caso de três hospitais**. 1994. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1994.

BRYMAN, Alan. **Research methods and organization studies**. London: Unwin Hyman, 1989.

CALDAS, Bárbara do Nascimento. **O Papel do Dirigente Hospitalar**: a percepção de diretores de Hospitais Universitários vinculados às Instituições Federais de Ensino Superior. São Paulo: FGV. 2008. 142p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, São Paulo, 2008.

CAMPOS, V. F. **TQC**: Controle de qualidade total. Belo Horizonte: Fundação Christiano, 1998.

CASTELAR, R.M.; MORDELET, P.; GRABOIS, V. **Gestão hospitalar**: um desafio para o hospital Brasileiro. Rio de Janeiro: ENSP, 1995.

CEARÁ. Governo do Estado. **Consolidando o novo Ceará**: Plano de Desenvolvimento Sustentável - 1999-2002. Fortaleza, 2000.

CERTO, S.C; PETER, J.P. **Administração estratégica**: planejamento e implementação

CHERUBIN, N. A.; SANTOS, N. A. **Administração hospitalar**: fundamento. São Paulo: Cedas, 1997.

CHING, Hong Yuh. **Manual de custos de instituições de saúde**: sistemas tradicionais de custos e sistema de custeio baseado em atividades (ABC). São Paulo: Atlas, 2001.

COOPER, D.R.; SCHINDLER, P.S. **Métodos de pesquisas em administração**. Trad. Luciana de Oliveira da Rocha. 7. ed. Porto Alegre: Bookman, 2003.

COUTO, R.C.C.; PEDROSA, T.M.G. **Hospital – gestão operacional e sistemas de garantia de qualidade**: viabilizando a sobrevivência. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

DALLORA, Maria Eulália Lessa Do Valle; FORSTER, AC. **A importância da gestão de custos em hospitais de ensino** – considerações teóricas. Medicina (Ribeirão Preto), v. 41, p. 135-142, 2008. p.136,137.

FEDERIGHI, Waldomiro José Pedroso. **O enfoque do planejamento estratégico na gestão hospitalar**. São Paulo: Edições Loyola, 2005.

FEUERWERKER, L.C. M; LIANOS C.M.; ALMEIDA, M. **Educação dos profissionais de saúde na América Latina**: teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: Hucitec, 1999.

FEUERWERKER, L.C.M. **Além do discurso de mudança na educação ética**: processos e resultados. São Paulo: Hucitec, 2002.

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

FIALHO, Francisco Antonio Pereira et al. **Gestão da Sustentabilidade na Era do Conhecimento**: o desenvolvimento sustentável e a nova realidade da sociedade pós-industrial. Florianópolis: Visual Books, 2008.

FINKLER, Steven A. **Essentials of cost accounting for health care organizations**. Gaithersburg, Maryland: Aspen Publishers, 1994.

- FOCAULT, M. **Microfísica do poder**. 18. ed. São Paulo: FGV, 2007. 97 p.
- FONTINELE JUNIOR, K. **Administração hospitalar**. Goiânia: Ed. AB, 2002.
- GARCÍA, J.C. **La educación médica en La América latina**. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1972.
- GARLAND, Ron. The Mid-Point on a Rating Scale: Is it desirable? **Marketing Bulletin**, v. 2, p. 66-70, 1991. Disponível em: <[http://marketing-bulletin.massey.ac.nz/V2/MB\\_V2\\_N3\\_Garland.pdf](http://marketing-bulletin.massey.ac.nz/V2/MB_V2_N3_Garland.pdf)>. Acesso em: 2 dez. 2009.
- GIRÃO, Célio Brasil. **Memória do Hospital das Clínicas**: fragmentos da história do Hospital Escola da UFC, Universidade Federal do Ceará/Hospital Universitário Walter Cantídio. Fortaleza: Imprensa Universitária, 1994. 164 p.
- GONÇALVES, E. L.; AXÉ, Carlos Augusto. **O hospital-empresa**: do planejamento a conquista do mercado. **RAE**, São Paulo, v.39, n.1, p.84-97, jan./mar. 1999.
- GONÇALVES, E.L. **O hospital e a visão administrativa contemporânea**. São Paulo: Pioneira, 1983.
- HENDERSON, Bruce. **The Logic of Business Strategic**. Rio de Janeiro: Campus, 1985.
- HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO. **Demonstrativo de despesas e receitas**. Fortaleza, 2009.
- HUMMEL, G.S. **Ehealth - o Iluminismo digital chega a saúde**: as tecnologias de informação e comunicação revolucionando o setor de saúde. São Paulo, Ed. STS, 2006.
- KAPLAN, R.S.; NORTON, D.P. Using the Balanced Scorecard as a Strategic Management System. **Harvard Business Review**, v. 82, p.75-85, Jan./Feb. 1996.
- KOTLER, P.; MURPHY, P.E. **Planejamento Estratégico para o ensino superior**. Tradução de Victor Meyer Júnior. São Paulo: UDUNISC, 1996. Apostila mimeográfica do Curso de Mestrado em Gestão Universitária – MGU.
- LAMPERT, J.B. Currículo de graduação e o contexto da formação do médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.25, n.1, p.7-19, 2001.
- MACHADO, Sérgio Pinto; KUCHENBECKER, Ricardo. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 871-877, jul./ago. 2007.
- MATTAROZZI, Victorio; TRUNKL, Cássio. **Sustentabilidade dos negócios no setor financeiro**: um caso prático. São Paulo: Annablume; Brasília: BNDS, 2008. p. 13.
- MCKEE, M.; HEALY, J. (Ed.). **Hospitals in changing Europe**. Buckingham: Open University Press, 2002.
- MEDICI, A.C. Hospitais Universitários: passado, presente e futuro. **Revista Ass. Méd Brasil**, v.47, p.149-156, 2001.

MEZOMO, J.C. **Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos**. São Paulo: Manole, 1995.

MINOTTO, R. **Estratégia em organizações hospitalares**. Porto Alegre: Edipucrs, 2002.

MINTZBERG, Henry. **Safári de estratégia: um roteiro pela selva do planejamento estratégico**. Porto Alegre: Bookman, 2000.

MINTZBERG, Henry; WATERS, J.A. Tracking Strategy in na Entrepreneurial Firm. **Academy of Management Journal**, v. 25, p. 465-499, 1982.

MONTIBELLER FILHO, G. O. **O Mito do desenvolvimento sustentável: meio ambiente e custos sociais no moderno sistema produtor de mercadorias**. Florianópolis, UFSC, 2001.

OLIVA, Flávio Alberto; BORBA, Valdir Ribeiro. **BSC – Balanced Scoracard: ferramenta gerencial para organizações hospitalares**. São Paulo: Iátria, 2004.

PEDHAZUR, E.L.; SCHMELKIN, L.P. **Measurement, design and analysis: an integrated approach**. Ney Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 1991.

PHILLIPS, F.; PUGH, D.S. **How to get a PHD**. Milton Keynes: Open University Press, 1989.

PILOTTO, B. **Os hospitais universitários e sua crise**. São Paulo: McGraw Hill, 2005.

PINOTTI, José Aristodemo. **A crise dos hospitais universitários**. Folha de São Paulo, São Paulo, 20 maio 2009. Caderno Opinião, p. 14.

PRIMO, Geraldo Majela Garcia; GOMES, Maria do Carmo de Souza Mota Avelar; BRITO, Maria José Menezes; ALVES, Marília. Reforma da saúde e hospital universitário: influência das políticas de assistência médica gerenciada. **Revista Médica Minas Gerais**, v.18. p. 30-39, 2008.

QUINN, James Brian. **Strategies for change: logical incrementalism**. Homewood: Richard D. Irwin, 1980.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Contas da União. Secretaria de Controle Externo do Rio Grande do Sul – SECEX/RS. **Fiscalização de Orientação Centralizada nos Hospitais Universitários – FOC Hospitais Universitários**. Porto Alegre, 2009a.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Contas da União. Secretaria de Controle Externo do Rio Grande do Sul – SECEX/RS. **Auditoria nos Hospitais Universitários: Conclusões preliminares da equipe de coordenação**. Porto Alegre, 2009b. Auditoria de Natureza Operacional – Fiscalização de Orientação Centralizada nos Hospitais Universitários Federais, 2009.

RODRIGUES FILHO, J.; XAVIER, J.C.; ADRIANO, A.L. A tecnologia da informação na área hospitalar: um caso de implementação de um sistema de registro de paciente. **RAC**, v.5, n.1, p.105-120, jan./abr. 2001.

SCHULZ, Rockwel; JOHNSON, Alton. C. **Administração de hospitais**. São Paulo: Pioneira, 1979.

SELZNICK, P. **Leadership in Administration: A Sociological Interpretation**. New York: Harper e Row, 1957.

SILVA, J.A.A. Ministérios vão estudar nova gestão para hospitais universitários. **Revista Escola**, v.3, p.2-12, jun 2009.

SOARES, Paulo Frota. **Projeto Análise de Risco e Decisão**. Fortaleza: BNB, 2007.

TACHIZAWA, Takeshy; GARRETT, Alexandre. **Indicador de Desenvolvimento Humano Organizacional: novas dimensões da cultura corporativa**. São Paulo: Editora de Cultura, 2008.

TAJRA, S.F.; SANTOS, S.A. **Tecnologias organizacionais na saúde**. São Paulo: IÁTRIA, 2003.

VECINA NETO, G.; MALIK, A.M. **Tendências na Assistência Hospitalar. Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p.825-839, jul./ago. 2007.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 2004.

VERGÍLIO, E. **Emergências de hospitais lotadas**. Lisboa: Bertrand, 2005.

# APÊNDICES

## APÊNDICE A - Questionário

### QUESTIONÁRIO

#### **A GESTÃO E AS PRÁTICAS DE ENSINO: UM ESTUDO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, NA VISÃO DE SEUS GESTORES E PROFESSORES.**

---

Sugerimos a **leitura cuidadosa** de todo o questionário, para que as respostas sejam as mais precisas possíveis, retratando o mais fielmente sua opinião.

---

#### Formulação das questões:

As questões são elaboradas de duas formas: **fechadas e de múltipla escolha**, com questões afirmativas cujas dimensões das respostas estão divididas em escalas de 4 (quatro ) graus de intensidade. Cada questão deve ser marcada uma só resposta.

- (4) **Concordo Totalmente.** Significa que o fator determinante é o mais relevante.
  - (3) **Concordo Parcialmente.** Significa que o fator determinante não é relevante em sua totalidade.
  - (2) **Discordo Parcialmente.** Significa que o determinante não se aplica em sua totalidade.
  - (1) **Discordo Totalmente.** Significa que o determinante não se aplica.
-

**1. DADOS SOBRE O RESPONDENTE:**

Departamento onde trabalha: \_\_\_\_\_

Setor no HUWC: \_\_\_\_\_

Tempo de formação-graduação: \_\_\_\_\_ anos

Tempo de Instituição UFC: \_\_\_\_\_ anos

Tempo de HUWC: \_\_\_\_\_ anos

Cargo que ocupa:  1. Professor  
 2. Gestor**2. DETERMINANTES RELACIONADOS COM A POLÍTICA DO MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA - MEC****2.1 Os recursos financeiros disponibilizados pelo MEC contribuem para a modernização gerencial e tecnológica do HUWC.** 1. Discordo Totalmente  2. Discordo Parcialmente  3. Concordo Parcialmente  4. Concordo Totalmente**2.2 As políticas formuladas para os hospitais financiados pelo MEC são adequadas.** 1. Discordo Totalmente  2. Discordo Parcialmente  3. Concordo Parcialmente  4. Concordo Totalmente**2.3 Os mecanismos de saneamento financeiro propostos pelo MEC para liquidar a dívida do HUWC são suficientes.** 1. Discordo Totalmente  2. Discordo Parcialmente  3. Concordo Parcialmente  4. Concordo Totalmente**2.4 A política de RH estabelecida pelo MEC contempla recursos para treinamento e capacitação.** 1. Discordo Totalmente  2. Discordo Parcialmente  3. Concordo Parcialmente  4. Concordo Totalmente**2.5 O Modelo de Gestão oficializada pelo MEC para os Hospitais Universitários é adequado.**

1.Discordo Totalmente  2.Discordo Parcialmente  3.Concordo Parcialmente  4.Concordo Totalmente

**2.6 A falta de concurso público para reposição das aposentadorias e a conseqüente contratação de serviços prestados, terceirização, tem como conseqüência grande repercussão financeira comprometendo a sustentabilidade da Gestão.**

1.Discordo Totalmente  2.Discordo Parcialmente  3.Concordo Parcialmente  4.Concordo Totalmente

**2.7 O MEC avalia o desempenho do HUWC através de cobrança de indicadores.**

1.Discordo Totalmente  2.Discordo Parcialmente  3.Concordo Parcialmente  4.Concordo Totalmente

**2.8 A metodologia de distribuição de recursos do MEC é adequada e garante a sustentabilidade do HUWC.**

1.Discordo Totalmente  2.Discordo Parcialmente  3.Concordo Parcialmente  4.Concordo Totalmente

### **3. DETERMINANTES RELACIONADOS COM A GESTÃO DA DIREÇÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

**3.1 A gestão do HUWC é avaliada através de indicadores.**

1.Discordo Totalmente  2.Discordo Parcialmente  3.Concordo Parcialmente  4.Concordo Totalmente

**3.2 Os critérios para a escolha dos gestores nos diversos níveis contemplam habilidades e competência para gestão.**

1.Discordo Totalmente  2.Discordo Parcialmente  3.Concordo Parcialmente  4.Concordo Totalmente

**3.3 A direção do HUWC possui plena autonomia.**

1.Discordo Totalmente  2.Discordo Parcialmente  3.Concordo Parcialmente  4.Concordo Totalmente

**3.4 O modelo de gestão do HUWC é adequado.**

1.Discordo Totalmente  2.Discordo Parcialmente  3.Concordo Parcialmente  4.Concordo Totalmente

**3.5 As pesquisas clínicas contribuem com a captação de recursos para a sustentabilidade e boas práticas de ensino do HUWC.**

1.Discordo Totalmente  2.Discordo Parcialmente  3.Concordo Parcialmente  4.Concordo Totalmente

**3.6 Os funcionários técnico-administrativos tem comprometimento com o HUWC.**

1.Discordo Totalmente  2.Discordo Parcialmente  3.Concordo Parcialmente  4.Concordo Totalmente

**3.7 Os funcionários da área assistência tem comprometimento com o HUWC.**

1.Discordo Totalmente  2.Discordo Parcialmente  3.Concordo Parcialmente  4.Concordo Totalmente

**3.8 O professor tem conhecimento de gestão.**

1.Discordo Totalmente  2.Discordo Parcialmente  3.Concordo Parcialmente  4.Concordo Totalmente

**3.9 A sustentabilidade do HUWC é prejudicada pelo desperdício.**

1.Discordo Totalmente  2.Discordo Parcialmente  3.Concordo Parcialmente  4.Concordo Totalmente

**3.10 Serviços inovadores contribuem para ampliar a sustentabilidade do HUWC.**

1.Discordo Totalmente  2.Discordo Parcialmente  3.Concordo Parcialmente  4.Concordo Totalmente

**3.11 A direção do HUWC avalia as práticas de ensino no âmbito da instituição através de indicadores.**

1.Discordo Totalmente  2.Discordo Parcialmente  3.Concordo Parcialmente  4.Concordo Totalmente

**4. DETERMINANTES RELACIONADOS COM A UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**

**4.1 A integração da Reitoria e o HUWC contribuem para a sustentabilidade da gestão.**

1.Discordo Totalmente  2.Discordo Parcialmente  3.Concordo Parcialmente  4.Concordo Totalmente

**5. DETERMINANTES RELACIONADOS COM O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO**

**5.1 A Complexidade da Missão do HUWC - Assistência à Saúde, Ensino e Pesquisa Acadêmica - contribui para falta de sustentabilidade.**

1.Discordo Totalmente  2.Discordo Parcialmente  3.Concordo Parcialmente  4.Concordo Totalmente

**5.2 Modernização tecnológica e estrutura física revitalizada favorecem boas práticas de ensino no HUWC.**

1.Discordo Totalmente  2.Discordo Parcialmente  3.Concordo Parcialmente  4.Concordo Totalmente

**5.3 Apesar da crise financeira e estrutural em todas as suas dimensões, o ensino no HUWC ainda garante uma boa formação de profissionais de saúde.**

1.Discordo Totalmente  2.Discordo Parcialmente  3.Concordo Parcialmente  4.Concordo Totalmente

**6. DETERMINANTES RELACIONADOS COM O SISTEMA DE SAÚDE VIGENTE - SUS**

**6.1 A defasagem da Tabela do SUS contribui para a falta de sustentabilidade da gestão e redução da qualidade do ensino.**

1.Discordo Totalmente  2.Discordo Parcialmente  3.Concordo Parcialmente  4.Concordo Totalmente

**6.2 Não há reconhecimento por parte do Gestor local da importância do HUWC no Sistema de Saúde e isto compromete a política de investimento sustentável da Instituição.**

1.Discordo Totalmente  2.Discordo Parcialmente  3.Concordo Parcialmente  4.Concordo Totalmente

**6.3 A falta de resolutividade do sistema de saúde da assistência primária e secundária impacta no desequilíbrio econômico financeiro do HUWC.**

1.Discordo Totalmente  2.Discordo Parcialmente  3.Concordo Parcialmente  4.Concordo Totalmente

**6.4 Os gestores locais do SUS acompanham sistematicamente a contratualização (contrato de prestação de serviços celebrado entre M.S x Sec. Saúde do Município x HUWC).**

1.Discordo Totalmente  2.Discordo Parcialmente  3.Concordo Parcialmente  4.Concordo Totalmente

**6.5 Os gestores locais do SUS possuem interesse pelas áreas de pesquisa e ensino.**

1.Discordo Totalmente  2.Discordo Parcialmente  3.Concordo Parcialmente  4.Concordo Totalmente

## **7. DETERMINANTES RELACIONADOS COM A POLÍTICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE**

**7.1 A forma de financiamento proposta pelo M.S para hospitais de ensino é adequada, pois prevê recursos extras para ensino e pesquisa.**

1.Discordo Totalmente  2.Discordo Parcialmente  3.Concordo Parcialmente  4.Concordo Totalmente

**7.2 O Ministério da Saúde sensibiliza o gestor local do SUS para acompanhamento dos serviços prestados pelo HUWC, para fins de ajustes das metas assistenciais.**

1.Discordo Totalmente  2.Discordo Parcialmente  3.Concordo Parcialmente  4.Concordo Totalmente

**7.3 O Ministério da Saúde negocia o pagamento do excedente da média complexidade.**

1.Discordo Totalmente  2.Discordo Parcialmente  3.Concordo Parcialmente  4.Concordo Totalmente

## **8. DETERMINANTES RELACIONADOS COM AS PRÁTICAS DE ENSINO DO HUWC**

**8.1 A participação efetiva no acompanhamento e supervisão dos preceptores das práticas do ensino contribui para a sustentabilidade da gestão no âmbito do HUWC.**

1.Discordo Totalmente  2.Discordo Parcialmente  3.Concordo Parcialmente  4.Concordo Totalmente

**8.2 O HUWC contempla boas práticas de ensino, de acordo com as atuais diretrizes curriculares para os cursos de graduação da área de saúde.**

1.Discordo Totalmente  2.Discordo Parcialmente  3.Concordo Parcialmente  4.Concordo Totalmente

**8.3 Existe número suficiente de preceptores no HUWC, especialmente nos plantões.**

1.Discordo Totalmente  2.Discordo Parcialmente  3.Concordo Parcialmente  4.Concordo Totalmente

**8.4 A disponibilidade e qualidade dos materiais médicos e medicamentos no HUWC são suficientes para boas práticas de ensino no hospital.**

1.Discordo Totalmente  2.Discordo Parcialmente  3.Concordo Parcialmente  4.Concordo Totalmente

**8.5 Aquisição de novas tecnologias, a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos são suficientes para as boas práticas de ensino no HUWC.**

1.Discordo Totalmente  2.Discordo Parcialmente  3.Concordo Parcialmente  4.Concordo Totalmente

## APÊNDICE B – Convergência na visão de professores e gestores

### Distribuição percentual de convergência na visão de professores e gestores

<b>Determinantes relacionados com a política do Ministério da Educação MEC</b>	<b>Professores</b>	<b>Gestores</b>
Questão 2.2 <ul style="list-style-type: none"> <li>As políticas formuladas para os hospitais financiados pelo MEC são adequadas</li> </ul>	47,1% Divergente	37,5% Divergente
Questão 2.3 <ul style="list-style-type: none"> <li>Os mecanismos de saneamento financeiro propostos pelo MEC para liquidar a dívida do HUWC são suficientes</li> </ul>	94,1% Divergente	87,5% Divergente
Questão 2.5 <ul style="list-style-type: none"> <li>O modelo de Gestão oficializada pelo MEC para os Hospitais Universitários é adequado</li> </ul>	94,1% Divergente	67,5% Divergente
Questão 2.6 <ul style="list-style-type: none"> <li>A falta de concurso público para reposição das aposentadorias e a conseqüente contratação de serviços prestados, terceirização, tem como conseqüência grande repercussão financeira comprometendo a sustentabilidade da Gestão</li> </ul>	94,2% Convergente	95% Convergente
Questão 2.7 <ul style="list-style-type: none"> <li>O MEC avalia o desempenho do HUWC através de cobrança de indicadores</li> </ul>	47,1% Convergente	75% Convergente
Questão 2.8 <ul style="list-style-type: none"> <li>A metodologia de distribuição de recursos do MEC é adequada e garante a sustentabilidade do HUWC</li> </ul>	94,1% Divergente	87,5% Divergente

<b>Determinantes relacionados com a Gestão da Direção do Hospital Universitário</b>	<b>Professores</b>	<b>Gestores</b>
Questão 3.1 <ul style="list-style-type: none"> <li>A gestão do HUWC é avaliada através de indicadores</li> </ul>	64,7% Convergente	75% Convergente
Questão 3.2 <ul style="list-style-type: none"> <li>Os critérios para a escolha dos gestores nos diversos níveis contemplam habilidades e competência para gestão</li> </ul>	64,7% Convergente	67,5% Convergente

Questão 3.5		
<ul style="list-style-type: none"> <li>As pesquisas clínicas contribuem com a captação de recursos para a sustentabilidade e boas práticas de ensino do HUWC</li> </ul>	70,6% Convergente	77,5% Convergente
Questão 3.8		
<ul style="list-style-type: none"> <li>O professor tem conhecimento de gestão</li> </ul>	94,1% Divergente	72,5% Divergente
Questão 3.9		
<ul style="list-style-type: none"> <li>A sustentabilidade do HUWC é prejudicada pelo desperdício</li> </ul>	88,2% Convergente	85,0% Convergente
Questão 3.10		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Serviços inovadores contribuem para ampliar a sustentabilidade do HUWC</li> </ul>	70,6% Convergente	92,5% Convergente
Questão 3.11		
<ul style="list-style-type: none"> <li>A direção do HUWC avalia as práticas de ensino no âmbito da instituição através de indicadores</li> </ul>	58,8% Divergente	42,5% Divergente

<b>Determinantes relacionados com o Hospital Universitário Walter Cantídio</b>	Professores	Gestores
Questão 5.1		
<ul style="list-style-type: none"> <li>A complexidade da missão do HUWC – Assistência Acadêmica – contribui para falta de sustentabilidade</li> </ul>	64,7% Convergente	50% Convergente
Questão 5.2		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Modernização tecnológica e estrutura física revitalizada favorecem boas práticas de ensino no HUWC</li> </ul>	58,8% Convergente	65% Convergente
Questão 5.3		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Apesar da crise financeira e estrutural em todas as suas dimensões, o ensino no HUWC ainda garante uma boa formação de profissionais de saúde</li> </ul>	94,1% Convergente	95% Convergente

<b>Determinantes relacionados com o Sistema de Saúde Vigente – SUS</b>	Professores	Gestores
Questão 6.1		
<ul style="list-style-type: none"> <li>A defasagem da Tabela do SUS contribui para a falta de sustentabilidade da gestão e redução da qualidade do ensino</li> </ul>	100% Convergente	95% Convergente
Questão 6.2		
	94,1%	87,5%

<ul style="list-style-type: none"> <li>Não há reconhecimento por parte do Gestor local da importância do HUWC no Sistema de Saúde e isto compromete a política de investimento sustentável da Instituição</li> </ul>	Convergente	Convergente
<p>Questão 6.3</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A falta de resolutividade do sistema de saúde da assistência primária e secundária impacta no desequilíbrio econômico financeiro do HUWC</li> </ul>	88,2% Convergente	92,5% Convergente
<p>Questão 6.4</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Os gestores locais do SUS acompanham sistematicamente a contratualização (contrato de prestação de serviços celebrado entre M.S x Sec. Saúde do Município x HUWC)</li> </ul>	94,2% Divergente	62,5% Divergente
<p>Questão 6.5</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Os gestores locais do SUS possuem interesse pelas áreas de pesquisa e ensino</li> </ul>	80% Divergente	82,3% Divergente

<b>Determinantes relacionados com a política do Ministério da Saúde</b>	Professores	Gestores
<p>Questão 7.1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A forma de financiamento proposta pelo M.S para hospitais de ensino é adequada, pois prevê recursos extras para ensino e pesquisa</li> </ul>	82,3% Divergente	67,5% Divergente
<p>Questão 7.2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>O Ministério da Saúde sensibiliza o gestor local do SUS para acompanhamento dos serviços prestados pelo HUWC, para fins de ajustes das metas assistenciais</li> </ul>	100% Divergente	72,5% Divergente
<p>Questão 7.3</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>O Ministério da Saúde negocia o pagamento do excedente da média complexidade</li> </ul>	94,1% Divergente	75% Divergente

<b>Determinantes relacionados com as práticas de ensino do HUWC</b>	Professores	Gestores
<p>Questão 8.1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A participação efetiva no acompanhamento e supervisão dos preceptores das práticas do ensino contribui para a sustentabilidade da gestão no âmbito do HUWC</li> </ul>	77,5% Convergente	82,4% Convergente

Questão 8.2 • Existe número suficiente de preceptores no HUWC, especialmente nos plantões	82,4% Divergente	82,8% Divergente
Questão 8.3 • Aquisição de novas tecnologias, a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos são suficiente para as boas práticas de ensino no HUWC	58,9% Divergente	55% Divergente

## APÊNDICE C - Divergência na visão de professores e gestores

### Distribuição percentual de divergência na visão de professores e gestores.

<b>Determinantes relacionados com o MEC</b>	<b>Professores</b>	<b>Gestores</b>
Questão 2.1 <ul style="list-style-type: none"> <li>Os recursos financiados disponibilizados pelo MEC contribuem para a modernização gerencial e tecnológica do HUWC</li> </ul>	64,7% Divergente	57,5% Convergente
Questão 2.4 <ul style="list-style-type: none"> <li>A política de RH estabelecida pelo MEC contempla recursos para treinamento e capacitação</li> </ul>	83,4% Divergente	50% Convergente

<b>Determinantes relacionados com a Gestão do HUWC</b>	<b>Professores</b>	<b>Gestores</b>
Questão 3.3 <ul style="list-style-type: none"> <li>A direção do HUWC possui plena autonomia</li> </ul>	70,6% Divergente	70% Convergente
Questão 3.6 <ul style="list-style-type: none"> <li>Os funcionários técnico-administrativos tem comprometimento com o HUWC</li> </ul>	52,9% Divergente	85% Convergente
Questão 3.7 <ul style="list-style-type: none"> <li>Os funcionários da área assistencial tem comprometimento com o HUWC</li> </ul>	58,8% Divergente	70% Convergente
Questão 3.4 <ul style="list-style-type: none"> <li>O modelo de gestão do HUWC é adequado</li> </ul>	76,4% Divergente	60% Convergente

<b>Determinantes relacionados com a Universidade Federal do Ceará</b>	<b>Professores</b>	<b>Gestores</b>
Questão 4.1 <ul style="list-style-type: none"> <li>A integração da Reitoria e o HUWC contribuem para a sustentabilidade da gestão</li> </ul>	52,9% Divergente	72,5% Convergente
<b>Determinantes relacionados com o HUWC</b>	<b>Professores</b>	<b>Gestores</b>
Questão 8.2 <ul style="list-style-type: none"> <li>O HUWC contempla boas práticas de ensino, de acordo com as atuais diretrizes curriculares para os cursos de graduação da área de saúde</li> </ul>	53% Divergente	82,5% Convergente

Questão 8.4 • A disponibilidade e qualidade dos materiais médicos e medicamentos no HUWC são suficientes para boas práticas de ensino no hospital	70,6% Divergente	57,5% Convergente

# **ANEXOS**

**ANEXO A – Portaria nº 2.004/2007****PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 2.400 DE 2 DE OUTUBRO DE 2007.**

Estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino.

OS MINISTROS DE ESTADO DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO, no uso de suas atribuições, e considerando que o art. 207 da Constituição Federal, dispõe sobre a autonomia universitária e estabelece o princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão;

Considerando que os campos de prática de ensino e de pesquisa em saúde abrangem todos os espaços de produção das ações e serviços de saúde, da promoção junto à coletividade ao atendimento nas unidades ambulatoriais e hospitalares;

Considerando que as diretrizes curriculares nacionais determinam às Instituições de Ensino Superior na área de saúde que contemplem, na formação dos profissionais, o sistema de saúde vigente no País, com atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência, tendo como base o trabalho em equipe, com ênfase no Sistema Único de Saúde;

Considerando o que estabelece o art. 45 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

Considerando o que dispõe a Resolução nº 7, de 26 de agosto de 2003, quanto às contribuições da Comissão Interinstitucional instituída por meio da Portaria Interministerial nº 562, de 12 de maio de 2003, alterada pela Portaria Interministerial nº 2.988, de 22 de novembro de 2006, com o objetivo de avaliar e diagnosticar a atual situação dos Hospitais de Ensino no Brasil, visando reorientar e/ou formular a política nacional para o setor;

Considerando a necessidade de garantir, de forma progressiva e planejada, a melhoria da qualidade dos serviços de atenção à saúde, oferecidos pelos Hospitais de Ensino, mediante a atuação interprofissional para a proteção e o desenvolvimento da autonomia da população usuária; e

Considerando a necessidade de promover a melhoria na condução dos serviços de saúde, por meio da gestão qualificada e da integração dos Hospitais de Ensino às demais ações e serviços do Sistema Único de Saúde,

**R E S O L V E M:**

Art. 1º Estabelecer os requisitos para certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino.

Art. 2º Determinar que poderão ser certificados como Hospital de Ensino as unidades hospitalares inscritas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, que servirem de campo para a prática de atividades curriculares na área da saúde, como Hospitais Gerais ou Especializados, de propriedade de Instituição de Ensino Superior, pública ou privada, ou que estejam formalmente conveniados com Instituição de Ensino Superior.

Art. 3º Definir que a certificação dos Hospitais de Ensino é de competência conjunta dos Ministérios da Educação e da Saúde, por meio de uma Comissão de Certificação, constituída de forma paritária, segundo portaria específica.

Art. 4º Determinar que a certificação é condicionada ao cumprimento dos requisitos constantes do artigo 7º desta Portaria e pela avaliação documental e local realizada pelo Grupo Técnico de Certificadores, de acordo com os Anexos I e II, a esta Portaria.

§ 1º O Grupo Técnico de Certificadores deverá averiguar o cumprimento dos requisitos de que trata o artigo 7º desta Portaria na sede do Hospital que requerer a certificação.

§ 2º A certificação é válida por 2 (dois) anos, devendo ser renovada nos termos desta Portaria.

§ 3º A certificação poderá ser cancelada ou suspensa a qualquer momento, se descumprida qualquer das disposições estabelecidas nesta Portaria.

Art. 5º Estabelecer que os hospitais de ensino certificados ficam obrigados a atualizar, regularmente, o sistema de informações mantido conjuntamente pelos Ministérios da Educação e da Saúde.

Art. 6º Determinar que o pedido de certificação poderá ser formulado a qualquer momento, de acordo com o disposto no Anexo I a esta Portaria.

Art. 7º Definir que as unidades hospitalares que desejarem ser certificadas como Hospital de Ensino deverão cumprir os seguintes requisitos:

I - abrigar, formalmente e em caráter permanente e contínuo, todos os alunos de, pelo menos, um curso de medicina, em atividades curriculares de, no mínimo, uma área integral do internato, além de atividades curriculares dos alunos de pelo menos dois outros cursos de graduação na área da saúde, e as unidades hospitalares especializadas que não dispuserem de internato deverão abrigar curso de pós-graduação stricto sensu devidamente reconhecido pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES);

II - abrigar, em caráter permanente e contínuo, programas de Residência Médica regularmente credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), observando:

a) no caso de hospitais gerais oferecer o número mínimo de vagas definido no Anexo III a esta Portaria para entrada de novos residentes em, pelo menos, duas áreas básicas de formação (Cirurgia Geral, Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia, Medicina de Família e Comunidade ou Pediatria);

b) que hospitais especializados devem oferecer a mesma proporcionalidade de vagas para entrada anual na sua área de atuação;

III - garantir acompanhamento diário por docente ou preceptor para os estudantes de graduação e para os residentes, de acordo com a legislação vigente para a avaliação das condições de ensino e da Residência Médica;

IV - dispor de projeto institucional próprio ou da IES à qual o hospital for vinculado para o desenvolvimento de atividades regulares de pesquisa científica e avaliação de tecnologias;

V - dispor de mecanismos de gerenciamento das atividades de ensino e de pesquisa desenvolvidas no âmbito do hospital;

VI - dispor de instalações adequadas ao ensino, com salas de aula e recursos audiovisuais, de acordo com a legislação vigente para a avaliação das condições de ensino e da Residência Médica;

VII - dispor ou ter acesso à biblioteca atualizada e especializada na área da saúde, com instalações adequadas para estudo individual e em grupo, e para consulta a Bibliotecas Virtuais, de acordo com os critérios vigentes para a avaliação das condições de ensino e da Residência Médica;

VIII - ter constituídas, em permanente funcionamento, as comissões assessoras obrigatórias pertinentes a instituições hospitalares:

a) Comissão de Documentação Médica e Estatística;

b) Comissão de Ética;

c) Comissão de Ética em Pesquisa, própria ou da IES à qual o hospital for vinculado;

d) Comissão de Mortalidade Materna e de Mortalidade Neonatal (para hospitais que possuam maternidade);

- e) Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- f) Comissão Interna de Prevenção de Acidentes;
- g) Comissão de Óbitos;
- h) Comissão de Revisão de Prontuários;
- i) Comissão de Transplantes e Captação de Órgãos (para hospitais que possuam Unidades de Tratamento Intensivo);
- j) Comitê Transfusional;
- l) Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional;

IX - desenvolver atividades de vigilância epidemiológica, hemovigilância, farmacovigilância, tecnovigilância em saúde, vigilância em saúde do trabalhador e padronização de medicamentos;

X - dispor de programa de capacitação profissional por iniciativa própria ou por meio de convênio com instituição de ensino superior;

XI - participar das políticas prioritárias do Sistema Único de Saúde 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 locais;

XII - dedicar um mínimo de 60% da totalidade dos leitos ativos e do total dos procedimentos praticados ao Sistema Único de Saúde:

a) os hospitais públicos devem assumir o compromisso de ampliar gradualmente essa porcentagem, até atingir 100%, num prazo de dois anos, sendo asseguradas as condições de equilíbrio econômico-financeiro no convênio com o gestor local do SUS;

b) todos os benefícios decorrentes das novas modalidades conveniadas/contratuais entre os hospitais de ensino e o SUS serão proporcionais ao número de leitos e procedimentos destinados ao SUS;

XIII - regular e manter sob a regulação do gestor local do SUS os serviços conveniados ou contratados, de acordo com as normas operacionais vigentes no SUS;

XIV - estar formalmente inserido no Sistema de Urgência e Emergência local, com definição de seu papel no Plano Estadual de Assistência a Urgência, conforme previsto na Portaria MS nº 2.048/GM, de 5 de novembro de 2002;

XV - ter ações compatíveis com a Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde;

XVI - garantir mecanismos de participação e controle social no hospital, possibilitando representação docente, discente, de funcionários e de usuários; e

XVII - comprovar sua inclusão em programa de qualificação da gestão que cumpra o disposto pelo Ministério da Saúde e as demais esferas do SUS.

Parágrafo único. O cumprimento dos requisitos estabelecidos nos incisos I, II e XII deste artigo é imprescindível para desencadear o processo de avaliação dos hospitais para obtenção da certificação.

Art. 8º Definir que os casos omissos serão decididos pela Comissão de Certificação à luz da legislação vigente.

Art. 9º Determinar que as unidades hospitalares certificadas de acordo com a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.000, de 15 de abril de 2004, deverão adequar-se a esta Portaria no prazo de 12 (doze) meses.

Art. 10. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 11. Ficam revogadas a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.000 de 15 de abril de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº 73, de 16 de abril de 2004, seção 1 página 13, e a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.005 de 27 de maio de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº 103, de 31 de maio de 2004, seção 1, página 54.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO  
Ministro de Estado da Saúde

FERNANDO HADDAD  
Ministro de Estado da  
Educação

## ANEXO I

O processo de certificação dos Hospitais de Ensino obedecerá ao seguinte fluxo:

I - a unidade hospitalar interessada encaminha ofício solicitando sua certificação diretamente à Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar, do Departamento de Atenção Especializada, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde;

II - a unidade hospitalar interessada, após receber senha e login, insere as informações referentes ao cumprimento dos requisitos mencionados no artigo 7º desta Portaria no Sistema de Certificação de Hospitais de Ensino, acessado através do Portal do Ministério da Saúde, no endereço: [www.saude.gov.br/prodae](http://www.saude.gov.br/prodae);

III - os dados cadastrados são analisados pelo Grupo Técnico de Certificadores dos Ministérios da Saúde e da Educação;

IV - após verificação do cumprimento dos requisitos mencionados no artigo 7º desta Portaria, é agendada uma visita à instituição solicitante, para verificação in loco do adequado atendimento aos requisitos exigidos;

V - o Grupo Técnico de Certificadores, composto paritariamente por representantes dos Ministérios da Educação e da Saúde realiza a visita de avaliação à unidade hospitalar, que fica registrada em relatório escrito;

VI - o relatório será analisado pela Comissão de Certificação de Hospitais de Ensino, composta por representantes nomeados pelos Ministérios da Educação e da Saúde, a qual deverá emitir parecer conclusivo;

VII - a certificação dos hospitais de ensino se dará através de Portaria Interministerial MS/MEC, publicada no Diário Oficial da União; e

VIII - no caso de pendências às exigências para a certificação, observado o parágrafo único do artigo 7º, um termo de ajuste deverá ser encaminhado à direção do hospital interessado, estabelecendo um prazo para sua adequação, e a instituição encaminha à Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar/DAE/SAS/MS comprovação do atendimento das pendências, que será analisada pela Comissão de Certificação.

## ANEXO II

A documentação relacionada no artigo 7º desta Portaria deverá estar disponível para verificação, na unidade hospitalar, por ocasião da visita, ou a qualquer tempo por solicitação da Comissão de Certificação dos Hospitais de Ensino.

Documentos.

A identificação do hospital e os dados sobre sua capacidade instalada e leitos disponibilizados para o SUS serão obtidos diretamente do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - CNES.

O hospital deverá informar os dados de identificação da(s) Instituição (ções) de Ensino Superior – IES a que esteja vinculado.

I - Referente ao inciso I:

- a) relação nominal de alunos e grade curricular do internato em medicina, especificando locais, duração e serviços onde cada estágio se realiza;
- b) relação nominal de alunos e grade curricular de atividades hospitalares de outras profissões da saúde, especificando locais, duração e serviços onde são desenvolvidas; e
- c) no caso de instituição hospitalar especializada que não possui internato em medicina, relação dos alunos matriculados e dos cursos de pós-graduação stricto sensu, com seus respectivos conceitos na CAPES, que são desenvolvidos no hospital;

II - Referente ao inciso II:

- a) cópia dos programas de residência médica com o respectivo número de vagas para entrada anual, cópia dos dois últimos editais de concurso para seleção de residentes, e lista nominal dos residentes matriculados, por ano dos respectivos programas, especificando locais, duração e serviços das atividades;

III - Referente ao inciso III:

- a) relação dos docentes e preceptores de residência médica, por programa, com titulação e vínculo institucional; e
- b) descrição do acompanhamento docente nas atividades no hospital para estudantes de graduação em medicina e das outras áreas da saúde, com relação dos nomes, titulação e carga horária;

IV - Referente ao inciso IV:

- a) projeto institucional para o desenvolvimento de atividades de pesquisa no hospital ou na IES, mediante convênio firmado, no segundo caso;
- b) relação de pesquisadores e linhas de pesquisa desenvolvidas no hospital nos últimos dois anos; e
- c) relação das pesquisas concluídas e das publicações nos últimos dois anos;

V - Referente ao inciso V:

- a) descrição da estrutura organizacional para o gerenciamento das atividades de ensino e de pesquisa no hospital;

VI - Referente ao inciso VI:

- a) descrição da estrutura física do hospital utilizada para ensino (salas de aula com sua capacidade e equipamentos disponíveis);

VII - Referente ao inciso VII:

- a) descrição das instalações da biblioteca do hospital ou da IES conveniada e dos portais virtuais acessíveis pelos residentes e alunos;

VIII - Referente ao inciso VIII:

- a) atas das cinco últimas reuniões das comissões relacionadas neste inciso desta portaria;

IX - Referente ao inciso IX:

- a) rotinas operacionais e fluxos da vigilância epidemiológica no hospital; e
- b) rotinas operacionais do hospital nas áreas de hemovigilância, tecnovigilância e farmacovigilância, ou relatório da gerência de risco de hospital sentinela da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;

X - Referente ao inciso X:

- a) relação dos programas institucionais de desenvolvimento de recursos humanos, descrevendo o setor responsável no hospital ou na IES e sua abrangência; e
- b) relatório das ações para o desenvolvimento de recursos humanos no ano anterior e proposta para o exercício vigente, incluindo a relação nominal dos participantes;

XI - Referente ao inciso XI:

- a) comprovação de atividades de cooperação técnica e de docência com o SUS;
- b) comprovação de atividades relacionadas às políticas prioritárias locais; e

c) descrição dos mecanismos de referência/contra-referência em relação às unidades do SUS;

XII - Referente ao inciso XII:

a) relação do total de procedimentos, por grupos, realizados no hospital, destacando aqueles oferecidos ao SUS;

XIII - Referente ao inciso XIII:

a) cópia do contrato de metas ou de gestão com o gestor local; e

b) documento que comprove a regulação dos serviços contratados, ou justificativa na ausência desta regulação;

XIV - Referente ao inciso XIV:

a) descrição da forma e abrangência do atendimento a urgências e emergências pelo hospital;

b) no caso de inexistência de atendimento a urgência, documento da Comissão Intergestores Bipartite – CIB, ou do gestor local, desobrigando sua participação;

XV - Referente ao inciso XV:

a) relação dos programas institucionais direcionados para a Política Nacional de Humanização do SUS;

XVI - Referente ao inciso XVI:

a) regimento interno com descrição do organograma do hospital e constituintes de seus colegiados;

b) atas das cinco últimas reuniões dos colegiados;

XVII - Referente ao inciso XVII:

a) relação dos programas institucionais direcionados para a qualidade; e

b) relação dos indicadores de gestão hospitalar adotados.

### ANEXO III

Número mínimo exigido de vagas para entrada de novos residentes em, pelo menos, duas áreas básicas:

Número total de leitos hospitalares	Total de vagas exigidas (é considerado o que for maior)
Até 50	5 vagas ou 10% do total de leitos
De 51 a 150	8 vagas ou 6% do total de leitos
De 151 a 500	10 vagas ou 4% do total de leitos
Mais de 500	15 vagas ou 2% do total de leitos

**ANEXO B – Decreto nº 7.082/2010****Decreto Nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010**

Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais-REHUF, dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso VI, alínea "a", da Constituição, e tendo em vista o disposto nos arts. 196 e 207, da Constituição, e no art. 4o da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, DECRETA:

**Art. 1o** Fica instituído o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais - REHUF, destinado à reestruturação e revitalização dos hospitais das universidades federais, integrados ao Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do art. 4o da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990.

**Art. 2o** O REHUF tem como objetivo criar condições materiais e institucionais para que os hospitais universitários federais possam desempenhar plenamente suas funções em relação às dimensões de ensino, pesquisa e extensão e à dimensão da assistência à saúde.

§ 1o No campo do ensino, pesquisa e extensão, os hospitais universitários desempenham as funções de local de ensino-aprendizagem e treinamento em serviço, formação de pessoas, inovação tecnológica e desenvolvimento de novas abordagens que aproximem as áreas acadêmicas e de serviço no campo da saúde, tendo como objetivos específicos:

I - atender às necessidades do ensino de graduação na área da saúde, em especial em relação à oferta de internato nos cursos de Medicina e estágios curriculares supervisionados para os demais cursos, conforme previsão nas diretrizes curriculares nacionais e no projeto pedagógico de cada curso;

II - desenvolver programas de pós-graduação stricto sensu e lato sensu, voltados à formação de docentes e pesquisadores em saúde familiarizados com a ótica dos serviços de atenção especializada ofertados e a gestão em saúde;

III - definir a oferta anual de vagas dos programas de residência médica, de modo a favorecer a formação de médicos especialistas nas áreas prioritárias para o SUS, segundo indicadores estabelecidos pelos Ministérios da Educação e da Saúde;

IV - implementar a residência multiprofissional nas áreas estratégicas para o SUS, estimulando o trabalho em equipe multiprofissional e contribuindo para a qualificação dos recursos humanos especializados, de forma a garantir assistência integral à saúde; e

V - estimular o desenvolvimento de linhas de pesquisa de interesse do SUS, em conformidade com o perfil epidemiológico local e regional e as diretrizes nacionais para pesquisa em saúde, com foco na busca de novas tecnologias para o cuidado e a gestão em saúde.

§ 2º No campo da assistência à saúde, os hospitais universitários desempenham as funções de centros de referência de média e alta complexidade, para a rede pública de serviços de saúde, tendo como objetivos específicos:

I - ofertar serviços de atenção de média e alta complexidade, observada a integralidade da atenção à saúde, com acesso regulado, mantendo as atividades integradas à rede de urgência e emergência;

II - garantir oferta da totalidade da capacidade instalada ao SUS;

III - avaliar novas tecnologias em saúde, com vistas a subsidiar sua incorporação ao SUS;

IV - desenvolver atividades de educação permanente para a rede de serviços do SUS, com vistas à qualificação de recursos humanos para o sistema; e

V - desenvolver ações de telessaúde, utilizando as metodologias e ferramentas propostas pelos Ministérios da Saúde e da Educação.

**Art. 3º** O REHUF orienta-se pelas seguintes diretrizes aos hospitais universitários federais:

I - instituição de mecanismos adequados de financiamento, igualmente compartilhados entre as áreas da educação e da saúde, progressivamente, até 2012;

II - melhoria dos processos de gestão;

III - adequação da estrutura física;

IV - recuperação e modernização do parque tecnológico;

V - reestruturação do quadro de recursos humanos dos hospitais universitários federais; e

VI - aprimoramento das atividades hospitalares vinculadas ao ensino, pesquisa e extensão, bem como à assistência à saúde, com base em avaliação permanente e incorporação de novas tecnologias em saúde.

**Art. 4º** O financiamento dos hospitais universitários federais será partilhado, paritariamente, entre as áreas da educação e da saúde, na forma deste artigo.

§ 1º Para os efeitos do disposto no caput, considera-se o financiamento como sendo o montante total das despesas correntes alocadas para esses hospitais, bem como das despesas de capital necessárias à sua reestruturação e modernização, excluindo-se deste montante as despesas com inativos e pensionistas.

§ 2º O financiamento de que trata o caput será partilhado entre os Ministérios da Educação e da Saúde, sendo que:

I - para o exercício de 2010, o Ministério da Saúde alocará oitenta e cinco por cento do valor consignado no orçamento anual do Ministério da Educação para as finalidades previstas no § 1º;

II - para o exercício de 2011, o Ministério da Saúde alocará noventa e dois inteiros e cinco décimos por cento do valor consignado no orçamento anual do Ministério da Educação para as finalidades previstas no § 1º; e

III - a partir de 2012, o Ministério da Saúde alocará o mesmo valor consignado no orçamento anual do Ministério da Educação para as finalidades previstas no § 1º.

**Art. 5º** Para a realização dos objetivos e diretrizes fixados nos arts. 2º e 3º, serão adotadas as seguintes medidas:

I - modernização da gestão dos hospitais universitários federais, com base em transparência e responsabilidade, adotando-se como regra geral protocolos clínicos e padronização de insumos, que resultem na qualificação da assistência prestada e otimização do custo-benefício dos procedimentos;

II - implantação de sistema gerencial de informações e indicadores de desempenho a ser disponibilizado pelo Ministério da Educação, como ferramenta de administração e acompanhamento do cumprimento das metas estabelecidas;

III - reformas de prédios ou construção de unidades hospitalares novas, com adequação às normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA e às disposições específicas do Ministério da Saúde sobre espaços destinados à atenção de média e alta complexidade;

IV - aquisição de novos equipamentos de saúde e substituição dos equipamentos obsoletos, visando a utilização de tecnologias mais modernas e adequadas à atenção de média e alta complexidade;

V - implantação de processos de melhoria de gestão de recursos humanos;

VI - promoção do incremento do potencial tecnológico e de pesquisa dos hospitais universitários federais, em benefício do atendimento das dimensões assistencial e de ensino;

VII - instituição de processos permanentes de avaliação tanto das atividades de ensino, pesquisa, extensão e inovação tecnológica, como da atenção à saúde prestada à população;

VIII - criação de mecanismos de governança no âmbito dos hospitais universitários federais, com a participação de representantes externos às universidades.

§ 1o Os Ministérios da Saúde, da Educação e do Planejamento, Orçamento e Gestão elaborarão, em conjunto, grupo de parâmetros que contribua para a definição dos quadros de lotação de pessoal, à luz da capacidade instalada e das plataformas tecnológicas disponíveis.

§ 2o Deverá ser mantida permanente atualização da infra-estrutura física e do parque tecnológico, de modo a conter a depreciação.

**Art. 6o** A universidade apresentará aos Ministérios da Educação e da Saúde plano de reestruturação do hospital universitário, aprovado por seu respectivo órgão superior, ouvida a instância de governança de que trata o inciso VIII do art. 5o.

Parágrafo único. O Plano de Reestruturação do Hospital Universitário deverá conter:

I - diagnóstico situacional da infraestrutura física, tecnológica e de recursos humanos;

II - especificação das necessidades de reestruturação da infraestrutura física e tecnológica;

III - análise do impacto financeiro previsto para desenvolvimento das ações de reestruturação do hospital;

IV - elaboração de diagnóstico da situação de recursos humanos; e

V - proposta de cronograma para a implantação do Plano de Reestruturação, vinculando-o ao desenvolvimento de atividades e metas.

**Art. 7o** A relação dos hospitais universitários federais com o Ministério da Educação, o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, o Ministério da Saúde e demais gestores do SUS será formalizada por meio do regime de pactuação global.

§ 1o Entende-se, para os fins do caput, pactuação global como o meio pelo qual as partes pactuam metas anuais de assistência, gestão, ensino, pesquisa e extensão.

§ 2o Os recursos de investimento destinados pelas áreas da saúde e da educação para os hospitais universitários federais serão aplicados sob acompanhamento direto dos Ministérios da Educação e da Saúde.

**Art. 8o** As disposições necessárias para implementação deste Decreto, bem como o cronograma do REHUF, serão fixados por ato conjunto dos Ministérios da Educação e da Saúde, e do Planejamento, Orçamento e Gestão quando couber, no prazo de cento e vinte dias.

**Art. 9o** As despesas decorrentes deste Decreto correrão à conta das dotações orçamentárias consignadas nos orçamentos dos órgãos envolvidos.

**Art. 10.** Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 27 de janeiro de 2010; 189o da Independência e 122o da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

Fernando Haddad

José Gomes Temporão

Paulo Bernardo Silva