

ADEMAR ARTHUR CHIORO DOS REIS

ENTRE A INTENÇÃO E O ATO:

***Uma análise da política de contratualização
dos hospitais de ensino (2004 – 2010).***

Tese apresentada à Universidade
Federal de São Paulo para obtenção
do título de Doutor em Ciências.

São Paulo
2011

FICHA CATALOGRÁFICA

R447c CHIORO DOS REIS, Ademar Arthur
ENTRE A INTENÇÃO E O ATO: uma análise da política de
contratualização dos hospitais de ensino (2004-2010). /
Ademar Arthur Chioro dos Reis. São Paulo, SP: [s.n.], 2011.

Orientador : Luiz Carlos de Oliveira Cecílio
Tese (Doutorado) Universidade Federal de São Paulo. Escola
Paulista de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva. Área de
Concentração: Saúde Coletiva.

1. Administração hospitalar. 2. Hospitais de ensino.
3. Política de contratualização. 4. Gestão em Saúde.
5. Micropolítica em Saúde. 6. Gerencialismo I. Luiz Carlos de Oliveira
Cecílio. II. Universidade Federal de São Paulo. III. Título.

ADEMAR ARTHUR CHIORO DOS REIS

ENTRE A INTENÇÃO E O ATO:

***Uma análise da política de contratualização
dos hospitais de ensino (2004 – 2010).***

Tese apresentada à Universidade Federal
de São Paulo para obtenção do título de
Doutor em Ciências.

Orientador:
Prof. Dr. Luiz Carlos de Oliveira Cecílio

São Paulo
2011

Dedicatória

À Rose,
companheira de todas as horas.

Aos nossos filhos
Victor, Rafa, Dedé e Leo.

Aos meus pais, Ademar e Sirléia,
minha eterna gratidão.

Aos que lutam pelo SUS
e por um mundo melhor.

AGRADECIMENTOS

Aos membros das Bancas Examinadora e de Qualificação, Samuel Goihman, Laura Feuerwerker, Emerson Merhy, Alzira Jorge, Jorge Solla, Néelson Rodrigues dos Santos, Rose Andrezza e Luiz Cecílio, pela oportunidade de aprender com suas críticas e sugestões.

Aos meus companheiros da Linha de pesquisa “Política, Planejamento e Gestão em Saúde”, do Departamento de Medicina Preventiva da EPM/Unifesp – Aloisio Cuginotti, Carolina Chaccour, Consuelo Meneses, Eliane Araújo, Rose Andrezza e Luiz Cecílio –, que literalmente foram a campo e, na hora mais crítica da pesquisa, me ajudaram a construir as estações do estudo. Sem vocês não teria conseguido.

Ao filósofo Leandro Neves Cardim, por sua importante contribuição para as discussões sobre o conceito de razão, origens e horizontes.

À Elaine Lopez, que me ajudou a formular a política de contratualização dos hospitais de ensino e me deu imprescindível apoio no desenvolvimento da tese.

À Nelma (*in memoriam*) e Maira, que me auxiliaram na transcrição das entrevistas. À Sandra Fagundes, Flávia Boari e Brito, pelo indispensável apoio operacional. Ao Ive Brunelli, pela impecável revisão.

Aos gestores das três esferas de governo e dirigentes hospitalares entrevistados, que me deram um pouco de seu tempo e incontáveis elementos de análise.

À Fapesp, pelo auxílio financeiro que viabilizou a pesquisa.

Aos companheiros do Ministério da Saúde, com quem tive a oportunidade, entre 2003 e 2005, de formular e implantar políticas públicas que se constituíram em importantes contribuições para o SUS: Humberto Costa, Maria Luiza Jaeger, Jorge Solla, Ana Paula Soter, Elaine Lopez, Carlos Armando, Faustinho, Silvana, Cao, João Palma, Sérgio Cortes, João Baccara, Irani, Diogo, Roberto, Laura, Odete, Eliane Cortez, Márcia Amaral, Gastão Wagner, Antonio Alves, Lumena, Valcler, Afra, Reneide, Tereza, Washington, Regina Afonso, entre tantos outros.

Aos companheiros da Secretaria de Saúde de São Bernardo do Campo - Lumena, Odete, Debora, Ana Figueiredo, Paulo Muniz, L. Paulo, Helder, Harada, Trocoli, Casarin, Bel, Fabinho, Homero, Cida, Suzana, Eliane Cortez, Carlos Armando, Elaine Lopez, Carol Chaccour, Guillermo, Daniel, Malu, Luiz Francisco, Mari, Stephanie, Vera Marina e demais gestores da nossa equipe –, pelo incentivo, apoio e paciência com a minha “dupla-militância”. Com vocês tenho tido a oportunidade de refletir coletivamente e construir novas alternativas para o SUS. Nada fácil, mas profundamente gratificante.

Por fim, um agradecimento especial a uma pessoa excepcionalmente especial: Luiz Cecílio. Ter sido orientado por alguém com sua integridade, caráter, genialidade, competência, dedicação, disponibilidade e enorme capacidade de acolher foi um privilégio e serei eternamente grato por essa oportunidade. Aprendi em nossos encontros muito mais do que teoria das organizações e gestão em saúde. Você é uma referência como educador e militante da Saúde Coletiva para aqueles que procuram atuar a partir de um campo marcado por um ideário ético-político comprometido com a defesa da vida e a construção do SUS, numa perspectiva emancipatória.

Igual-desigual

Eu desconfiava:

Todas as histórias em quadrinhos são iguais.

Todos os filmes norte-americanos são iguais.

Todos os filmes de todos os países são iguais.

Todos os best-sellers são iguais.

Todos os campeonatos nacionais e internacionais de futebol são iguais.

Todos os partidos políticos

são iguais

Todas as mulheres que andam na moda

são iguais.

Todos os sonetos, gazéis, virelais, sextinas e rondós são iguais.

E todos, todos os poemas em versos livres são enfadonhamente iguais.

Todas as guerras do mundo são iguais.

Todas as fomes são iguais.

Todos os amores iguais, iguais, iguais.

Iguais todos os rompimentos.

A morte é igualíssima.

Todas as criações da natureza são iguais.

Todas as ações, cruéis, piedosas ou indiferentes, são iguais.

Contudo, o homem não é igual a nenhum outro homem, bicho ou coisa.

Ninguém é igual a ninguém.

Todo o ser humano é um estranho

Impar.

(Igual-Desigual de Carlos Drummond de Andrade).

RESUMO

CHIORO DOS REIS, AA. Entre a intenção e o ato: Uma análise da política de contratualização dos hospitais de ensino (2004 – 2010). São Paulo; 2011, 447p. [Tese de Doutorado – Universidade Federal de São Paulo].

Introdução: o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino, que compreende a certificação e contratualização desses estabelecimentos, implantado em 2004 pelo Governo Federal, é uma das estratégias para o enfrentamento da crise do setor, ao estabelecer novos modos de financiamento, de gestão e de articulação desses hospitais com o sistema de saúde, mediante contrato de gestão com o gestor local do SUS. **Metodologia:** o estudo foi realizado em quatro hospitais pertencentes ao primeiro grupo contratualizado já em 2004, de diferentes regimes jurídicos, selecionados por sorteio. Teve como motivação inicial analisar possíveis mudanças decorrentes dessa política governamental no cotidiano dos hospitais de ensino, procurando caracterizar o posicionamento dos diferentes atores institucionais frente a ela, o protagonismo dos gestores e as dificuldades na sua implementação. Para tanto, foram realizadas análise documental e 32 entrevistas envolvendo dirigentes hospitalares, gestores do SUS e dos ministérios responsáveis pela formulação e condução da política de contratualização. **Análise de implicação:** na condução do estudo, a implicação do autor (que coordenou o processo de formulação e implementação inicial da política) com o objeto em estudo é tratada de forma explícita. O desafio metodológico central foi conseguir um “deslocamento epistemológico” da posição de sujeito em situação de governo ocupado no passado para a de sujeito epistêmico, tratando de forma explícita essa “relação-contaminação”, e procurado construir “relações alteritárias” que possibilitassem compreender a contratualização sob a perspectiva dos atores responsáveis pela sua efetiva implementação. **Análise dos dados:** a partir da construção de categorias *empíricas-espelho* (por simplesmente “refletirem” elementos contidos na grade avaliativa da política), e *categorias-novidade* (constituída por aspectos não previstos na formulação original da política), foram montadas *equações* para cada hospital, compostas sempre pelas mesmas categorias, mas denotando-se as *intensidades* distintas que iam assumindo, bem como as diferentes *forças de ligação* entre elas. A análise foi efetuada em três planos analíticos distintos. O primeiro contém uma caracterização de mudanças ocorridas a partir da contratualização, tomando-se como referência as diretrizes da política para a assistência, gestão, educação em saúde e avaliação e incorporação tecnológica. No segundo, são analisadas as apostas que estiveram implícitas na formulação da contratualização, buscando aí indicações sobre suas bases teórico-conceituais não explícitas. No terceiro, já em nível maior de abstração, desenvolve-se uma reflexão teórica sobre o tema da razão e racionalidade na modernidade, buscando conexões com a racionalidade instrumental presente no paradigma estrutural-funcionalista hegemônico nos estudos e intervenções organizacionais, e, como apontado pelo estudo, na própria formulação da política de contratualização dos hospitais de ensino. **Resultados:** No *primeiro plano analítico*, a face mais visível dos avanços proporcionados pela contratualização foi a mudança no perfil de financiamento, resultando em equilíbrio econômico-financeiro e o enfrentamento do endividamento, embora com intensidades e reflexos distintos para os hospitais estudados.

No entanto, diretrizes para o ensino, educação permanente, pesquisa e incorporação tecnológica, fundamentais para a produção do **novo hospital de ensino**, foram finalidades claramente “esquecidas” na implementação da política, que também não foi capaz de proporcionar mudanças consideráveis em relação à qualificação da gestão e da assistência. Num **segundo plano analítico**, é feita a análise das apostas implícitas da política e seus diferentes graus de realização. A expectativa de indução de uma nova racionalidade gerencial a partir de uma política governamental, ao subestimar a complexidade da micropolítica dos hospitais de ensino, não se concretizou. Os arranjos de participação idealizados, fortemente inspirados na produção de autores que enfatizam a necessidade de “constituição de sujeitos coletivos”, através da horizontalização e democratização das relações entre trabalhadores, usuários e gestores, encontram dificuldades em sua operacionalização, não alcançando produzir uma nova lógica de gestão dos hospitais de ensino. Assim, a política de contratualização termina por reproduzir o comportamento conservador que caracteriza a gestão pública, uma racionalidade instrumental que dá ênfase ao ato administrativo e à normatização excessiva. No **terceiro plano analítico**, é feita uma discussão teórica sobre o conceito de **razão** na modernidade, em particular do que tem sido denominado, desde Max Weber, como a “crescente racionalização da sociedade”. É em tal moldura teórico-conceitual que se busca inteligibilidade para o que tem sido denominado de **racionalização crescente das práticas médico-hospitalares**, caracterizada pelo ideal de funcionamento de hospitais “científicos”, eficientes, previsíveis e, parametrizados pelo mercado e seus critérios de competição e sobrevivência. Este novo “hospital racionalizado” traduz o “hospital dos sonhos” de todos os dirigentes entrevistados, seja no setor público ou privado que, de modo surpreendente, identificam, em boa medida, como sendo o hospital desejado pela política de contratualização! Tudo isso nos alerta para a complexidade inerente à formulação de políticas governamentais, em particular o momento de sua implementação por atores em suas condições concretas de atuação. Impõe-se como pauta, portanto, estudos e intervenções que possam disputar outros sentidos para a gestão hospitalar, que não sejam aqueles moldados pela racionalidade instrumental que vai se estabelecendo como a única e triunfante racionalidade possível, colocando em tela o enfrentamento teórico e político da acachapante funcionalização e homogenização dos modos de se fazer a gestão e sua verdade única. **Voltando ao início:** conclui-se o estudo com reflexões do autor que, já no final do estudo, e por circunstâncias políticas e profissionais, deparou-se com novo deslocamento, desta vez para a posição de gestor local do SUS, ao ser o responsável por implementar *em ato* a política de contratualização em hospitais de ensino da cidade.

PALAVRAS-CHAVE: *Administração hospitalar; Hospitais de ensino; Política de contratualização; Gestão em saúde; Micropolítica em saúde; Gerencialismo.*

ABSTRACT

Introduction: The Teaching Hospital Restructuring Program, comprising hospital-related certification and configuration of agreements, was introduced in 2004 by the Brazilian Government. It is one of the strategies to handle the crisis in this sector as it brings forth new funding, management and relationship standards between teaching hospitals and the health system by executing agreements with the local manager of the Brazilian National Health Care System (*Sistema Único de Saúde – SUS*). **Methodology:** the research was carried out in four hospitals belonging to the first group to enter into an agreement in 2004 under different legal regimes and selected through a drawing process. The initial motivation was to analyze possible changes found in the daily life of the teaching hospitals deriving from such government policy, in an attempt to characterize the role played by different institutional actors towards this policy, in addition to managers' protagonism and the difficulties found in its implementation. Therefore, documents were analyzed and 32 interviews were performed with hospital managers, SUS managers, and managers from the federal ministries responsible for the formulation and performance of the contracting policy. **Implication Analysis:** The author's implication with the object of study is openly dealt with as the research is conducted (The author coordinated policy formulation and initial implementation). The main methodological challenge was getting through an "epistemological displacement" from the governmental position occupied by the subject in the past to the actual position of an epistemic subject in order to explicitly deal with such "contamination-relationship" and try to construct "alterity relationships" that might lead to understanding the configuration of agreements as viewed by the actors who were responsible for its effective implementation. **Data Analysis:** starting from the construction of empirical *mirror-categories* (as they merely "reflect" elements contained in the policy evaluation grid) and *novelty-categories* (encompassing unpredictable aspects in the original policy formulation), *equations* were thought of for each hospital. These equations always comprised the same categories, though denoting the different *intensities* that they would gradually present, as well as different *connecting forces* between them. The analysis was accomplished within three different analytical plans. The first contains a characterization of changes occurred as the configuration of agreements began. The political guidelines regarding assistance, management, education in health, technological evaluation and incorporation were taken as a point of reference. The second plan analyzes the bets that were implicit placed during the formulation of the configuration of agreements, when indications about its non-explicit theoretical-conceptual bases were pursued. Now, on a deeper abstractional level, the third plan develops a theoretical reflection on the theme of reason and rationality in modern times, in an attempt to find connections with the instrumental rationality found in the hegemonic structural-functionalist paradigm of organizational studies and interventions and, as pointed by the study, in the formulation of the teaching hospital agreement configuration policy itself. **Results:** In the *first analytical plan*, the most visible progress made by the configuration of agreements was the change in the funding profile, resulting in financial as well as economic balance and the fight against indebtedness, although with diverse intensities and reflections for the hospitals under study. However, guidelines for teaching, permanent education, technological incorporation and research, which were fundamental for the production of a new teaching hospital, stood for clearly "forgotten" purposes as the policy was introduced. In addition, it was not capable of providing considerable changes in relation to management and health care qualification. A *second analytical plan* provides the analysis of the implicit political bets and their different accomplishment rates. The expectation of inducing a new management rationality from a government policy was not fulfilled as the complexity of the teaching hospital micropolitics was underestimated. The idealized participation arrangements that were strongly inspired in the production of actors – who emphasized the need to "constitute collective subjects"

through the horizontalization and democratization of relationships among workers, users and managers – are faced with operational difficulties so they do not produce a new management logic for the teaching hospitals. Therefore, the contracting policy ends up reproducing the usual conservative behavior found in public management – a specific, instrumental rationality that emphasizes administrative action and excessive standardization. The *third analytical plan* promotes a theoretical discussion about the concept of reason in modern times, particularly about what has been called, since Max Weber, as the “increasing rationalization of society”. It is within such a theoretical-conceptual frame that intelligibility towards the so-called increasing rationalization of medical-hospital practices is searched for. This is characterized by the ideal operation of hospitals known as "scientific", efficient, predictable, and parameterized by the market and its criteria of competition and survival. This new “rationalized hospital” presents the “dream hospital” of all interviewed managers, either in public or private sectors, as they surprisingly identified it as being the hospital desired by the contracting policy! All that points to the complexity that is inherent to the formulation of governmental policies, mainly the moment of their implementation by actors in their real acting conditions. Studies and interventions are therefore critical to dispute other senses for hospital management. These should not be the ones as shaped by instrumental rationality, which goes on establishing a unique and triumphant possible rationality, bringing forth the theoretical as well as political fight against the extreme functionalization and homogenization of the ways to promote management and its unique truth. **Back to the Start:** the study is concluded through reflections presented by the author, who was faced into a new displacement at the end of the research, due to political as well as professional reasons, this time as a local SUS manager, as he became responsible for the introduction – *in act* – of a configuration of agreements policy in local teaching hospitals.

KEYWORDS: *Hospital management; Teaching hospitals; contracting policy; Health management; Health micropolitics; managerialism.*

LISTA DE ABREVIATURAS

Abem	Associação Brasileira de Educação Médica
Aben	Associação Brasileira de Enfermagem
Abrahue	Associação Brasileira dos Hospitais Universitários e de Ensino
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AMA	Assistência Médica Ambulatorial
AME	Ambulatório Médico Especializado
Andifes	Associação Nacional de Reitores e Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior
APAC	Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade
BH	Belo Horizonte
Cacon	Centro de Alta Complexidade em Oncologia
Capes	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
Cep	Centro de Estudos e Pesquisas
CGAH	Coordenação Geral de Atenção Hospitalar
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
Cnpq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Conasems	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
Conass	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CRM	Conselho Regional de Medicina
Conep	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
Cosems	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
DAE	Departamento de Atenção Especializada
DF	Distrito Federal
DRS	Diretoria Regional de Saúde
Denasus	Departamento Nacional de Auditoria do SUS
Denem	Diretoria Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina
DERAC	Departamento de Regulação, Avaliação e Controle
Enen	Executiva Nacional de Estudantes de Enfermagem
Ensp	Escola Nacional de Saúde Pública
EP	Educação Permanente
EPM	Escola Paulista de Medicina
Faec	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
Fapesp	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
Finep	Financiadora de Estudos e Projetos
Fideps	Fator de Incentivo e Desenvolvimento da Educação e da Pesquisa em Saúde
FGV	Fundação Getúlio Vargas
Fundes	Fundo Estadual de Saúde
GM	Gabinete do Ministro
HC	Hospital de Clínicas
HE	Hospitais de Ensino
IAPI	Incentivo de Atenção à População Indígena
IES	Instituições de Ensino Superior
IFES	Instituições Federais de Ensino Superior
Inamps	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
Lilacs	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MCT	Ministério de Ciência e Tecnologia
MEC	Ministério da Educação
Medline	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

MG	Minas Gerais
MPOG	Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OS	Organizações Sociais
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PPI	Programação Pactuada Integrada
Premus	Programa de Residência Multiprofissional em Saúde
Pet-saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PS	Pronto Socorro
PSDB	Partido da Social-Democracia Brasileira
PSF	Programa Saúde da Família
Pro-hosp	Programa de Melhoria e Fortalecimento dos Hospitais de Minas Gerais
Promed	Programa de Incentivo às Transformações Curriculares nas Escolas Médicas
Prosaúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PS	Pronto Socorro
REHUF	Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
RS	Rio Grande do Sul
SADT	Serviços de Apoio Diagnósticos e Terapêuticos
SAHE	Sistema de Avaliação dos Hospitais de Ensino
Same	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SGETS	Secretaria de Gestão e Educação do Trabalho em Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
Scielo	Scientific Electronic Library Online
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
TA	Termo Aditivo
TI	Tecnologia de Informação
TCU	Tribunal de Contas da União
UAI	Unidade de Atendimento Integrado
UBS	Unidade Básica de Saúde
UF	Unidade Federada
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
Unicamp	Universidade Estadual de Campinas
Unicef	Fundo das Nações Unidas para a Infância
Unifesp	Universidade Federal de São Paulo
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

PARTE I	17
INTRODUÇÃO	18
Um objeto de estudo duplo e complexo: a crise dos hospitais de ensino e a política de contratualização do Ministério da Saúde.....	19
A conformação da política de reestruturação dos hospitais de ensino	21
Um objeto de estudo complexo e composto	26
CAPÍTULO 1 - O PERCURSO METODOLÓGICO.....	27
A metodologia	28
Objetivo Geral	29
Objetivos Específicos	29
Pressupostos	29
O percurso desenvolvido.....	30
Aspectos éticos da pesquisa.....	36
Financiamento da pesquisa.....	37
A implicação do autor com o objeto em estudo	37
Análise dos dados.....	41
Estrutura da tese	44
PARTE II	47
CAPÍTULO 2 – PRIMEIRA ESTAÇÃO	48
O Hospital de Ensino 1 (HE ₁)	49
O impacto do financiamento.....	54
A contratualização: um jogo de atores ausentes	56
A integração do hospital ao sistema de saúde: um jogo difícil	58
O fetiche da informação: a “irracionalidade da racionalização”	62
A contratualização na esteira da racionalização da vida hospitalar.....	64
Contratualização e micropolítica do hospital.....	70
A análise dos dados em processo: as “categorias-espelho” e as “categorias-novidade”	81
Considerações sintéticas sobre as categorias produzidas no HE ₁	82

CAPÍTULO 3 - SEGUNDA ESTAÇÃO	88
O Hospital de Ensino 2 (HE ₂)	89
O impacto do financiamento.....	94
A contratualização: um jogo de atores ausentes	98
A integração do hospital ao sistema de saúde: um jogo difícil	102
O fetiche da informação: a “irracionalidade da racionalização”	106
A contratualização na esteira da racionalização da vida hospitalar.....	108
Contratualização e micropolítica do hospital.....	113
A análise dos dados em processo: produzindo as equações.....	122
CAPÍTULO 4 - TERCEIRA ESTAÇÃO.....	125
O Hospital de Ensino 3 (HE ₃)	126
O impacto do financiamento.....	128
A contratualização: um jogo de atores ausentes	133
A integração do hospital ao sistema de saúde: um jogo difícil	145
A contratualização na esteira da racionalização da vida hospitalar.....	153
Contratualização e micropolítica do hospital.....	158
A análise dos dados em processo: aperfeiçoando o conceito de equação	163
CAPÍTULO 5 - QUARTA ESTAÇÃO	167
O Hospital de Ensino 4 (HE ₄)	168
O impacto do financiamento.....	172
A contratualização: um jogo de atores ausentes	177
A integração do hospital ao sistema de saúde: um jogo difícil	185
O fetiche da informação: a “irracionalidade da racionalização”	199
A contratualização na esteira da racionalização da vida hospitalar.....	200
Contratualização e micropolítica do hospital.....	206
A contratualização e a dinâmica política local	223
A construção da metodologia em processo: produzindo uma nova categoria empírica	231
PARTE III	238
CAPÍTULO 6 - A POLÍTICA DE CONTRATUALIZAÇÃO NA VISÃO DOS GESTORES FEDERAIS ...	239
Os gestores federais entrevistados	240
Avaliação geral da política pelos gestores federais.....	243
O impacto do financiamento.....	249
A integração do hospital ao sistema de saúde: um jogo difícil	253
O fetiche da informação: a “irracionalidade da racionalização”	259
A contratualização na esteira da racionalização da vida hospitalar (e o baixo impacto da política no modo de funcionamento do hospital).....	261

Contratualização e micropolítica do hospital.....	270
- <i>A micropolítica na esfera federal: dificuldades e descontinuidade na condução da política</i>	270
- <i>Uma política, duas regras: o MEC resolve deixar de ser ator secundário</i>	276
- <i>As (novas) mudanças que estão sendo articuladas</i>	279
A contratualização: um jogo de atores ausentes	281
- <i>A fragilidade da coordenação da política de contratualização em âmbito federal</i>	281
- <i>Não implementação das Comissões de Acompanhamento dos Contratos de Metas: ponto crítico (e visível) da política</i>	285
- <i>Não existe o gestor local potente e qualificado idealizado</i>	288
- <i>Onde estão os atores sociais previstos na política?</i>	291
PARTE IV.....	295
OS TRÊS PLANOS ANALÍTICOS: APRENDIZADOS COM O ESTUDO.....	296
Construindo a análise do estudo: percorrendo seus três planos analíticos	297
CAPÍTULO 7 - PRIMEIRO PLANO ANALÍTICO: Indicações sobre o grau de alcance das diretrizes e objetivos contidos nos quatro grandes eixos estruturantes da política de contratualização dos HEs.....	300
Mudanças na atenção à saúde.....	302
Mudanças nos processos de gestão dos HEs	307
Mudanças na formação e educação permanente.....	315
Mudanças nos processos de produção de conhecimentos e incorporação tecnológica a partir das necessidades do SUS	318
Outras questões para além dos eixos estratégicos	320
Mais discussão.....	321
CAPÍTULO 8 – SEGUNDO PLANO ANALÍTICO: As apostas implícitas na formulação original da política e indicações para uma melhor compreensão dos limites e pressupostos teóricos e conceituais	324
As apostas implícitas na formulação original da política	325
Primeira aposta: que haveria gestores, em todas as esferas de governo, com capacidade de implementar e acompanhar a política, protagonizando articulações políticas e promovendo os ajustes necessários.....	328
Segunda aposta: que as instâncias colegiadas e de controle social propostas teriam protagonismo e competência para o acompanhamento efetivo da política	330
Terceira aposta: que a utilização intensiva da informação, em bases lógicas e racionais, seria condição necessária e suficiente para dar suporte para o acompanhamento e ajustes necessários da política.....	331
Quarta aposta: que haveria sistemas locais de saúde que garantissem tanto as atividades de atenção básica como de atendimento de urgência e emergência, permitindo que os HEs desempenhem o papel de serviço qualificado de referência	332

Quinta aposta: que haveria a continuidade e atualização permanente da política por parte do Ministério da Saúde, em particular o perfil de financiamento que conseguisse manter o impacto inicial dos recursos financeiros	334
Sexta aposta: que haveria uma capilarização das diretrizes e princípios da política de contratualização, conseguindo a participação, envolvimento e adesão do corpo funcional dos hospitais	335
Em resumo	337
Algumas conclusões neste segundo plano analítico	339
CAPÍTULO 9 - TERCEIRO PLANO ANALÍTICO: Elementos teórico-conceituais para uma melhor compreensão dos achados do estudo	345
Sobre o conceito de razão: origens e horizontes	347
As origens	
A Modernidade.....	351
A Teoria Crítica da Escola de Frankfurt: os fundamentos de otimismo da modernidade postos em xeque.....	360
A dominação sem sujeito	368
O mundo administrado	371
Sujeitos e poder na política de contratualização: marcas do estrutural-funcionalismo	376
Política de contratualização e processo de racionalização em curso.....	378
Contratualização, um jogo de atores ausentes	380
O fetiche da informação ou a complexa equação exterioridade/interioridade na proposta de acompanhamento e avaliação da política de contratualização	385
Então, uma aporia	391
DE VOLTA AO COMEÇO: O DIFÍCIL EXERCÍCIO DA ANÁLISE DE IMPLICAÇÃO	393
Retomando a análise de implicação	394
Uma tríplice intercessão entre sujeitos	396
De volta à gestão do sistema local de saúde.....	398
O processo de certificação e contratualização	401
Impactos da contratualização em SBC.....	405
Em autoanálise a partir da política de contratualização	408
Lições que aprendi.....	412
Lidando com a racionalização do mundo do hospital.....	414
Considerações quase finais	416
Agora, considerações finais mesmo	421
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	423
ANEXOS	435
ANEXO I -	436
ANEXO II -	445

PARTE 1

INTRODUÇÃO

Um objeto de estudo duplo e complexo: a crise dos hospitais de ensino e a política de contratualização do Ministério da Saúde

Os hospitais de ensino (HE) foram criados, de modo geral, para apoiar a formação de profissionais de saúde de nível universitário. As funções ensino e pesquisa sempre foram essenciais a essas instituições e só a partir da década de 1990 todos os serviços prestados pelos HEs passaram a ser remunerados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Foram assim denominados pela Portaria SNES/MS nº. 15/91, que criou, exclusivamente para eles, o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária em Saúde (Fideps). Para serem reconhecidos pelo Ministério da Educação (MEC) como HEs, tinham de atender a alguns requisitos. A Portaria GM/MS nº. 1.480/99 estabeleceu, para cada hospital habilitado ao recebimento do Fideps e de acordo com a sua classificação e situação de gestão, um montante de recursos mensais destinados ao pagamento do incentivo. As condições de repasse deveriam ser estabelecidas por meio de um contrato de metas (que, com raríssimas exceções, nunca passou de mera formalidade). O objetivo de todas essas medidas era:

Ampliar a cooperação dos HEs com o sistema de saúde e institucionalizar a formação e a pesquisa aí realizadas. No entanto, o Fideps não serviu para estimular ou fortalecer as atividades de ensino e pesquisa nos hospitais (BRASIL, 2004a, p. 98).

Os HEs federais, até 2004, foram custeados de forma compartilhada pelo MEC, responsável pelo pagamento do pessoal, e pelo Ministério da Saúde (MS), cujos recursos, repassados contra a prestação de serviços, acrescidos do Fideps, eram utilizados para as outras despesas de custeio e investimento. Os HEs estaduais ou municipais contavam com apoio financeiro de suas respectivas esferas de governo, de programas do nível federal, além do pagamento de sua produção junto ao SUS.

Em 2003, R\$ 481 milhões por ano foram destinados no orçamento do MS só para o pagamento do Fideps. Havia muitas críticas e questionamentos por parte de gestores locais e diretores de HEs tanto em relação aos critérios de concessão quanto ao pagamento para hospitais que não desenvolviam atividades como HEs. Entretanto, esses recursos não contribuíram de maneira significativa para promover uma efetiva integração dos HEs à rede de serviços do SUS e, ao longo do tempo, foram sendo

incorporados ao custeio dos hospitais, em uma tentativa de contornar problemas de financiamento de natureza variada (BRASIL, 2006a).

Não há dúvidas sobre a importância social desses hospitais, que participam da formação de um número expressivo de profissionais de saúde, sendo responsáveis, ainda, pela produção de grande parte da pesquisa clínica na área biomédica produzida no Brasil. São também importantes unidades de prestação de serviços, em particular de serviços de alta complexidade. Em algumas regiões do País são imprescindíveis, pois são as únicas unidades prestadoras de serviços de alta complexidade.

Em 2003, eram reconhecidos 148 estabelecimentos como HEs. Desses, 41 hospitais pertenciam ao MEC, três eram federais subordinados ao MS, 47 hospitais estaduais, seis municipais, 49 filantrópicos e dois privados. De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em 2004 os HEs representavam apenas 2% da rede hospitalar e 10,9% dos leitos do SUS no País. Entretanto, produziram mais de 12% das internações hospitalares, com um valor médio de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) de R\$ 800 e efetuaram 11,62% da produção ambulatorial. Além disso, 25,6% dos leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) da rede pública de saúde estavam sob sua responsabilidade e 7,6% dos 386 mil procedimentos de alta complexidade foram realizados pelos HEs. Só em 2002 o MS repassou aos HEs mais de R\$ 2,5 bilhões (BRASIL, 2003a).

A alta relevância social, todavia, não impediu que os HEs atravessassem, em vários momentos de sua história, períodos de crise crônica e agonizante em seu funcionamento. O problema financeiro era o mais evidente. Hospitais vinculados às universidades federais alegavam possuir mais de R\$ 300 milhões em dívidas, acumuladas por meio de suas fundações de apoio. A mesma lógica começava a comprometer os HEs estaduais, submetidos à intensa restrição de recursos (BRASIL, 2004b).

No início de 2003, portanto, os HEs pareciam viver uma nova crise. No contexto da crise e da alta expectativa gerada pela eleição de Luiz Inácio Lula da Silva, foi desencadeada intensa pressão sobre o MS e o MEC no Congresso Nacional pela Associação Brasileira dos Hospitais Universitários e de Ensino (Abrahue), em particular por meio da ação da Frente Parlamentar da Saúde. Audiências públicas foram convocadas pela Câmara dos Deputados para discutir a crise dos HEs. Na mídia,

aumentava a veiculação de matérias relatando as dificuldades para se manter o funcionamento desses hospitais (BRASIL, 2003a).

O primeiro movimento interno no âmbito do MS foi uma ampla discussão sobre os determinantes da crise (ou das crises) dos HEs, fator decisivo para a criação da Comissão Interinstitucional. Entre os dirigentes dos HEs, técnicos do MEC e do MS, assim como para alguns estudiosos do tema (VASCONCELOS, 2002), foi se consolidando a percepção de que a crise dos hospitais tinha vários determinantes que ultrapassavam a crise financeira, a mais evidente e discutida, o que exigia um processo de análise mais elaborado da crise, compreendida como ‘crônica’ ou recorrente, percebida de diferentes maneiras pelos distintos atores envolvidos e que assumia múltiplas dimensões em cada realidade dada. Era necessário pensar outros determinantes. As soluções para a crise, portanto, não poderiam ficar restritas ao aumento de recursos financeiros. Em 1999, um relatório do Conselho Nacional de Saúde já propunha que a crise desses estabelecimentos deveria ser:

“Analisada e entendida como decorrente da crise institucional por que passa o aparelho formador na área da Saúde; da crise de financiamento e da estrutura de gastos do Sistema de Saúde e de condução das políticas públicas” (BRASIL, 2003b, p. 61).

Tomando como base a síntese proposta por Vasconcelos (2002), passou-se a considerar a possibilidade de se caracterizarem e distinguirem seis dimensões para a crise dos HEs: política, gerencial, assistencial, financeira, acadêmica e social. A partir dessa constatação, o governo optou por enfrentá-la em suas diversas dimensões por meio da formulação de uma política global consistente. Reconhecia-se que a forma convencional de lidar com a crise dos HEs vinha sendo pautada pelo imediatismo, com proposições e iniciativas direcionadas para a busca de recursos ou voltadas para a modernização técnica e gerencial.

A conformação da política de reestruturação dos hospitais de ensino

O governo federal, em parceria com diversas entidades, concebeu, a partir de 2003, um programa de reestruturação que contempla a transferência de significativos recursos financeiros aos gestores municipais e estaduais do SUS, com o objetivo de

promover profundas mudanças nos HEs a partir da relação contratual e do financiamento público desses estabelecimentos (BRASIL, 2004b).

Esse processo, definido como 'contratualização', é parte de uma política que pretende restabelecer os compromissos de gestores do SUS e HEs a partir de quatro eixos estratégicos: o modo de produzir a assistência e o modo de inserção desses estabelecimentos no SUS; o modo de gerir os HEs; a pesquisa, o ensino e a formação de trabalhadores da saúde (graduação, pós-graduação e educação permanente); e a avaliação e a incorporação tecnológica (BRASIL, 2004c).

O MS defendeu, publicamente, que seria necessário rever o papel dos HEs nessas quatro dimensões, não concorrentes ou excludentes. A proposta consistia na alteração do padrão organizativo desses hospitais e na transformação das suas lógicas de gestão, com o questionamento dos arranjos de poder instituídos. Tratava-se de apostar em mudanças substanciais no modelo de atenção, investindo na relação do HE com o SUS (passando de fato a ser parte do sistema), sabendo que enfrentar tal mudança demandaria reconhecer a complexidade que processos dessa natureza requerem. Além disso, seria fundamental articular esse processo à reorientação do ensino e da pesquisa, bem como promover a revisão dos mecanismos de financiamento (BRASIL, 2006a).

A partir dos elementos acima dispostos, o governo federal, sensível à pressão crescente fortemente vinculada pela mídia, ciente da gravidade da situação e reconhecendo a necessidade de criar uma instância de negociação permanente na qual as diferentes visões e interesses expressos pelos atores na cena política pudessem ser canalizadas para a busca de soluções e a formulação de propostas para a crise dos HEs, decidiu criar a Comissão Interinstitucional para a Reestruturação dos Hospitais de Ensino (Portaria Interministerial n.º 562/MS-MEC-MCT-MPOG, de 12 de maio de 2003).

A Comissão Interinstitucional, que tinha como objetivo avaliar e diagnosticar a situação dos HEs no Brasil, visando a reorientar ou reformular a política para o setor, era composta por representantes de várias instituições: Ministério da Saúde; Ministério da Educação; Ministério de Ciência e Tecnologia; Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; Associação Nacional de Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior (Andifes); Associação Brasileira de Reitores de Universidades Estaduais e Municipais; Associação Brasileira de Hospitais de

Universitários e de Ensino (Abrahue); Conselho Nacional de Saúde; Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (Conass); Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems); Associação Brasileira de Educação Médica (Abem); Associação Brasileira de Enfermagem (Aben); Direção Nacional dos Estudantes de Medicina (Denem); Executiva Nacional dos Estudantes de Enfermagem (Enen); Comissão de Seguridade Social e Família e Comissão de Educação da Câmara dos Deputados (BRASIL, 2004a, p. 91).

Em curto espaço de tempo foram construídos alguns consensos. Entre eles, a necessidade de desencadear um processo de revisão da certificação dos HEs ainda em 2003, reorientando a relação entre o MS e o MEC com as referidas instituições. Na nova lógica pactuada, a certificação deveria incorporar a possibilidade de avaliação e fornecimento de informações contínuas sobre o perfil das instituições, bem como a inclusão de critérios mínimos relacionados com as atividades de ensino, pesquisa e assistência e aqueles relacionados com o grau de incorporação dos HEs no SUS.

No contexto dos debates produzidos nessa Comissão, em outros espaços e com distintos atores sociais, foi sendo concebida a nova política para os HEs. De maneira prioritária, apontava-se a necessidade de mudança do modelo de financiamento e contratualização com a adoção de um sistema global que permitisse a superação do modelo de pagamento por produção, a ser iniciado com os hospitais públicos federais/estaduais e filantrópicos, uma vez que, desde o primeiro momento, deixou-se clara a intenção de não incluir as instituições privadas lucrativas nessa modalidade de financiamento. Assim, consolidou-se aos poucos no MS a proposta de instituir um modelo misto de financiamento. Parte dos recursos seria transferida por orçamentação e outra parte por meio de mecanismos indutores da eficiência/eficácia.

Esse novo mecanismo exige a implantação de contrato de metas, que possa redefinir compromissos dos HEs em termos assistenciais (produção de serviços de saúde orientada pelas necessidades da população e do SUS); de ensino, formação e educação permanente; como polo de referência para inserção e análise tecnológica em saúde e como espaço privilegiado de produção de conhecimentos e pesquisas em saúde. Pressupõe, ainda, um potencial indutor de diversas políticas prioritárias do SUS com interfaces com os HEs, como a Política Nacional de Humanização (PNH), a participação dos HEs nos sistemas estaduais de urgência e a implantação de

mecanismos de gestão participativa e controle social (CHIORO DOS REIS e CECÍLIO, 2009).

Em maio de 2004, em sua 134^a Ordinária, o MS apresentou ao Conselho Nacional de Saúde a proposta de Reforma do Sistema de Atenção Hospitalar Brasileiro, aprovada por unanimidade. Destaque-se que a proposta foi amplamente discutida e aprovada também pela Comissão Intergestores Tripartite (BRASIL, 2004b).

A formalização contratual proposta estabelece que a unidade de saúde passe a cumprir metas quali-quantitativas fixadas por meio de um plano operativo anual. O processo tem também a finalidade de equacionar custos e garantir a eficiência e efetividade dos serviços prestados. Concebeu-se, ainda, uma forma de acompanhamento, controle e avaliação em relação às metas acordadas, de forma que pudesse haver revisão e adequação das cláusulas do contrato ou mesmo sua suspensão – temporária ou definitiva. Uma vantagem dessa forma de financiamento refere-se ao fato de que o contratado, após cumprir as metas pactuadas, e havendo excedente de recursos, poderá usá-los segundo suas necessidades, considerando-se a necessidade e o perfil populacional (BRASIL, 2006a).

A política de contratualização induz o HE a trabalhar com planejamento estratégico plurianual participativo, no curto e médio prazos, além de instituir controles baseados em sistema de informações gerenciais. Seu corpo gerencial deve pôr em prática a tomada de decisões a partir do monitoramento de um sistema de avaliação de desempenho de gestão. As metas firmadas no contrato entre o gestor e a unidade de saúde devem estar sujeitas a um rígido controle de resultados. Por outro lado, a regulação, o controle, a avaliação e o planejamento do sistema de saúde constituem tarefas fundamentais e indelegáveis dos gestores públicos. O processo de contratação de serviços de saúde deve ser concebido como o resultado de um correto planejamento do sistema de saúde e concorrer para seu controle, planejamento e avaliação. Portanto, a capacidade de exercer a função reguladora deve estar presente no processo de gestão de municípios e unidades federadas (CHIORO DOS REIS e CECÍLIO, 2009).

Em abril de 2004, após seis meses de negociação no âmbito da Comissão Interinstitucional, foi finalmente publicada a Portaria Interministerial n^o. 1.000/04-MS/MEC, normatizando e instituindo o processo de certificação dos HEs, primeiro

passo para que os hospitais viessem a pleitear a adesão ao Programa de Reestruturação. O passo seguinte foi o estabelecimento do Programa de Reestruturação dos HEs no âmbito do SUS, por meio da Portaria 1.006/04, para os hospitais federais vinculados ao MEC, e da Portaria 1.702/04, para os demais HEs.

Nessas portarias, definiu-se contratualização como:

“O meio pelo qual as partes, o representante legal do hospital de ensino e o gestor local do SUS estabeleceriam metas quantitativas e qualitativas do processo de atenção à saúde, de ensino e pesquisa e de gestão hospitalar que deveriam ser acompanhadas e atestadas pelo Conselho Gestor da Instituição ou pela Comissão Permanente de Acompanhamento de Contratos” (BRASIL, 2006a, p. 4).

Ao implantar o Programa de Reestruturação, o MS mudou também a forma de financiamento dos HEs, que passaram a receber também de acordo com o cumprimento de metas firmadas com o gestor. Até então, o repasse de recursos era baseado apenas na produção de serviços. O novo modelo de financiamento previa orçamento global misto para os HEs, uma vez que apenas os procedimentos de alta complexidade e que compõem o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec) continuariam sendo pagos por produção. Já a área de média complexidade, que apresentava maior estrangulamento (e déficit) no SUS, seria orçamentada de acordo com recursos adicionais calculados a partir da série histórica de produção de cada instituição. Quanto maior a oferta de serviços ao SUS, maior o incremento de recursos para os HEs, reconhecendo e privilegiando a parceria com o sistema público de saúde. O valor orçamentado incluiu a média complexidade e os recursos referentes ao Fideps e ao Incentivo de Integração ao Sistema Único de Saúde (IntegraSUS), entre outros. Esses recursos foram acrescidos do valor correspondente ao novo incentivo à contratualização (cujas regras foram detalhadamente em portarias específicas), passando a ser transferidos regular e mensalmente aos HEs.

O programa de reestruturação dos HEs constitui, hoje, um marco na história recente do SUS. Sua formulação foi iniciada em 2003 num contexto de crise (crônica) por atores sociais. Embora disputassem diferentes projetos, eles construíram, em cena, consensos e acordos que terminaram por dar viabilidade à política engendrada em âmbito do governo federal, incluindo a captação de novos recursos financeiros disputados intensamente entre outras prioridades sanitárias e governamentais.

Entre 2003 e 2008, foram certificados 151 estabelecimentos como HEs, sendo que 119 celebraram a contratualização com o gestor do SUS (78,8%), gerando um impacto, em valores anualizados, equivalente a R\$ 345 milhões e um incremento de novos recursos superior a 12%.

Um objeto de estudo complexo e composto

A presente investigação toma como objeto de estudo a crise dos hospitais de ensino e a estratégia de sua superação conduzida pelo Ministério da Saúde através da denominada Política de Reestruturação dos HEs.

Trata-se, portanto, de um **objeto de pesquisa que se pode caracterizar como “composto e complexo”**. Composto (duplo), pois terá que dar conta – simultaneamente – de duas ordens de questões: a) a complexidade própria dos HEs e sua crise multideterminada, ou seja, ela própria marcada pela complexidade; b) uma política de intervenção também marcada pela complexidade, seja pelo modo como foi formulada¹, seja pelo necessário e custoso processo de negociações que sua implementação implica. Interessa, particularmente, compreender o impacto de tais estratégias em organizações complexas como os hospitais de ensino.

Com o objeto assim definido, o fio condutor da pesquisa foi o de caracterizar possíveis transformações na institucionalidade do hospital, seja do ponto de vista mais “interno” ou “micropolítico”, seja em suas relações com outros atores com influência direta no seu funcionamento.

Como perguntas condutoras do estudo: qual a força instituinte da política de contratualização? Em que ela é instituinte? Poderia ter havido mudanças não esperadas ou não previstas na política de contratualização?

¹ Com a adoção de mecanismos de contratualização, pretendia-se atingir diferentes e desafiadoras expectativas: legitimar e efetivar todo o processo de discussão e definição de demandas, metas quantitativas e qualitativas por serviços; indicar as obrigações e responsabilidades de cada um dos atores envolvidos; definir critérios e instrumentos de monitoramento, avaliação de resultados e cumprimento das metas estabelecidas; promover desenvolvimento de atividades de educação permanente dos profissionais da rede; fortalecer os mecanismos de participação e controle social; redefinir a inserção clara na rede de atenção à saúde a partir da definição da missão do HE dos mecanismos de referência e contrarreferência com as demais unidades; e suscitar a regulação do sistema de saúde como um todo. O que, convenhamos, não é pouca coisa.

CAPÍTULO 1

O percurso metodológico

A metodologia

O estudo, de caráter qualitativo, teve como objetivo **analisar o impacto da política de contratualização implantada pelo governo federal em hospitais certificados e contratualizados pelos ministérios da Saúde e da Educação como hospitais de ensino a partir de novembro de 2004, em particular sua potência de induzir e viabilizar um processo de reforma comprometido com a viabilização e qualificação do Sistema Único de Saúde.**

Procurou-se caracterizar a percepção dos gestores e dos atores institucionais diretamente vinculados à direção do HE sobre o processo de contratualização do hospital e as possíveis mudanças, resistências e dificuldades que ocorreram a partir dela.

Considerando o significativo potencial que o governo tem para produzir mudanças, tomou-se o processo de contratualização do HE como objeto de análise, interrogando quais mudanças foram desencadeadas na vida da organização hospitalar, tanto no que se refere a alguns aspectos do seu funcionamento interno, como em relação à sua inserção no SUS.

Buscou-se caracterizar, também, a relação da direção do HE com o gestor do SUS na condução da política de contratualização, bem como analisar o possível impacto das relações do HE com o sistema locorregional de saúde, em particular a configuração de redes de cuidado e prestação de serviços mais articuladas e cuidadoras, a constituição de um novo modo de relacionamento com a central de regulação de vagas, com o sistema estadual de urgência/emergência, a fim de se caracterizar uma significativa alteração do perfil assistencial do HE.

Procurou-se compreender o que acontece com uma política governamental com aparente forte poder de indução – construída a partir de princípios ético-políticos comprometidos com o fortalecimento do SUS e pautada por cuidadosa discussão com atores estratégicos –, quando seu resultado depende dos diferentes responsáveis por sua efetiva aplicação em organizações complexas, como os HEs.

Assim sendo, destacam-se os seguintes objetivos para a pesquisa:

Objetivo Geral

Caracterizar e analisar o impacto da política de reestruturação (certificação/contratualização) dos hospitais de ensino conduzida pelo Ministério da Saúde a partir de 2004.

Objetivos Específicos

- a) Avaliar o grau de alcance das principais estratégias da política definidas para cada um de seus quatro grandes eixos;
- b) Caracterizar o posicionamento (postura, compreensão, resistências e/ou apoio) dos diferentes atores institucionais do HE em relação à proposta;
- c) Caracterizar o protagonismo dos gestores locais do SUS na implementação da política;
- d) Identificar as dificuldades na implementação dos instrumentos de contratualização.

Pressupostos

O presente estudo parte dos seguintes pressupostos:

- a) A política de contratualização dos HEs apresentou capacidade de induzir mudanças na vida hospitalar;
- b) As mudanças não se deram necessariamente no sentido pensado originalmente pelos formuladores da política, assumindo diferentes configurações conforme as características e contextos em que foram efetivamente implementadas, marcadas pela micropolítica de cada estabelecimento;
- c) A heterogeneidade no processo de implementação pode ser atribuída, em grande parte, aos diferentes protagonismos assumidos pelos gestores do SUS (estadual ou municipal) no processo de contratualização;
- d) A substituição dos atores em situação de governo em âmbito federal que conduziam a política como uma aposta de transformação dos HEs resultou em descontinuidades e diminuição da potência da política, limitando seu alcance.

O razoável grau de “precisão” ou acerto de tais pressupostos iniciais do estudo, em boa medida “confirmados” no desenvolvimento da pesquisa, pode ser explicado por duas razões principais: a) **a implicação do autor com o estudo**², por ter sido um dos formuladores e condutores da política; b) **o referencial teórico adotado no estudo** que, de partida, alerta para os limites da normatização e indução almejadas pelas políticas governamentais, com suas características racionalizadoras e funcionalizantes, particularmente por desconsiderarem a marcada autonomia e o forte protagonismo dos trabalhadores de saúde e as características singulares das organizações de saúde, como desenvolvido pelo orientador do estudo nos últimos anos (CECÍLIO, 1999, 2000, 2007a, 2007b; CECÍLIO e MERHY, 2003; CECÍLIO e MENDES, 2004; LINS e CECÍLIO, 2008). Em 2008, o autor foi seu assistente na disciplina “Teoria da Organização e Gestão em Saúde”, oferecida no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Unifesp, oportunidade em que pôde conhecer de modo mais sistematizado sua produção teórica sobre as organizações de saúde em geral – o hospital, em particular – e perceber o quanto tal abordagem poderia contribuir para a presente investigação.

O percurso desenvolvido

A investigação foi conduzida por meio de uma análise de política pública, desenvolvida através de estudo de casos múltiplos (YIN, 2003), com estabelecimentos hospitalares certificados e contratualizados como HEs. Segundo Alves-Mazzotti (2006), em excelente revisão sobre o tema, estudos de casos múltiplos são aqueles nos quais vários estudos são conduzidos simultaneamente: vários indivíduos (como, por exemplo, professores alfabetizadores bem-sucedidos), várias instituições (diferentes escolas, no presente caso, hospitais, que estão desenvolvendo um mesmo projeto), por exemplo.

² “A **implicação** deseja pôr fim às ilusões e imposturas da ‘neutralidade’ analítica herdada da psicanálise e, de modo mais geral, de um cientificismo ultrapassado, esquecido de que, para o ‘novo espírito científico’, **o observador já está implicado no campo de observação**, de que sua intervenção modifica o objeto estudado, transforma-o. Mesmo quando esquece, o analista (ou pesquisador) é sempre, pelo simples fato de sua presença, um elemento do campo” (ALTOÉ e LOURAU, 2003).

Para a obtenção dos dados, foi realizada análise documental e entrevistas semiestruturadas com os principais atores envolvidos na contratualização de quatro HEs, sejam eles gestores ou dirigentes hospitalares.

A despeito da importância do objeto de estudo (a política de contratualização dos hospitais de ensino), poucas experiências em âmbito nacional e internacional foram documentadas. A revisão bibliográfica, empreendida nas bases de dados (LILACS, MEDLINE e SCIELO) a partir de palavras-chaves relacionadas ao objeto de estudo³, foi praticamente infrutífera, em parte por se tratar de mudanças organizacionais a partir de políticas públicas implementadas há pouquíssimo tempo. Entretanto, deve-se também considerar que não há cultura de avaliação sistematizada em intervenções que envolvam processos de contratualização de organizações hospitalares tanto em nosso País como no exterior.

Ao longo do desenvolvimento do presente estudo, uma tese de doutoramento foi defendida por Lima (2009) junto à Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, com a qual se busca produzir um diálogo em determinados momentos. A partir de uma grade avaliativa, a tese intitulada *“Possibilidades e limites da contratualização para o aprimoramento da gestão e da assistência em hospitais: o caso dos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro”* procura identificar o impacto da contratualização na dimensão assistencial e de qualificação da gestão em quatro HEs federais, analisando possibilidades e limites da contratualização para a melhoria do desempenho, o incremento da prestação de contas, o aprimoramento da gestão, a melhoria da assistência e a maior inserção dos hospitais de ensino na rede de serviços de saúde.

Além desta tese, cabe ainda citar artigo de Lobo *et al.* (2009) analisando o impacto da reforma de financiamento de hospitais de ensino no Brasil e uma dissertação de mestrado, defendida por Caldas (2008) junto à Escola de Administração de Empresas da Fundação Getúlio Vargas, que analisa o papel do dirigente hospitalar na percepção de diretores de hospitais universitários vinculados às instituições federais de ensino superior.

³ Contratualização, contratos, contrato e hospital, contrato e hospital de ensino, contrato de gestão e hospital, contracting, contracting management, contracting hospitals, health policy and teaching hospitals; health management and teaching hospitals; Hospital administration and teaching hospitals.

Para a realização da investigação, foram selecionados quatro estabelecimentos hospitalares de ensino que compõem o grupo das primeiras instituições que aderiram à política de contratualização dos HEs, ainda em 2004, comandada pelo MS.

O primeiro hospital de ensino selecionado, de agora em diante denominado HE₁, foi escolhido por pertencer à instituição que acolhe o doutorado e a linha de pesquisa na qual se insere o presente estudo. Foi utilizado, ainda, para abrir o campo e testar os instrumentos da pesquisa. Os demais estabelecimentos escolhidos foram selecionados por sorteio entre os hospitais de ensino certificados e contratualizados em novembro de 2004, ou seja, pertenciam ao primeiro grupo composto por 21 hospitais inseridos pelo MS na nova política de contratualização, sendo sete de natureza pública federal, sete públicos estaduais e outros sete filantrópicos.

Os HEs que atendiam esse quesito foram dispostos nesses três subgrupos, de tal forma que foi possível sortear um HE em cada subgrupo de sete hospitais. Assim, foi escolhido aleatoriamente o HE₂, pertencente ao grupo de hospitais de ensino vinculados às universidades públicas estaduais; o HE₃, do grupo de hospitais de ensino filantrópicos, e o HE₄, representando as universidades públicas federais.

Por fim, foram realizadas, em Brasília, entrevistas com os gestores federais vinculados aos Ministérios (e suas respectivas áreas governamentais) responsáveis diretamente pela condução da política de certificação e contratualização dos HEs.

As informações contidas no presente estudo foram obtidas por meio de entrevistas com 32 atores sociais entrevistados entre abril de 2008 e novembro de 2009, realizadas nos próprios hospitais, nas secretarias municipais e estaduais de saúde responsáveis pela gestão desses estabelecimentos hospitalares ou na sede dos respectivos ministérios, que resultaram em aproximadamente 85 horas de gravação.

As entrevistas, pré-agendadas e gravadas mediante autorização dos entrevistados, foram conduzidas diretamente pelo autor e por pesquisadores vinculados à linha de pesquisa “Política, Planejamento e Gestão em Saúde” do Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo.

Conforme já apontado anteriormente, a pesquisa foi realizada tomando-se por base os quatro eixos prioritários da política de contratualização dos HEs (gestão, assistência, ensino e avaliação tecnológica). As entrevistas foram transcritas, lidas e

submetidas à análise temática, como preconizada por Bardin (2009). A autora explica que *“análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações”* (p.33). Ressalta que podem ser bastante diferentes os procedimentos de análise, dependendo dos objetivos dos investigadores e que, entre outros, este método pode servir para *“radiografar a rede das comunicações formais e informais de uma empresa...”* (p.33).

De acordo com ela, *“a descrição analítica funciona segundo procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”* (p.37).

Para Bardin (2009), *“o analista, no seu trabalho de poda, é considerado como aquele que delimita as unidades de codificação, ou as de registro. Estas, consoante o material ou código, podem ser: a palavra, a frase, o minuto, o centímetro quadrado”* (p.38). Como uma das formas de tratar o material, a análise por categoria consiste em: *“espécie de gavetas ou rubricas significativas que permitem a classificação dos elementos de significação constitutivos da mensagem”* (p.38).

A autora explica que *“o interesse não está na descrição dos conteúdos, mas sim no que estes nos poderão ensinar após serem tratados (por classificação, por exemplo) relativamente a outras coisas”,* que o analista é como um arqueólogo e que *“a intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção, inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não)”*. Esclarece que inferir é *“deduzir de maneira lógica conhecimentos sobre o emissor da mensagem ou sobre o seu meio”* (p.39), e que interpretação é *“a significação concedida a estas características”* (p.40). Assim, através da descrição, inferência e interpretação, responde-se dois tipos de problemas: o que levou a determinado enunciado (causas da mensagem) e quais as consequências que determinado enunciado vai provavelmente provocar (efeitos da mensagem).

A autora enfatiza que *“a análise de conteúdo procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça... é uma busca de outras realidades através das mensagens”* (p.45).

Consideramos que a construção de categorias empíricas, na linha recomendada por Bardin, é de grande valia para a produção de certo ordenamento do material empírico, possibilitando uma leitura mais sistematizada pelo pesquisador da grande quantidade de dados disponíveis. No entanto, a categorização será sempre um

procedimento arbitrário, a depender dos interesses, referencial teórico e experiência do pesquisador, entre outras coisas. Assim, a categorização sempre sofrerá de uma “tensão constitutiva”, que lhe é própria, porque haverá o que “transborda” ou foge o tempo todo do ordenamento pretendido; aquilo que fica “fora” das categorias que estão sendo utilizadas. Chegamos a denominar, na metodologia, de “não-categorias” esses elementos que aparecem, mas não chegam a alcançar densidade suficiente ou força para se impor como categoria. Contudo, estão ali no material empírico, não podem ser ignorados. Estivemos conscientes disso o tempo todo, e assumimos os riscos de irmos utilizando as mesmas categorias empíricas para o recorte dos dados dos vários hospitais, trabalhando com o conceito de intensidades diferentes, como veremos ao apresentarmos os procedimentos para a análise dos dados, para produzirmos as nuances e as singularidades de cada HE. À medida que caminhávamos pela análise do material, esses “transbordamentos”, essas “fugas” estavam sempre presentes, mas de alguma forma as subsumíamos às categorias já dadas.

Os gestores e dirigentes dos HEs selecionados foram inicialmente convidados a identificar, de maneira espontânea, o que ocorreu com o HE após a implantação da política de contratualização em 2004. Essa “manifestação espontânea” (que buscou captar que aspectos da política são lembrados de forma não induzida pelo entrevistador) foi complementada por uma entrevista semiestruturada (anexo I). As perguntas da entrevista foram elaboradas a partir de algumas diretrizes que compõem a política de contratualização dos HEs, de acordo com os instrumentos legais que criaram o programa⁴. A escolha das diretrizes foi feita por sua presumível sensibilidade em relação às grandes estratégias do programa.

As entrevistas procuraram focar elementos que permitissem analisar os pressupostos do estudo. Após a entrevista inicial, ou em contatos prévios realizados diretamente pelo pesquisador com o diretor-superintendente de cada HE selecionado, foi solicitada a indicação de outros atores internos ao hospital que pudessem aportar novos elementos significativos para uma melhor compreensão do impacto da política de contratualização.

⁴ Portaria Interministerial MEC/MS nº. 1006, de 27 de maio de 2004, que cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do MEC e a Portaria GM/MS nº. 1254, de 25 de junho de 2004, que define os recursos financeiros relacionados ao Programa Interministerial de Reforço e Manutenção dos Hospitais Universitários.

Além da entrevista com os diretores dos HEs e os principais atores por estes indicados, o estudo também contemplou a realização de entrevistas com os gestores estaduais e municipais, de acordo com a esfera de governo responsável pela gestão do estabelecimento hospitalar de ensino. Pretendeu-se, com isso, caracterizar o contexto da contratualização, a visão dos gestores sobre a política e seus mecanismos de acompanhamento. Foram entrevistados os secretários de saúde ou os dirigentes responsáveis pela coordenação e acompanhamento do contrato de gestão com a instituição de ensino.

A seguir, apresenta-se um quadro síntese das entrevistas realizadas para a consecução da presente pesquisa:

Quadro-síntese das entrevistas de campo:

Campo	Cargo / Função	Pesquisador(a)	Data
HE ₁	Superintendente do HE ₁	Ademar Arthur Chioro dos Reis	01/04/08 20/05/08
HE ₁	Diretor administrativo do HE ₁	Ademar Arthur Chioro dos Reis	20/05/08
HE ₁	Gerente de desenvolvimento e informação do HE ₁	Ademar Arthur Chioro dos Reis	20/05/08
HE ₁	Coordenador Médico dos Ambulatórios do HE ₁	Ademar Arthur Chioro dos Reis	13/06/08
HE ₁	Diretora de Enfermagem do HE ₁	Ademar Arthur Chioro dos Reis	28/08/08
HE ₁ e HE ₂	Gestor responsável pela política de contratualização dos HEs no âmbito da SES	Ademar Arthur Chioro dos Reis	14/03/08
HE ₂	Diretor-Superintendente do HE ₂	Ademar Arthur Chioro dos Reis	06/08/09
HE ₂	Diretora de Assistência do HE ₂	Luiz Carlos de Oliveira Cecílio Aloisio Cuginotti	05/08/09
HE ₂	Diretor Administrativo do HE ₂	Luiz Carlos de Oliveira Cecílio Aloisio Cuginotti	05/08/09
HE ₂	Gerente de Enfermagem do HE ₂	Luiz Carlos de Oliveira Cecílio Aloisio Cuginotti	05/08/09
HE ₂	Coordenadora do Centro de Ensino e Pesquisa, do Núcleo de Saúde Pública e da Comissão de Qualidade do HE ₂	Luiz Carlos de Oliveira Cecílio Aloisio Cuginotti	05/08/09
HE ₃	Diretor-Geral e Administrativo do HE ₃	Aloisio Cuginotti Eliane Araújo	03/09/09
HE ₃	Diretor Técnico e Clínico do HE ₃	Aloisio Cuginotti Eliane Araújo	02/09/09
HE ₃	Diretor Acadêmico do HE ₃	Aloisio Cuginotti Eliane Araújo	02/09/09
HE ₃	Supervisora de Enfermagem do HE ₃	Aloisio Cuginotti Eliane Araújo	03/09/09
HE ₃	Coordenador da Gerência de Regulação de Serviços de Saúde da SMS	Aloisio Cuginotti Eliane Araújo	03/09/09
HE ₃	Médico responsável pelo Núcleo de Relacionamento com os Prestadores da SMS	Aloisio Cuginotti Eliane Araújo	03/09/09
HE ₄	Diretor Geral do HE ₄	Consuelo Meneses Carolina Chaccour	15/10/09
HE ₄	Diretor Administrativo do HE ₄	Consuelo Meneses Carolina Chaccour	15/10/09
HE ₄	Diretor Técnico do HE ₄	Consuelo Meneses Carolina Chaccour	14/10/09

HE ₄	Diretora de Enfermagem do HE ₄	Consuelo Meneses Carolina Chaccour	14/10/09
HE ₄	Diretor Clínico do HE ₄	Consuelo Meneses Carolina Chaccour	14/10/09
HE ₄	Gerente de Finanças do HE ₄	Consuelo Meneses Carolina Chaccour	14/10/09
HE ₄	Gerente do PS do HE ₄	Consuelo Meneses Carolina Chaccour	15/10/09
HE ₄	Assessor do Reitor	Consuelo Meneses Carolina Chaccour	14/10/09
HE ₄	Secretário Municipal de Saúde	Consuelo Meneses Carolina Chaccour	15/10/09
HE ₄	Ex-Reitor da Universidade	Consuelo Meneses Carolina Chaccour	15/10/09
MS/SAS	Coord. Geral de Atenção Hospitalar do Dep. de Atenção Especializada da SAS /MS	Ademar Arthur Chioro dos Reis	13/11/09
MS/SAS	Consultor Técnico da CGHosp/DAE/SAS/MS	Ademar Arthur Chioro dos Reis	15/10/09
MS/SGETS	Coordenador de Ações Estratégicas do Dep. de Gestão do Ensino e do Trabalho da Secretaria de Gestão e Educação do Trabalho em Saúde do MS	Ademar Arthur Chioro dos Reis	12/11/09
MEC	Coord. Geral de Residências em Saúde, da Diretoria de Hospitais Universitários e de Residências em Saúde do MEC	Ademar Arthur Chioro dos Reis	15/10/09
MPOG	Gerente de Projeto da Secretaria de Gestão do MPOG	Ademar Arthur Chioro dos Reis	12/11/09

Aspectos éticos da pesquisa

O projeto de pesquisa, sob número 1582/07, foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Unifesp/Hospital São Paulo e está em conformidade com a Resolução do CNS 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), diretamente ligada ao Conselho Nacional de Saúde.

Os sujeitos entrevistados foram convidados a participar da pesquisa, de forma livre e consentida, fornecendo as informações necessárias. Para tanto, preencheram termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo II).

O direito de confidencialidade foi preservado à medida que as informações obtidas foram analisadas em conjunto com outros entrevistados. Na divulgação dos resultados da pesquisa não há, sob hipótese alguma, individualização da análise e/ou identificação dos entrevistados, privilegiando-se a análise qualitativa, resguardando-se o sigilo e obedecendo-se a todos os princípios éticos, não interessando de maneira alguma qualquer informação de ordem pessoal.

Financiamento da pesquisa

O estudo contou com o financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa de São Paulo (FAPESP), por meio do Termo de Outorga e Aceitação de Auxílio 2007/59539-5 – Linha de Fomento: Auxílio Pesquisa – Regular.

A implicação do autor com o objeto em estudo

Como comentado no momento da elaboração dos pressupostos, a razoável precisão com que foram formulados deve-se, em boa medida, à minha implicação com o objeto estudado⁵.

Trata-se de uma implicação decorrente da minha trajetória profissional e, em particular, pela atuação que tive no processo de formulação e implementação desta política pública, na condição de ator em situação de governo, no período de janeiro de 2003 a julho de 2005, período em que fui dirigente do Ministério da Saúde.

Este estudo, portanto, não foi construído e analisado por um sujeito neutro, em busca de “legitimidade” científica, que separa o sujeito do conhecimento de seu objeto de estudo (MERHY, 2004).

Como princípio metodológico, assumo a perspectiva de que não há neutralidade na participação do autor. Ao contrário, sou um sujeito implicado com o objeto que me propus a estudar, a partir do qual postulo a produção de saberes. Sou um sujeito que se perfila entre aqueles que reconhecem que o marcado caráter autoanalítico, próprio de pesquisas nas quais o pesquisador estuda uma experiência na qual foi protagonista, não deslegitima a produção de saberes no campo da Saúde Coletiva, pois, assim como Carvalho (2002), entendo a relação sujeito-objeto *“como de reciprocidade, na medida em que o pesquisador construiu o seu objeto de estudo, que nada mais é do que sua prática social, com ela dialogando o tempo todo na produção do presente estudo”* (p. 50).

Um sujeito, no sentido apontado por Testa (1997), profunda e amorosamente implicado com o SUS, já que minha trajetória profissional foi marcada por experiências

⁵ Neste tópico, ao falar de minha implicação, abandono intencional e provisoriamente o tempo verbal usado no estudo e assumo a primeira pessoa do singular na construção do texto.

de gestão em sistemas locais de saúde e, no período de janeiro de 2003 a julho de 2005, pela tarefa de coordenar em âmbito federal a área responsável pela política de atenção especializada do Ministério da Saúde, quando fui protagonista, como gestor nacional do SUS, da implantação de políticas de saúde, sonhando contribuir de alguma forma para a concretização das desejadas transformações sociais e sanitárias que o País precisava.

A experiência na direção do Departamento de Atenção Especializada, da Secretaria de Atenção à Saúde/MS, possibilitou minha participação na formulação e implementação de diversas políticas, entre as quais a Reforma do Sistema de Atenção Hospitalar e, nela, a política de reestruturação dos HEs.

Parte das dificuldades enfrentadas no estudo, entretanto, não foram provenientes *“da escolha equivocada do método e nem de erros no percurso metodológico adotado”*, como alerta Merhy (2004, p. 21), mas objetivamente relacionadas com o processo de apropriação da práxis profissional na qual estive envolvido em minha militância sociopolítica, no sentido proposto por Testa (1992) e Cecílio (1994).

É com tal grau de implicação com o processo de construção e consolidação do SUS que o presente estudo foi desenvolvido. Posiciono-me, portanto, na perspectiva de um sujeito social que, sendo implicado, almejo, ao final deste trabalho, constituir-me como sujeito epistêmico, compondo a relação dinâmica e mutuamente alimentada de pesquisador-pesquisado, analisador-analisado, *“um sujeito militante que pretende ser epistêmico”* (p.23), nos dizeres de Merhy, um ator privilegiado tratando de forma objetiva essa *“relação-contaminação”*. Um estudo em que busco caracterizar possíveis mudanças de direcionamento do sistema de atenção hospitalar, na expectativa de poder produzir um saber militante *“novo e autoanalítico, individual e coletivo, particular e público”* (MERHY, 2004, p.32), que permita nos acordar do *“silêncio instituído, das zonas de cegueira”*, dando-nos novos sentidos e significados à medida que analiso o *“próprio protagonismo no interior da reforma em pauta”* (MERHY, 2004, p. 38).

Reconheço, portanto, que o SUS é território de intervenção e de produção de conhecimento (e de saberes militantes), cujos mecanismos de validação não se darão pelas modalidades tradicionais de produção científica (o princípio da falseabilidade

popperiana), mas que pode reconhecer alternativas de validação do conhecimento na perspectiva da razão comunicativa habermasiana, da produção do entendimento, da interação e do encontro com o outro, construída no processo histórico, como novas produções de razões.

É a partir do lugar de quem reconhece que o gestor do SUS pode – e deve – produzir conhecimento, dialogando consigo mesmo, expondo sua implicação (o que amplia a potência de legitimidade do saber implicado produzido) que me propus a desenvolver o estudo. Observando erros e acertos, limites e avanços, em cada experiência, assumidamente influenciado por essas vivências e reconhecendo minha participação e influência sobre elas.

Neste contexto, proponho-me a analisar uma política pública (o desejo de fazer a reforma dos HEs), que se realiza em territórios complexos e atravessados por instituições muito poderosas, como a Instituição Medicina, a Instituição Burocrática e a Instituição Universidade (BAREMBLITT, 1992; ALTOÉ e LOURAU, 2003), e que se constituem em arena de (e em) disputa. Mais do que isso, pretendo apreender – tendo como ponto de partida os sentidos e intencionalidades expressos pela política em sua formulação original – em que medida foi implementada uma política nas distintas arenas conformadas pelo cotidiano das organizações de saúde e suas relações com atores extraorganizacionais.

Meu desafio metodológico central foi conseguir um deslocamento da posição de ator/autor do projeto de contratualização dos HEs, buscando estabelecer um diálogo com os sujeitos sociais responsáveis pela implementação da política de reforma dos HEs, tentando captar eventuais impactos na vida dos HEs na perspectiva de tais atores.

Pretendo, assim, como pesquisador, produzir certo descentramento do papel de sujeito em situação de governo que ocupei no passado. Sem deixar de reconhecer que, no entanto, por meio da tese, procuro produzir uma análise de uma política pública, da qual fui autor e participei efetivamente de sua formulação e implementação (que posteriormente continuou sendo formulada, conduzida e disputada por outros atores).

Dessa forma, pretendo alcançar certo “deslocamento epistemológico” em relação à minha posição de formulador da política, tentando compreendê-la sob novas perspectivas, em particular aquelas dos atores responsáveis por sua efetiva implementação. Em sentido figurado, o “microfone” pelo qual eu falava quando estava

em situação de governo foi agora colocado à disposição dos sujeitos implicados nas organizações de saúde denominadas hospitais de ensino para que falem e manifestem sua visão da política.

Em consonância com autores como Minayo (2004), entendo que, do ponto de vista epistemológico, é possível tomar a política como objeto de produção de conhecimento. Para tanto, assumo como valor fundamental a alteridade, nos termos propostos por Habermas (VELHO, 1996; SIGNATES, 2001), que permite emergir a visão dos sujeitos sociais que efetivamente implementam a política de contratualização dos HEs⁶ no cotidiano. Procuo, dessa forma, olhar em outro momento, de outro lugar, os atores, as práticas, as restrições e os protagonismos no mundo das organizações, ali onde a “grande política” deve se realizar.

O encontro da política formulada no espaço de governo, em suas “idealidades”, com os outros atores que a implantam, que, em suas “realidades” concretas, e a seu modo, a reinventam, a partir da capacidade de entendimento e operação que possuem, de suas vontades, possibilidades, limites, desejos, oportunidades...

Busco, assim, na dinâmica concreta das organizações de saúde, nas pequenas catástrofes, nos ruídos, nos eventos, nos discursos enunciados pelos atores que fazem o cotidiano das instituições, compreender como, na prática, são implementadas as políticas imaginadas e produzidas em âmbito federal.

Uma política definida em Brasília, mas que só pode se realizar no encontro com outros atores, em outros espaços institucionais, cuja complexidade nunca é perfeitamente considerada pelos formuladores, o que, aliás, seria impossível. Uma política que, definida em nível federal, inevitavelmente é escutada e reelaborada no nível local de uma maneira muito peculiar, implementada com distintos níveis de interlocução com o gestor municipal/estadual em cada realidade, e que, em processo, vai assumindo novas intencionalidades e conformações.

Parti do pressuposto de que muitas políticas são formuladas com certa intencionalidade e desenho, mas que vão assumindo novos contornos no jogo das

⁶ Na alteridade, de acordo com Velho (1996, p.10), a “noção de outro ressalta que a diferença constitui a vida social, à medida que esta efetiva-se através das dinâmicas das relações sociais. Assim sendo, a diferença é, simultaneamente, a base da vida social e fonte permanente de tensão e conflito.”

relações – por vezes distintos do desenho inicial. A proposta original vai produzindo desdobramentos e novos sentidos, seja pela descontinuidade dos atores, seja pela reinvenção que acontece no campo da construção do SUS, à medida que os sujeitos têm que dar respostas concretas às situações que se impõem, que lidam com impasses a serem solucionados e que continuam tendo que enfrentar novos e antigos problemas.

Análise dos dados

Para proceder a análise do material empírico, trabalhamos⁷, inicialmente, com a ideia de construir um percurso por *estações*⁸, isto é, visitar e estudar sequencialmente os hospitais de ensino selecionados, com dois objetivos principais:

- a) Construir categorizações no próprio percurso pelas *estações*, para produzir uma sistematização do extenso material empírico coletado;
- b) Analisar, em cada hospital visitado, as eventuais mudanças decorrentes da contratualização.

A primeira *estação* visitada, o HE₁, pertencente à instituição onde foi realizado o doutorado, funcionou como “piloto” do trabalho de campo. Ali foi possível testar o roteiro de entrevista semiestruturada, depois mantido nos demais HEs, e produzir um primeiro conjunto de **categorias empíricas**⁹, nos termos propostos por Testa (1997) e Minayo (2004), que serviram como uma espécie de *guia de leitura* do material empírico coletado nos hospitais seguintes.

As categorias empíricas produzidas a partir do material coletado no HE₁ foram:

⁷ Iniciei o texto utilizando a **terceira pessoa do singular**, assumindo um certo distanciamento inicial próprio dos trabalhos científicos. Depois, ao fazer a minha análise de implicação, assumi explicitamente a **primeira pessoa do singular**. Porém, à medida que o trabalho de campo avançava e seu rico material empírico ia emergindo, minha relação com o orientador foi se tornando tão estreita e solidária, configurando um verdadeiro **espaço intercessor** (no sentido que tem sido utilizado por Emerson Elias Merhy a partir da produção de Guatarri e Deleuze), que foi inevitável a utilização da **primeira pessoa do plural**. Não fazia mais sentido utilizar o “eu”, que significaria uma “autoria” irreal, não condizente com a própria produção da tese. Assim, optamos (agora já usando a primeira pessoa do plural), meu orientador e eu, por fazer do próprio matizamento das “pessoas” utilizadas no texto um elemento analítico.

⁸ *Estação* ou *estação de observação* será usado no texto para designar os quatro hospitais de ensino visitados, buscando dar um sentido de percurso ou de caminho de observação do pesquisador.

⁹ Para Minayo (2004, p.93-94), os conceitos mais importantes dentro de uma teoria são as categorias. A autora distingue categorias analíticas e categorias empíricas. As **categorias analíticas** são aquelas que retêm as relações sociais fundamentais e podem ser consideradas balizas para o conhecimento do objeto nos seus aspectos gerais. As **categorias empíricas** são aquelas construídas com finalidade operacional, visando ao trabalho de campo (a fase empírica) ou a partir do trabalho de campo. Elas têm a propriedade de conseguir apreender as determinações e as especificidades que se expressam na realidade empírica.

- a) *O impacto do financiamento;*
- b) *A contratualização: um jogo de atores ausentes;*
- c) *A integração do hospital ao sistema de saúde: um jogo difícil;*
- d) *o fetiche da informação: A “irracionalidade da racionalização”;*
- e) *A contratualização na esteira da racionalização da vida hospitalar;*
- f) *Contratualização e micropolítica do hospital.*

Inicialmente, chamou a atenção o fato de que as categorias “a” e “c” são praticamente “categorias-espelho” do roteiro de entrevistas, isto é, elas como que apenas “refletem” questões postas pelo roteiro de entrevista montado a partir de temas postos pelos próprios eixos da política de contratualização. Por outro lado, as categorias empíricas “b”, “d”, “e” e “f” **não são** meros “espelhos” das perguntas, mas já apontam para algo de novo, **deslizamentos** em relação às diretrizes da política, pequenas “surpresas” ou “novidades” em relação à formulação da política oficial. Percebe-se que tais “categorias-novidade” – assim designadas livremente e por falta de nome melhor –, poderiam contribuir para um primeiro deslocamento do pesquisador, ao permitir afastar da tentação de apenas realizar uma “avaliação” da política, a partir de uma grade avaliativa montada com critérios da política! Se o procedimento tivesse sido esse, seria mais difícil produzir um distanciamento de uma posição de governo (de formulador da política), na medida em que seria quase inevitável que as falas fossem organizadas a partir dos interesses originais da “política”. O risco de cair numa posição tautológica, digamos assim...

Ao seguir para a *estação* seguinte, o HE₂, foi possível observar dois fatos. O primeiro, e surpreendentemente positivo, foi que a categorização feita no HE₁ apresentava bastante capacidade para organizar as falas dos dirigentes desse segundo hospital, funcionando como uma “grade de leitura” do material empírico. Algo que falava a favor de **semelhanças** entre eles. Por outro lado, e isso foi o mais instigante, percebemos que, a despeito de ter sido possível organizar o material empírico coletado no HE₂ pela aplicação das mesmas categorias criadas no HE₁, elas apresentavam composições e movimentações internas que apontavam para **diferenças** entre os dois hospitais. Algo como se as categorias assumissem

intensidades¹⁰ e **cintilações** singulares, quando empregadas em diferentes organizações hospitalares. Percebeu-se, então, como este **jogo de semelhanças e diferenças** poderia indicar um caminho analítico a ser explorado.

Ocorreu-nos, então, a ideia de construir **equações** diferentes em cada *estação* que, montadas a partir das mesmas categorias empíricas, permitissem reconhecer um jogo de semelhanças-diferenças. Utilizou-se o conceito de **equações** para designar as diferentes **intensidades** que as **mesmas** categorias empíricas, com o mesmo enunciado, assumiam em cada hospital, permitindo caracterizar a singularidade de cada um deles. Assim, as equações apresentavam **modulações** distintas, frutos das diferentes intensidades das categorias que as compunham. As **modulações das equações** ajudavam a perceber, tanto os elementos de **repetição**, como os de **diferença** entre os vários hospitais, indicando que este poderia ser um procedimento metodológico-analítico a ser explorado nas próximas *estações*.

Na terceira *estação*, apesar de ter sido possível aplicar as mesmas categorias empíricas construídas no HE₁ e utilizadas no HE₂, elas pareciam estar mais “agregadas”, mais “complexas”, como só fizessem sentido se apresentadas juntas. Foi tal fato que indicou que as várias categorias empíricas faziam **conexões** entre si de modo diferente nos vários hospitais, algo como se possuíssem **forças de atração** ou **afinidades** mais ou menos fortes a depender do hospital estudado. Foi tal observação que deu mais clareza de que as **equações** de cada hospital deveriam ser montadas levando-se em conta tanto a **intensidade** com que se apresentavam suas categorias como as **força de atração** que as aproximava! A metodologia para análise dos dados foi sendo produzida em processo, ao se fazer o caminho das *estações*.

Finalmente, e já na quarta e última *estação*, o HE₄, percebeu-se, pela primeira vez, que as seis categorias empíricas que vinham sendo usadas até então não conseguiam sistematizar o material empírico coletado. Algo da realidade local, no caso o complicado contexto político local, se “recusava” a ser enquadrado nas categorias

¹⁰ O conceito de **intensidade** será utilizado na análise dos dados com o mesmo sentido de **visibilidade, valorização** pelos dirigentes da **importância** ou **peso** na vida institucional de determinados elementos da política de contratualização. Claro está que a “intensidade” é “situacional”, isto é, reflete o lugar de quem a enuncia: no caso, os dirigentes hospitalares entrevistados. Por isso, é necessário lembrar que certas **intensidades** percebidas em um hospital poderiam não o ser se os entrevistados fossem, por exemplo, os médicos ou qualquer outro trabalhador daquele estabelecimento. De qualquer modo, como em todos os HEs, é possível supor uma “comparabilidade” entre as várias equações construídas, uma vez que os sujeitos entrevistados foram sempre os dirigentes – pessoas em função de direção nos HEs.

que vinham sendo utilizadas com sucesso nos outros HEs. Foi necessário, então, construir uma sétima categoria empírica, nomeada de “*a contratualização e a dinâmica política local*”. De fato, em nenhum dos hospitais anteriores, o contexto político local havia se apresentado de forma tão evidente, com tão forte influência na própria política.

Ao final desta primeira sistematização dos dados, era possível perceber que havia elementos das falas dos dirigentes que, mesmo tendo sido provocadas explicitamente por perguntas pautadas nos eixos da política, não tinham expressão suficiente para comporem categorias empíricas com a força das demais. Exemplos disso são as reflexões dos dirigentes sobre *produção de pesquisas e incorporação tecnológica, os processos de educação permanente e as estratégias de humanização*, que foram consideradas como **categorias residuais**, ou, ousando um pouco, **não-categorias** e, por isso, foram subsumidas às categorias empíricas principais. A pouca expressão desses temas pode ser considerada como um indicador do pequeno impacto de algumas estratégias da política de contratualização.

Como veremos, o material empírico obtido nas entrevistas com os gestores federais pode, em parte, ser organizado a partir dessas categorias empíricas originais, em parte porque, naquele espaço de governo, há novos enunciados, novas questões que não foram postas nas entrevistas com os dirigentes hospitalares e gestores locais do SUS.

Estrutura da tese

A tese foi estruturada em quatro partes. Na primeira, o leitor encontrará a introdução e os desafios metodológicos do estudo.

Na introdução deste estudo, procuramos delimitar o objeto em estudo: a crise dos Hospitais de Ensino e a política de contratualização do Ministério da Saúde. Para tanto, reproduzimos, praticamente na íntegra, o artigo publicado na edição especial dos 20 anos do SUS da Revista do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes): **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro: v.33, n.81. p. 88-97. jan./abr.2009, que traça um panorama da crise dos Hospitais de Ensino e a conformação da política de reestruturação dos Hospitais de Ensino (CHIORO DOS REIS e CECÍLIO, 2009).

Neste segundo capítulo, são encarados os desafios metodológicos.

Os capítulos segundo, terceiro, quarto e quinto, que constituem a segunda parte da tese, tratam, respectivamente, dos casos estudados (HE₁, HE₂, HE₃ e HE₄). No início de cada um desses capítulos procuramos apresentar informações gerais sobre cada *estação* visitada, características históricas e do perfil do estabelecimento hospitalar de ensino estudado, bem como breves comentários sobre o perfil dos entrevistados e de sua vinculação com a política de contratualização do HE.

Em função do extenso material coletado e analisado em cada um desses capítulos, procuramos, ao final de cada *estação* visitada, apresentar uma síntese com os principais achados e, em particular, destacar as similitudes e singularidades entre cada caso estudado, dando ênfase às equações encontradas em cada *estação*.

A terceira parte, com apenas um capítulo, o sexto do estudo, destina-se à análise dos discursos dos gestores federais que dirigem a política de contratualização. Foram entrevistados dirigentes da Secretaria de Atenção à Saúde e da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, ambas do Ministério da Saúde, bem como as responsáveis pela política de contratualização no âmbito do Ministério da Educação e do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

Os três últimos capítulos conformam a quarta parte da tese e destinam-se à problematização e análise mais sistematizada do material empírico, compondo três planos analíticos distintos, precedidos de um breve preâmbulo, no qual são tecidas considerações sobre a estruturação desses planos analíticos.

No sétimo capítulo, apresentamos o primeiro plano analítico, qual seja, uma caracterização de mudanças ocorridas a partir da contratualização. Transcrevemos, praticamente na íntegra, artigo submetido em 9 de abril de 2010 à Revista de Administração Pública (RAP), da Fundação Getúlio Vargas, intitulado “*A política de contratualização do Ministério da Saúde para os hospitais de ensino: o que muda na prática?*”.

O segundo plano analítico, analisando as **apostas** que estiveram implícitas na formulação da contratualização, é discutido no oitavo capítulo. O conceito de aposta foi utilizado no sentido dado para o termo por Matus (1991), quando afirma que

“o governante pode decidir sobre as variáveis que controla, mas muitas vezes não pode assegurar resultados porque eles dependem de uma parte do mundo que ele não controla (...) Esta dificuldade não desanima o homem em seu intento de

governar a realidade mediante apostas que, tendo algum fundamento de cálculo, levam-no a anunciar os resultados de sua ação. A política exige compromissos que se expressam como anúncio de resultados. Um plano é um compromisso que anuncia resultados, ainda que tais resultados não dependam inteira ou principalmente do cumprimento desses compromissos”¹¹.

No nono capítulo, apresentamos o terceiro plano analítico no qual, já em nível maior de abstração, desenvolvemos uma reflexão teórica sobre o tema da razão e racionalidade na modernidade, buscando conexões com a racionalidade instrumental presente no paradigma estrutural-funcionalista hegemônico nos estudos organizacionais e, de alguma forma, presentes na própria formulação da política de contratualização dos hospitais de ensino.

O estudo é concluído com reflexões do autor que, já no final do estudo, e por circunstâncias políticas e profissionais, deparou-se com novo deslocamento, desta vez para a posição de gestor local do SUS, ao ser o responsável por implementar em ato a política de contratualização em hospitais de ensino do município de São Bernardo do Campo, momento em que uma **tríplice intercessão entre sujeitos se apresenta**: o *sujeito formulador* da política de contratualização, o *sujeito epistêmico* que procura analisá-la e o *sujeito gestor*, responsável por sua implementação.

¹¹ Os grifos em todas as citações são meus.

PARTE 2

CAPÍTULO 2

PRIMEIRA ESTAÇÃO

O Hospital de Ensino 1 (HE₁)

Como vimos na metodologia, o estudo, de caráter qualitativo, construiu um percurso de *estações*, isto é, um conjunto de hospitais de ensino que foram visitados sequencialmente, com dois objetivos principais: a) construir categorizações no próprio percurso pelas *estações*, para produzir uma sistematização do extenso material empírico coletado, com vistas à sua análise; b) caracterizar, em cada hospital visitado, as eventuais mudanças decorrentes da contratualização.

A primeira *estação* visitada para o desenvolvimento da pesquisa está localizada no município de São Paulo e será aqui identificada como HE₁. O critério da escolha desse hospital foi o fato de ele ser o HE da instituição onde foi realizada a pesquisa. Ele deveria funcionar como “piloto” do trabalho de campo, tanto testando o roteiro de entrevistas semiestruturadas que foram mantidas para os demais HEs como indicando questões que precisariam ser mais bem compreendidas nas futuras *estações* a serem visitadas.

De acordo com as informações disponíveis em material institucional e no *site* do próprio HE₁, em 1936, a então Faculdade de Medicina já existia e seus alunos precisavam de ensino prático, mas não havia recurso para construir um hospital do porte almejado. A construção do HE₁ foi possível através de empréstimo conseguido graças ao apoio do então presidente da Caixa Econômica Federal e teve sua pedra fundamental lançada em 30 de setembro de 1936. Em 1938, desenvolveu-se uma campanha pró-hospital, com a obtenção de recursos oriundos da doação de açúcar e café. Em 1940, foram inaugurados os quatro primeiros andares do HE₁ com 120 leitos e equipamento ímpar para a época, como o raio-X importado.

O HE₁ foi sendo planejado para situar as especialidades médicas – clínica médica, clínica cirúrgica, obstetrícia e pediatria – andar por andar. De 1940 a 1956, período em que a Faculdade de Medicina era uma instituição particular, o HE₁ pertencia à Faculdade. Assim, essa faculdade foi a primeira escola médica que teve seu hospital próprio, devido ao trabalho, esforço e dedicação de seus professores, sem subsídio do governo. Para manter uma parte do custeio do Hospital, foram dispostos 60 leitos

particulares, cuja receita cobria quase a metade de seu custeio. Progressivamente, o número de leitos foi aumentando para 100, 200 e 300, oferecendo um bom padrão de ensino médico para a época.

No começo da década de 60, o HE₁ precisou de receita e a escola oferecia uma verba para ajudar. Além disso, o governo do Estado pagava uma cota por “indigente”. Essas duas verbas eram insuficientes. A Faculdade de Medicina conseguiu firmar um convênio com uma Sociedade Civil e entrou no orçamento uma verba própria para o Hospital. Por questões jurídicas, essa Sociedade Civil adotou novo nome e assim se mantém até os dias atuais.

Com 74 anos de atividades, o HE₁ contribui de forma importante para a formação e capacitação de profissionais de saúde, constituindo um campo de ensino e treinamento de uma universidade federal.

O HE₁ tem por missão: *"Prestar assistência à saúde da população, com qualidade, visando seu bem-estar, oferecendo condições ideais para ensino e pesquisa"*, e adota os seguintes valores: *"Equidade, respeito, ética, qualidade"*.

No processo de regionalização definido para o SUS em São Paulo, atende mais de 5 milhões de usuários na Grande São Paulo, pertencentes a distritos paulistanos (Sapopemba, Aricanduva, Sacomã, Jabaquara, São Lucas, Penha, Cangaíba, Vila Mariana, Saúde, Vila Prudente, Artur Alvim, Ermelino Matarazzo, Cursino, Vila Matilde, Ponte Rasa, Ipiranga, Água Rasa, Tatuapé, Moema, Campo Belo, Mooca e Belém) e, de acordo com a Programação Pactuada Integrada (PPI), e aos sete municípios da região do ABC paulista.

Em virtude do papel que desempenha nas redes de alta complexidade, o HE₁ também atende todo o Estado de São Paulo, com mais de 4.500 paciente-ambulatoriais e 1.200 no Pronto-Socorro/Pronto-Atendimento, sendo responsável por atender também pacientes oriundos de outros estados da federação. Ao lado dessa intensa atividade assistencial, destaca-se pela vasta produção científica, que o qualifica, no cenário nacional e internacional, como uma instituição séria e de excelência.

O HE₁ também se destaca pelo desenvolvimento de pesquisas clínicas e a formação de recursos humanos imprescindíveis para a qualidade do próprio SUS. É campo de ensino e treinamento da universidade federal, colaborando para a formação

e capacitação de profissionais de saúde. Cerca de 75% dos docentes da universidade estão lotados em áreas clínicas e exercem atividades nas unidades assistenciais do HE₁.

Contando com 743 leitos, o HE₁ destina 651 leitos para adultos e 92 para a Pediatria, os quais estão subdivididos da seguinte forma: 121 leitos de UTI e semi-intensiva e 51 leitos de emergência, 510 leitos de unidades de internação, 35 leitos de hospital-dia e 26 leitos externos, destinados a convênios e particulares.

O HE₁ oferece serviços especializados nas áreas de:

- Transplantes: rim, medula óssea, coração, osso, pulmão, córnea, pâncreas e fígado.

- Especialidades: cardiologia, ortopedia, oftalmologia, cardiovascular, vascular, plástica, torácica, gastrocirurgia, gastroclínica, pneumologia, dermatologia, endocrinologia, psiquiatria, pediatria, quimioterapia (adulto/infantil), ginecologia, obstetrícia, nefrologia, otorrinolaringologia, urologia, clínica médica, hemoterapia, medicina de urgência, neurocirurgia, neurologia, moléstias infecciosas, anatomia patológica, medicina legal.

- Serviços: pronto-socorro adulto/pediátrico, recepção médica, ambulatórios, raios-X, Radioterapia, ultrassonografia, tomografia, ressonância magnética, medicina nuclear, cineangiocoronariografia, densitometria, laboratório de análises clínicas, laboratório de líquido, endoscopia, hemocentro, eletrocardiograma, gama-câmara, eletroencefalograma, etc.

- UTIs: unidades de transplantes, geral, pneumologia, pediatria, gastroclínica, cardiovascular, neurocirurgia, diálise, cardiologia, anestesiologia, DIPA.

A estrutura de direção é composta por um diretor-superintendente, um diretor clínico, a diretora de enfermagem e o diretor administrativo. A direção conta ainda com uma assessoria da superintendência, o Escritório da Qualidade e o Núcleo de Inteligência e Projetos. Por decisão e escolha do reitor, foi instituído um conselho gestor composto por seis professores titulares.

O HE₁ conta com os seguintes órgãos institucionais:

- a) Comissões: Comissão de Área, Comissão de Epidemiologia Hospitalar, Comissão de Formulário Terapêutico, Comissão de Prontuários e Óbitos, Comissão de Resíduos, Comissão Técnica de Padronização e Avaliação de Qualidade de Produtos Hospitalares;

- b) Comitês: Comitê de Ética de Enfermagem, Comitê Normatizador e Comitê de Ética em Pesquisa;
- c) Conselhos: Conselho Estratégico;
- d) Colegiados: Centro Cirúrgico e do Pronto-Socorro;

O HE₁ mantém manuais de procedimentos médicos e de enfermagem, normas e rotinas administrativas para farmácia, hospitalidade, contínuo, CPR, gerência, serviços, transporte e pronto-socorro. Possui regimento interno do corpo clínico e regimento interno de enfermagem.

Ao Escritório de Qualidade compete apoiar o desenvolvimento e implantação de requisitos da Acreditação Hospitalar, de acordo com o modelo da Organização Nacional de Acreditação (ONA). O material institucional disponível ressalta, ainda, o fato de o hospital ter se *“destacado como referência nacional e campo de excelência em assistência, ensino e pesquisa, servindo inclusive de benchmarking para outros hospitais do País. Importante evidência é o recebimento do Certificado de Participação no Programa de Centros Colaboradores do Ministério da Saúde, no qual o HE₁ destacou-se pela sua liderança e atuação junto aos demais hospitais”*.

Não há nenhuma referência, entretanto, ao fato do HE₁ ser certificado e contratualizado como Hospital de Ensino pelos ministérios da Saúde e da Educação, o que poderia ser uma primeira indicação da relevância efetiva da política de contratualização na vida do hospital. Todavia, isso, será mais bem visto na sequência.

Até 2004, o HE₁ estava mergulhado em grave crise financeira. Era custeado de forma compartilhada pelo Ministério da Educação, responsável pelo pagamento do pessoal, e pelo SUS, cujos recursos, repassados contra a prestação de serviços, acrescidos do FIDEPS, deveriam ser utilizados para as outras despesas de custeio e investimento, mas acabavam comprometidos em gastos com pessoal.

Em novembro de 2004, foi publicada a portaria interministerial do MS e o MEC certificando e contratualizando o HE₁ como hospital de ensino, ficando o estabelecimento sob gestão da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP).

Para o reconhecimento desta primeira *estação*, foram realizadas, em 2008, entrevistas com cinco membros da alta direção do hospital, bem como com o gestor responsável pelos HEs no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo:

- 1) **Gestor responsável pela política de contratualização dos HEs** no âmbito da

SES/SP, denominado doravante *gestor*. Como coordenador da área de Planejamento da SES/SP foi responsável pela implantação da política de contratualização dos HEs em 2004. Atualmente ocupa o cargo de assessor da SES/SP para hospitais de ensino, estando diretamente vinculado ao Gabinete do Secretário de Estado. Trata-se de um profissional com trajetória vinculada à gerência de HE, tendo exercido cargo de vice-presidente da entidade que representa os hospitais de ensino, a Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE). Atualmente é representante do Conselho Nacional de Secretários de Estado da Saúde (CONASS) na Comissão Interinstitucional para Reestruturação dos HEs;

2) **Superintendente** do HE₁, médico formado na própria universidade e que ocupa o cargo há 12 anos. Foi presidente da ABRAHUE, membro da Comissão Interinstitucional para Reestruturação dos HEs, tendo participado ativamente da formulação da política de contratualização em 2004;

3) **Diretor administrativo** do HE₁ (e filho do então reitor);

4) **Gerente de desenvolvimento e informação** do HE₁;

5) **Coordenador Médico dos Ambulatórios** do HE₁, identificado como coordenador dos ambulatórios. Médico formado pela escola, professor de gastrocirurgia e conselheiro do CRM-SP;

6) **Diretora de Enfermagem** do HE₁, docente do Curso de Enfermagem e que, eleita pelos docentes da enfermagem, exerce mandato de três anos em suas funções, participando da diretoria técnica do HE₁.

As entrevistas no primeiro estudo de caso (HE₁) foram conduzidas diretamente pelo autor e realizadas no próprio hospital, pré-agendadas e gravadas mediante autorização dos entrevistados. Para sua consecução, foi utilizado um questionário aberto. Procuramos compreender a importância do processo de contratualização para o HE₁ e as possíveis mudanças, adesões, resistências e/ou dificuldades que poderiam ter ocorrido a partir da política de reforma do sistema hospitalar de ensino. Como foi visto anteriormente, a política de contratualização pressupunha mudanças a partir de quatro grandes linhas: assistência, gestão, a formação e educação permanente e avaliação tecnológica e realização de pesquisas de acordo com as necessidades do SUS.

A categorização dos conteúdos das entrevistas, seguindo as indicações de Bardin (2009), resultou em seis grandes categorias empíricas, a saber:

- a) O impacto do financiamento;
- b) A contratualização: um jogo de atores ausentes;
- c) A integração do hospital ao sistema de saúde: um jogo difícil;
- d) O fetiche da informação: A “irracionalidade da racionalização”;
- e) A contratualização na esteira da racionalização da vida hospitalar;
- f) Contratualização e micropolítica do hospital.

O impacto do financiamento

Os impactos mais importantes e visíveis da política de reestruturação dos hospitais de ensino no caso do HE₁ foram a ampliação do aporte de recursos e as mudanças implementadas no modelo de financiamento, particularmente em uma instituição acostumada com a crise, em déficit permanente, que concentrava o maior endividamento entre os HEs federais. O saneamento da grave crise econômica e a estabilidade decorrente do cenário de maior equilíbrio econômico-financeiro permitiram que a organização viabilizasse a implementação de antigos projetos, sendo a principal mudança apontada por todos os dirigentes entrevistados:

*“O novo método de financiamento melhorou muito a situação do hospital. Com esse incremento financeiro, **invertemos todas as curvas. 100% dos indicadores financeiros se inverteram.** O crescimento do passivo passou a ter uma curva descendente. De 2004 para cá, a dívida do hospital foi negociada. Claro que vai levar até 2020, mas isso não interessa. Interessa a capacidade que eu tenho de pagar mês a mês o custeio do hospital e um pouquinho da dívida. É isso que interessa. Com o novo método de financiamento melhorou muito. **A resposta objetiva e clara, sem nenhuma dúvida, é que melhorou muito**” (Superintendente).*

A eficácia de contratualização é percebida em função da sistemática transferência de recursos, situação que permite maior estabilidade e melhor capacidade de planejamento e gestão. Dessa forma, por exemplo, deixaram de ocorrer atrasos no pagamento de funcionários, e a correção dessa disfunção passou a ser atribuída à contratualização.

*“Se compararmos o que o HE₁ tinha de resultado negativo no início da contratualização até hoje, foi a melhor performance (...) o fornecedor hoje quer entregar para nós. Eles passaram a ter a certeza de que **o Hospital não dá mais calote, paga suas dívidas...**” (Superintendente).*

É destacada positivamente, ainda, a superação da lógica de organizar o hospital a partir da oferta de procedimentos mais bem-remunerados na tabela do SUS, independentemente das necessidades concretas da população. Assim, a redução assumida de leitos operacionais está atrelada à sua melhor ocupação, de tal forma que não houve diminuição no número de pacientes atendidos, pois se obteve aumento da taxa de ocupação.

A ampliação dos recursos não pode ser compreendida como a única medida adotada para a perceptível melhoria da situação financeira do HE₁. Houve, concomitantemente, a ampliação de recursos de custeio destinados pelo Ministério da Educação para as universidades (nesse caso, da ordem de R\$ 18 milhões) e a diminuição do número de funcionários, considerado excessivo, em particular aqueles contratados pelo HE₁ para a estrutura acadêmica, prática comum nas IES federais.

O HE₁ cortou gastos com pessoal, mas também colheu os frutos da melhor organização administrativa, operando com orçamento e autonomia para cada gerência. A contratualização não se traduz, entretanto, apenas como uma questão de equação financeira. É uma ferramenta a serviço das mudanças desejadas e da ampliação do controle gerencial.

A despeito dos avanços claramente identificados, há pontos que colocam potencialmente em risco as conquistas da política em tela. Um dos problemas diz respeito à inexistência de uma metodologia de revisão periódica dos valores financeiros do contrato de gestão, que coloca em risco a recuperação econômica observada a partir da contratualização. No período estudado, apesar da renegociação de metas e das mudanças no Plano Operativo, houve apenas uma correção de valores devido à revisão geral da Tabela SUS. Dessa forma, a situação melhorou até 2007 e, a partir daí, o HE₁ começou a sentir o impacto do não-realinhamento dos valores dos contratos. Para o seu superintendente, os governos federal e estadual não conseguiram priorizar a política de contratualização:

*“O contrato deveria ser reajustado anualmente. Isso não aconteceu. A perda de funcionários públicos continuou, a inflação também. Aí começaram as críticas. Fiquei muito preocupado disso se transformar num descrédito (...) a **contratualização não pode virar um FIDEPS modificado**”* (Superintendente).

As alterações em metas contidas nos Planos Operativos, efetuadas a partir das avaliações trimestrais¹², não interferiram nos valores recebidos pelo HE₁. Do pagamento por produção, passou-se à remuneração por contrato global fixo, sem a preocupação com o cumprimento de metas, fazendo com que a lógica de financiamento perdesse o seu componente variável (global misto). Houve, portanto, desvirtuamento da lógica proposta.

Destaque-se, ainda, que a política de contratualização não desencadeou, conforme esperado, mudança na postura do gestor no tocante à lógica de financiamento. Os dirigentes do HE₁ entrevistados alertam para o que chamam de “risco da tabelização da contratualização”, ou seja, retomar a lógica de pagamento por procedimentos a partir dos valores estabelecidos nas tabelas do SUS.

Há, ainda, o temor entre os dirigentes do HE₁, em relação ao futuro da política de contratualização:

“Antes, o Ministério da Saúde impulsionava a contratualização, agora não. Se não impulsionar isso não vai. O gestor não vai, ou ficará só na palavra. De novo, terei de arrumar dinheiro com outros projetos” (Superintendente).

A contratualização: um jogo de atores ausentes

O esforço interinstitucional para conceber e implementar a política de contratualização dos HEs em âmbito federal não teve correspondência no Estado de São Paulo. Em 2004, a partir da implantação pelo governo federal da política de reforma do sistema hospitalar de ensino, um pequeno grupo foi montado com profissionais oriundos de distintas áreas da SES-SP.

A despeito da quantidade de hospitais que se candidataram à certificação ser bastante significativa no estado (35 estabelecimentos foram certificados até o início de 2008 e 33 contratualizados), o gestor estadual assumiu uma postura de explícita passividade no tocante aos contratos de gestão, limitando sua atuação ao monitoramento do Sistema de Avaliação dos Hospitais de Ensino (SAHE) e às reuniões trimestrais da comissão de acompanhamento dos contratos. Em questões substantivas, como renegociação de novas pactuações que envolvam recursos

¹² Do grupo de 20 metas estabelecidas em 2004, apenas 6 foram mantidas desde a primeira contratualização. As demais foram sendo alteradas por iniciativa dos dois lados, com a incorporação progressiva de mais metas qualitativas.

financeiros, o gestor estadual, na visão dos dirigentes do HE₁, adota a mesma postura: *‘Eles me dizem para ir lá e falar no Ministério. Se o governo federal mandar mais dinheiro, eles me dão’*. É a partir dessa lógica que a SES/SP efetua o processo de acompanhamento dos hospitais contratualizados como HEs.

Os dirigentes do HE₁ constatam que ainda prevalece uma ênfase excessiva dos gestores do SUS na lógica da produção e do faturamento, embora isso não transpareça na entrevista com o gestor, preocupado fundamentalmente com o seu sistema de avaliação:

*“(...) a contratualização trouxe uma interação melhor entre o gestor e o hospital. A SES/SP tem demonstrando que a sua preocupação não é punir. **A nossa intenção é que os HE aprendam e que nós possamos aprimorar o nosso processo e ter informações**”*. (Gestor).

A visão que os dirigentes do HE₁ têm do processo de contratualização é mais elaborada e crítica. Para o superintendente do HE₁, a participação dos atores externos na implantação da contratualização ficou restrita, fundamentalmente, ao MS. O gestor estadual não participou inicialmente, segundo os dirigentes do HE₁, porque a Universidade é uma instituição ligada ao governo federal. A ativa participação do superintendente do HE₁ na formulação da política, na condição de presidente da Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE), é também apontada como motivo para explicar a postura do gestor estadual.

O protagonismo dos diretores dos HEs na defesa da política de contratualização merece destaque, em contraposição à postura marcada pelo desinteresse dos gestores. Há uma percepção de que o governo estadual e o federal não priorizaram a política de contratualização.

*“Não sei se isso aconteceu só aqui em São Paulo, mas **quem se apropriou mais da metodologia da contratualização foram os diretores dos hospitais, mais do que os gestores**. Tirando aquele grupo inicial do Ministério da Saúde, quem conhece o método realmente são os diretores dos hospitais. A metodologia no CONASS e no CONASEMS não foi desenvolvida. Houve ranço entre as partes, e teve de ser resolvida unilateralmente pelos diretores dos hospitais. Por isso ainda há problemas”* (Superintendente).

Para os dirigentes do HE₁, entre os atores centrais da contratualização, quem menos conhece esse processo é o gestor. Segundo o superintendente do HE₁, o entendimento é que a atual gestão do MS *“não incentiva nada”*, que o CONASS e o

CONASEMS não assumiram a política de contratualização e que *“quem ficou com o conhecimento da contratualização, com a memória, com a vontade, é o diretor do HE”*.

O descompromisso com a política é de tal monta que nem setores do próprio MS a reconhecem. É comum o estabelecimento de parcerias para estudos e pesquisas encomendadas à universidade e realizadas no HE₁ fora do contrato.

A limitação do gestor se expressa também na formulação do contrato. A iniciativa para introduzir metas qualitativas, por exemplo, teria partido do HE₁ (de tal forma que estavam ao alcance e poderiam facilmente ser cumpridas pelo hospital). É possível acreditar que isso se dá por propiciar aos dirigentes do HE mais potência no processo de internalização das metas e por fortalecer o dirigente na disputa que se estabelece no campo da micropolítica. Os dirigentes do HE₁ notam, entretanto, progressiva ampliação da capacidade do gestor em exigir maior controle no processo de contratualização.

Observa-se, portanto, que um dos pressupostos centrais da política de contratualização e que se constituía em hipótese preliminar deste estudo não se cumpriu. A contratualização é um jogo de atores ausentes, à medida que o gestor pouco se compromete. O MS progressivamente foi se retirando de cena, seja pelo congelamento do financiamento, conforme discutido anteriormente, seja pela não-implantação dos mecanismos de monitoramento e avaliação do processo, concebido como tarefa fundamental para o sucesso da política. Por fim, nem o CONASS e nem CONASEMS, entidades representativas, respectivamente, dos secretários estaduais e municipais de saúde, assumiram o relevante papel de priorizar essa agenda estratégica para a reforma do sistema de atenção hospitalar brasileiro, embora tenham participado de sua formulação. Pára, portanto, entre os dirigentes do HE₁, certo temor em relação ao futuro da política de contratualização.

A integração do hospital ao sistema de saúde: um jogo difícil

O processo de contratualização em São Paulo não foi capaz de induzir ou proporcionar nenhuma mudança na lógica de organização do sistema de saúde, contrariamente aos pressupostos da política de reestruturação da atenção hospitalar. Gestor e dirigentes do HE₁ avaliam que as mudanças observadas – se ocorreram –

devem ser creditadas à abertura de novos serviços pelo município e pelo Estado que absorveram parte do excesso de demanda do HE₁. Acreditam que a qualidade já existia antes da contratualização. Ressalte-se, mais uma vez, que a iniciativa de fazer a pactuação partiu do HE₁ e não do gestor, que dela participou, em particular no início do processo, de forma apenas incipiente. Segundo um dirigente do HE₁:

“Fui usando a contratualização como instrumento de pactuação com o gestor. Mas o que aconteceu na cidade de São Paulo: Piorou? Diminuiu? Não. Por sorte, concomitantemente, a estrutura de saúde do município foi sendo ampliada. Não sei se por conta das metodologias da AMA ou porque os ambulatórios de especialidade do estado também se organizaram, o fato é que a diminuição das consultas de baixa e média complexidade não teve muita repercussão” (Superintendente).

O redirecionamento das ações de atenção básica realizadas no HE₁ para a rede municipal, uma das diretrizes da política, não foi sequer percebido pelo gestor após quatro anos de acompanhamento e prestações de contas trimestrais. Para a alta direção do HE₁, o declínio no atendimento de demanda de baixa complexidade foi significativo, articulado com a ampliação da rede municipal e estadual no entorno do HE₁. Observa-se, entretanto, que essa mudança ocorreu substancialmente no PS, mas não ainda nos ambulatórios do HE₁, que continuam atendendo importante demanda de cuidados básicos.

Outra diretriz assistencial da política de contratualização indica que o gestor deve assumir a regulação da totalidade dos serviços contratados. A direção do HE₁ relata que ‘praticamente’ 100% das primeiras consultas e SADT estão sob regulação do gestor, mas que a cota acordada não é integralmente utilizada. Note-se, entretanto, que *essa oferta representa apenas 5% das vagas totais* para consultas ambulatoriais eletivas. As demais continuam ocupadas pela clientela cativa da instituição.

A pactuação da quantidade de vagas ofertadas ao gestor tomou como referência estudos de demanda efetuados pelas partes e a oferta de primeiras consultas sob regulação do gestor tem sido ampliada progressivamente:

“A ideia é que esse número de primeiras consultas fosse progressivamente aumentado e é o que está acontecendo. Mas é em torno desse número que ficam as brigas das subespecialidades com os membros da academia, porque eles não querem que aumente e a gente tem que aumentar” (Coordenador dos ambulatórios).

Se no HE₁ há pactuação para a regulação da demanda ambulatorial pelo gestor, o mesmo não acontece no que se refere às internações, que ainda continuam sob controle de uma central de regulação própria do hospital:

“Constituem-se em zona de atrito muito grande (...) O gestor e o hospital precisam amadurecer essa questão, principalmente em se tratando de um HE. Há espaço para que a gente melhore as nossas relações, ofertando leitos, sem que impere o simples ‘agora você não interna mais nada, é o gestor que vai internar’. Na emergência há pactos. Por exemplo, o programa Vaga Zero absorve bem amputação de membro, traumatismo cranioencefálico grave, aneurisma de aorta. Isto é conceito Vaga Zero. A Central de Regulação de Urgência manda e damos preferência pra atender. O que não conseguimos atender é porque estamos lotados (...). Na eletiva nós não avançamos, a não ser com mutirões pactuados. (...) Agora, entregar a internação exclusiva para o gestor... Aqui no Estado de São Paulo... não andou. E eu não acho que tenha sido um problema isso” (Superintendente).

Além disso, há enorme dificuldade para contrarreferenciar os doentes para a rede de saúde. Os usuários ficam definitivamente vinculados ao HE₁, atraídos por sua qualidade e a falta de opções na rede. Do ponto de vista dos dirigentes do HE₁, o sistema ainda funciona de maneira anárquica, à medida que os gestores não conseguiram organizar a rede básica nem a regulação.

As situações aqui apresentadas são complicadores reais da política de saúde. O usuário é protagonista na construção de seus itinerários terapêuticos. Não existe o usuário-modelo que obedece a regras de um sistema idealizado. O acesso aos serviços e a marcação de consultas transformam-se em zona nebulosa, sujeita a diversos fatores.

Os dirigentes entendem que a vocação do HE₁ é terciária. Para as necessidades de ensino seria suficiente o fluxo de baixa e média complexidade dos usuários que vivem nas cercanias do HE₁, que há décadas procuram a instituição. Além disso, apontam os tênues limites entre alta, média e baixa complexidade, por vezes determinadas pela dificuldade do gestor em garantir a oferta de determinado procedimento. Alegam, também, que o gestor demanda mutirões ou quer que o HE absorva a demanda por procedimentos de menor complexidade (cirurgia de hérnia, por exemplo), situações que conflitam com o interesse do HE₁ e impõem conflitos éticos, à proporção que o estabelecimento tem sua lista de espera para diversos procedimentos. Nesse sentido, a contratualização, ao fixar metas pactuadas no Plano Operativo, acaba sendo um fator que impede ou dificulta a imposição dessa demanda.

Observa-se, por outro lado, que parte da demanda reprimida constituiu-se a partir dos interesses dos departamentos e de pesquisas. Mudanças no formato da regulação geram reações intensas. A contratualização acabou sendo utilizada como argumento para as mudanças pretendidas. O gestor, por seu lado, quando inquirido sobre a questão, afirma evasivamente que *“a oferta está sob regulação, em fase de aprimoramento, com a elaboração da PPI e com outros instrumentos que vão ajudar”*. O questionamento dos arranjos de poder do HE não é assumido como problema pelo gestor.

Uma mudança substantiva induzida pela contratualização, segundo o superintendente do HE₁, foi a decisão de que o hospital não ia crescer mais. Na verdade, a quantidade de consultas após a contratualização diminuiu. Destaque-se que o gestor não participou dessa decisão.

A política de contratualização condiciona a abertura e prestação de novos serviços no HE à pactuação prévia com o gestor do SUS. Entretanto, não houve interferência nessa diretriz. Na opinião do gestor, seu cumprimento é mais facilmente evidenciado nos estabelecimentos que são organizações sociais, que *“já nasceram com uma tradição de prestar informação, de comprar o serviço que a Regional participa”*, submetendo-se à lógica de contrato de gestão e compra de serviços. Os demais, como é o caso do HE₁ *“se mantêm do mesmo jeito, embora sempre haja uma tentativa nossa e deles de aprimorar essa questão da regulação”*. A partir do relato dos dirigentes do HE₁, nota-se que o tema é mais complexo e permite evidenciar as entranhas do poder e da autonomia dos médicos, que criam serviços muitas vezes à revelia da direção do HE₁ e da universidade, postura estimulada muitas vezes por reitores na construção de alianças com certos departamentos.

“O HE₁ só ficava sabendo da abertura de novos serviços porque eles precisavam de funcionários, equipamento, de alguma coisa e vinham contar para a gente que eles existiam. Aí quando você via, ele estava num sistema, às vezes duplicando recursos, atendendo o mesmo doente em dois, três lugares diferentes, brigando entre eles pelo doente e eu não sabia” (Coordenador dos ambulatórios).

Já em relação ao progressivo fechamento da chamada dupla-porta dos HEs contratualizados, prevista na portaria, gestor e dirigentes entrevistados assumem que não houve modificações.

Abrir o hospital para as demandas do gestor é fundamental para inserir e integrar o HE ao SUS. No que tange à participação dos sujeitos da instituição na definição das metas, percebe-se, por exemplo, que a cessão de vagas para agendamento direto foi discutida com cada setor e serviço a partir de uma negociação (não necessariamente litigiosa). Mas há muita resistência por parte da área acadêmica em compreender as ações que visam ampliar a integração do hospital no sistema de saúde, vistas como uma traição à origem da instituição acadêmica e expressa didaticamente na seguinte frase, dita ao superintendente do HE₁ por um professor titular: **“Você está vendendo o hospital para o SUS!”**

O gestor utiliza a contratualização para negociar internamente a mudança desejada, tirando o peso da decisão e do conflito da responsabilidade da direção do hospital:

“A contratualização tem a vantagem de tirar a responsabilidade de decisão das costas da direção do hospital. O pagador é o gestor, o contrato é esse e eles querem isso. Acaba com a conversa sobre a entrega do HE ao SUS. Não, está dentro da meta, do que foi combinado” (Diretor administrativo).

Se para o gestor e para os dirigentes do HE₁ as mudanças assistenciais produzidas e que podem ser atribuídas à contratualização foram insignificantes, por outro lado, fica patente que esse processo foi utilizado instrumentalmente pela alta direção do HE₁ como dispositivo para a realização de desejos e visões de como deveria ser a instituição. A contratualização foi claramente utilizada pela direção do HE₁ como argumento persuasivo para reorganizar a demanda do ambulatório e da urgência e vencer resistências internas, particularmente da área acadêmica.

Percebe-se, ainda, que ao longo dos quatro anos de contratualização, a discussão sobre vagas, perfil de residência médica e multiprofissional, política de avaliação e incorporação tecnológica não entraram na agenda dos gestores, dirigentes do HE₁ e da universidade.

O fetiche da informação: a “irracionalidade da racionalização”

Para o gestor estadual, o sucesso da política de contratualização dos HEs depende da implantação e estruturação do SAHE, desenvolvido e aperfeiçoado a partir de 2005, tendo como base a experiência da SES-SP com organizações sociais.

Além de visitas técnicas e avaliações trimestrais, efetuadas pela Comissão de Acompanhamento, previstas nas portarias interministeriais como exigência formal para monitoramento dos contratos de gestão, foram obrigados a alimentar o SAHE. Periodicamente, o gestor estadual organiza seminários com dirigentes dos HEs para discussão, análise e devolutiva dos dados.

O gestor aposta que o monitoramento de resultados selecionados a partir do conjunto de indicadores e a análise comparativa de cada HE com outros hospitais têm um potencial transformador, funcionando como efeito indutor do processo de mudança e melhoria da qualidade dos gastos dessas complexas organizações hospitalares.

A ênfase do SAHE é nos resultados e não em processos, embora os resultados monitorados muitas vezes não guardem relação significativa com as metas contratualizadas entre o gestor e a instituição hospitalar de ensino, principalmente no que se refere às metas qualitativas.

O sistema de avaliação recebeu grande adesão dos HEs, na opinião do gestor, inclusive com significativa ampliação da qualidade, da fidedignidade e da própria capacidade de fornecimento dos dados contidos no SAHE. A relação entre o gestor estadual e o HE acaba sendo estabelecida, fundamentalmente, por meio do SAHE. A partir dessa lógica, a SES/SP efetua o processo de acompanhamento dos hospitais certificados e contratualizados como HEs.

O HE₁ teve que desenvolver mudanças importantes na sistemática de monitoramento e acompanhamento interno a fim de gerar os relatórios gerenciais exigidos pelo gestor estadual. Note-se, entretanto, que não há uma integração entre os três sistemas utilizados pelo hospital: o que alimenta o SAHE com informações exigidas pela SES-SP; o sistema informatizado para a gestão do cotidiano do HE₁; e, um terceiro, criado pelo estabelecimento hospitalar, para o acompanhamento e prestação de contas das metas contratualizadas, à medida que o sistema estruturado pela SES avalia um conjunto de indicadores hospitalares, mas não contém as metas contratualizadas de cada HE.

De forma antagônica ao peso que a SES-SP atribui ao sistema de informações para os HEs, a alta direção do HE₁ considera o SAHE irrelevante como instrumento de avaliação de desempenho institucional. Os dirigentes dizem que se trata de uma

obrigação, cumprida formalmente, mas que não interfere no pagamento da parte variável do incentivo previsto na política de contratualização e nem tem importância para a avaliação do cumprimento das metas pactuadas.

É possível identificar claramente o peso que o gestor estadual do SUS e os dirigentes do HE₁ atribuem aos sistemas de informatização no processo de contratualização. A informatização emerge como base tecnológica da racionalidade instituída.

Há um fetiche em torno da informação e de sua capacidade em ampliar o controle (meio) e produzir as transformações desejadas na organização (fim). Essa é claramente a visão do gestor na condução da política para os HEs, mas é também assumida pela alta direção do HE₁, ainda que em termos nitidamente distintos. Há uma generalizada crença dos entrevistados no poder da informatização. Segundo o gestor estadual:

“Se eu fosse secretário da saúde, iria jogar todas as minhas fichas num adequado sistema de informatização. O resto não interessa. Informatizou direito, tem a informação correta, aí você começou a trabalhar”.

É perceptível, ainda, um evidente contratualismo em torno dos distintos sistemas de informação que o hospital precisa utilizar. A direção do HE₁ alimenta o SAHE porque se trata de uma exigência formal. Não se observa o ‘potencial transformador’ pretendido pelo gestor. Na prática, institui-se um sistema ritualístico que gira em torno do fetiche da informação que se estabelece como base tecnológica racionalizadora, mas que se expressa marcadamente pela irracionalidade dos múltiplos sistemas em uso, deixando transparecer o irracional dentro da racionalização.

A contratualização na esteira da racionalização da vida hospitalar

No presente estudo, adota-se o conceito **de racionalização da vida hospitalar** para designar *o conjunto de estratégias de gestão que visam disciplinar, regulamentar e controlar a vida no hospital, a partir de uma racionalidade “instrumental” que almeja introduzir elementos de previsibilidade, redução da variabilidade e controle em toda a vida organizacional, incluindo aí a prática dos profissionais médicos* (CECÍLIO, 2007a). Tal “racionalização” deve ser entendida como parte de uma lógica efficientista, que

pensa o hospital como empresa com crescentes custos operacionais, atuando em um mercado de saúde cada vez mais competitivo e, portanto, devendo ser administrado a partir de estratégias de gestão assentadas sobre princípios racionais, quais sejam, técnicos, objetivos e eficientes. Tal tendência também pode ser observada no campo público governamental por uma espécie de sua “contaminação” por tais princípios, o que tem sido denominado de gerencialismo por alguns autores (VIEIRA e CARVALHO, 1999; PAULA, 2005; ABOU-JAMRA, 2010).

A análise do material empírico obtido no campo de investigação demonstra que a contratualização opera sinergicamente ao vetor de racionalização em curso na organização hospitalar. A ênfase dada aos sistemas de informação e às mudanças instrumentais por si constituem elementos reveladores da racionalidade embutida nos processos de gestão.

“Com a contratualização, nós melhoramos muito as nossas ferramentas, organizamos muito os nossos processos. Hoje, toda área administrativa tem uma possibilidade real de conhecer e tomar decisão baseada no sistema online” (Diretor administrativo).

Em parte, a contratualização parece ter reforçado ou contribuído para mudanças racionalizadoras (“modernizadoras”) experimentadas pela direção do hospital. Frequentemente, tais mudanças estão claramente voltadas para produzir maior visibilidade da micropolítica do hospital e a viabilização de graus mais altos de governabilidade para a alta direção, em particular no enfrentamento do poder médico e acadêmico. A implantação da gestão pela qualidade e do Manual Brasileiro de Acreditação como orientador de gestão, foram incorporadas como ferramentas de uma pretendida “modernização gerencial”, bem antes da política de contratualização. Já havia uma aposta gerencial e política em torno do processo de implantação de um sistema de informações gerenciais, tanto para a regulação assistencial, como para gestão administrativa e financeira do hospital, desenvolvida pelo grupo dirigente desde 2000, que, com o discurso de ampliar a autonomia e responsabilidade das várias áreas do hospital, poderiam ser vistas como o fortalecimento da capacidade de controle em nível central e de desenvolvimento de mecanismos mais horizontais (e poderosos) de controle. Segundo o diretor administrativo:

“Antigamente, eu decidia todas as compras do hospital. Agora, todas as áreas têm orçamento mensal. (...) isso poupa muito o meu trabalho, que se reduziu a um terço. (...) Cada um deles recebe o seu quinhão mensal e coloca os pedidos. Para

*fazer o pedido tem que ter saldo, se não tiver, não adianta nem pedir. E o pedido é calculado no preço médio ou no preço da última compra ou o que for menor. (...) Eu só deixo comprar no sistema pela bionexus. Só pode comprar com a curva A com 1% de diferença e curvas B e C com 5% de diferença, com **um sistema de autofiscalização horizontal**. Se conseguiu uma negociação melhor, o valor que sobrou volta para dentro do orçamento”.*

Para além do aspecto econômico-financeiro, há o entendimento de que a contratualização obedece a uma lógica muito interessante e que favorece a gestão, à medida que as metas não são apresentadas por acaso: são dinâmicas e visam a uma administração mais organizada. Assim, é possível avaliar todos os setores do hospital, com melhoria da qualidade e da organização administrativa. Ou seja, a lógica da política de contratualização encontra fortes ressonâncias em processos racionalizadores em curso na vida organizacional. Por exemplo, as ações para enfrentar o processo de judicialização da demanda por medicamentos de alto custo, que impactam violentamente sobre os custos do hospital, não guardam relação direta com a contratualização. O gestor decidiu ampliar o controle sobre os serviços e a autonomia dos médicos em relação à prescrição. A direção, por seu lado, também impôs suas estratégias, por exemplo, de assumir o controle, através de um software, das internações eletivas (que não são disponibilizadas ao gestor, como destacado anteriormente), que eram controladas pelos próprios médicos, impedindo a organização, controle e previsibilidade da organização hospitalar.

*“A ação administrativa estava nas mãos do especialista, que pega o telefone e fala ‘Sr. João, pode vir internar. Amanhã tem um leito para você’. O hospital amanhece todo dia com 60 a 80 pessoas sendo internadas. Comecei a ter que responder algumas perguntas para o Ministério Público e para a Secretaria de Saúde. Qual é a fila de hérnia, câncer, obesidade, etc.? Quando eu queria esses dados, descobria que estava com o residente, com a secretária, e que tinham distorções. Eu **observei que 35% de todas as internações eletivas do HE₁ nunca tinham passado pelo nosso ambulatório**. De onde vinham esses doentes eletivos? Não era da urgência. **Nós estamos fazendo prontuário paralelo ou está servindo a outros interesses?** Como é que o senhor, Dr. Fulano, Dr. Cardiologista, interna um doente sendo que tem uma fila? Peguei todas as listas, fui para dentro do sistema e vou disponibilizar para o especialista a lista que ele me mandou, vou disponibilizar os primeiros 20 em ordem cronológica. Dentro desses 20, o doutor pode escolher quem quiser. Quando tirar dois, vão subir mais dois e ninguém vai entrar mais na lista se não vier pelo novo fluxo. **Não vai ninguém cadastrar mais o seu doente. Vai ter que mandar para a central de internação para cadastrar a cirurgia dele**. Lá ele vai ter a seguinte informação: o senhor é o número 802.(...) Para incluir algum caso grave ele irá ao diretor clínico dizer que está passando muito mal. Aí tudo bem, nós vamos liberar a internação dele, fazê-lo assinar, assinar o diretor clínico e quem está pedindo. O próprio doente vai saber que está sendo internado na frente desses outros todos porque o seu médico está dizendo que está passando mal” (Superintendente).*

São ações anteriores ao processo de contratualização, mas que encontram forte ressonância nele. Na prática, é muito difícil separar o que são processos oriundos da contratualização e os que advêm de outras iniciativas. A direção do hospital utiliza-se claramente dos dispositivos de controle presentes na contratualização, em particular a ameaça de diminuição de recursos financeiros (o que significa uma ameaça de retorno ao quadro de caos que reinava até então), para fazer consolidar um movimento mais amplo de racionalização da vida hospitalar.

A contratualização, aparentemente, disparou mudanças substantivas, observadas, por exemplo, na organização do ambulatório do HE₁, até então disperso em diversas unidades (as 'casinhas' mantidas pelas disciplinas), numa organização administrativa caótica, determinada pelo jogo de interesses da academia, dividida em 76 especialidades e 116 subespecialidades. A oferta ambulatorial especializada foi concentrada em dois prédios específicos, medida considerada administrativamente mais eficiente. Isso foi possível graças à completa informatização e à inclusão de metas específicas, controladas a cada prestação de contas trimestral. Isso resultou em organização de filas e adequação de recursos humanos. Contudo, segundo o dirigente responsável pela área no HE₁:

“Não foi exatamente por causa de meta (da política de contratualização), mas por todo processo de reorganização administrativa. Para cumprir algumas metas você acaba avaliando melhor algumas coisas. Ultrassonografia disseminada por tudo que era casinha, Nós reavaliamos tudo e tem um projeto de transformar isso numa única unidade. São coisas que vêm vindo, não sei se dá para atribuir isso só a contratualização, mas talvez tenha sido o gatilho” (Coordenador dos ambulatórios).

Observa-se, neste caso, que a ação administrativa foi disparada e colocada na conta da contratualização, mas a decisão de mudar, provavelmente, ocorreria de qualquer forma. O superintendente do HE₁ a utiliza como dispositivo de persuasão para fazer valer seus interesses: *“a contratualização me deu essas ferramentas e dinheiro para fazer essas mudanças”*. A direção do HE₁ avalia que, após quatro anos de contratualização, houve uma mudança radical no serviço, que ficou mais organizado, ágil e que passou a prestar serviços com mais qualidade, mas que as medidas já vinham sendo tomadas. Com ou sem contratualização, acabariam ocorrendo. Ou seja, já havia racionalização. **A contratualização atua como vetor sinérgico a processos racionalizadores em curso.**

Se a lógica instrumental racionalizante da contratualização foi largamente apropriada pelos dirigentes do HE para operar mudanças há muito pretendidas, para o superintendente do HE₁, “*não foi capaz de nos dar governança*” no que tange à gestão da força de trabalho do HE₁:

“Nós não conseguimos substituir pessoal. Nós não conseguimos até premiar pela produtividade. Isto é um erro. Se usarmos a ferramenta de governança equivocadamente que a gente seja punido. O ministério e os órgãos de controle que apontem. (...) A contratualização não deu conta disso. Uma greve pode destruir tudo. Não estou defendendo a fundação de direito privado ou a OS ou quem quer que seja, estou defendendo a governança. Financiamento e governança” (Superintendente).

A percepção de maior eficiência da organização confunde-se, em parte, com a sensação de maior controle da alta direção sobre os diferentes setores do hospital.

“Cada setor do HE₁ passou a ter que prestar as contas de uma maneira mais organizada. Acho que a contratualização, pela própria periodicidade, porque a cada três meses tem que se reunir com o gestor numa reunião muito grande, que todo mundo é obrigado a se expor, é avaliado por que fez isso, por que não fez aquilo, esse tipo de prestação de contas obriga a melhorar a qualidade. Hoje temos números que nós não tínhamos, que na realidade não eram bem adequadas no passado. Esse é um outro ponto a ser salientado”.

O conceito de panoptismo foi desenvolvido por Michel Foucault (1996) para designar uma tecnologia de vigilância e controle, um “diagrama de poder” (DELEUZE, 2005), a partir da ideia do panóptico de Bentham. O panoptismo significa a possibilidade de se lançar um olhar abrangente e permanente sobre dimensões crescentes da vida organizacional, em particular com uso intensivo da informatização da vida hospitalar, de câmaras 24 horas, de utilização de sistemas eletrônicos de controle de presença e circulação dos trabalhadores no hospital. Tudo isso resultaria em um permanente olhar normalizador sobre os indivíduos, sem recorrer à força, mas a tecnologias de vigilância e controle. No limite, fazer de cada indivíduo o princípio de sua própria norma de sujeição, chegando a uma autovigilância. As duas falas abaixo ilustram, de modo impressionante, a lógica (ou o desejo) do panoptismo que acompanha os processos de racionalização da vida hospitalar.

“Tem um outro aspecto que é psicológico, do inconsciente coletivo. O pessoal sabe que eu tenho isso aqui. Só isso. E que de vez em quando eu olho” (Diretor administrativo).

Da mesma forma se enuncia o gerente de informática:

“Aqui eu vejo a vida inteirinha do paciente dentro da instituição, desde o momento em que ele pisou a primeira vez aqui. Consigo enxergar as consultas

ambulatoriais, quantas vezes ele passou no pronto-atendimento, quantas vezes ele passou no PS. Os dados do PS tenho quando foi feito, qual especialidade que ele passou ou não. Quanto gastou, todo o consumo”.

Para a diretora de enfermagem, a contratualização foi uma forma de trazer qualidade, responsabilidade e algumas metas para o HE₁, mas, acima de tudo, um dispositivo para viabilizar projetos almeçados há muito tempo. Admite que as metas foram construídas de acordo com as prioridades que a diretoria de enfermagem já tinha:

*“Do ponto de vista da enfermagem, **algumas coisas que nós sempre apresentamos como importantes de repente ganham um novo valor.** Por exemplo, a sistematização da assistência e a auditoria de prontuários. (...) A gente queria muito fazer auditoria, com ou sem contratualização. **E casou com a necessidade da enfermagem ter metas**, de mostrar melhoria no processo de trabalho. Só não tinha começado”.*

Cita como exemplo de projetos defendidos pela enfermagem, sem apoio e espaço para implementação antes da contratualização, a sistematização da assistência de enfermagem, a auditoria de prontuários e os programas de qualidade da enfermagem. Consubstanciar uma diretriz ou ação como meta do contrato passou a permitir que condições de infraestrutura fossem viabilizadas.

Nota-se que a contratualização foi utilizada como dispositivo de tensionamento, como ferramenta para desenvolver projetos previamente definidos como prioritários pela direção e para ampliar o controle institucional. Metas que se oficializam e que contam com a utilização de uma ação controladora do gestor, panóptica, que, se não for cumprida, coloca em risco a estabilidade financeira alcançada, mesmo que isso não guarde nenhuma correlação com a postura adotada pelo gestor.

A busca de uma maior racionalização da vida hospitalar explicita-se, também, no sistema baseado em controle de internação eletiva. O HE₁ tem cerca de 9.800 pacientes em lista de espera. A direção permite que o gestor do módulo, o médico que está na ponta, escolha entre os primeiros 20 pacientes da lista. Ele gerencia a lista, mas restrita aos 20 primeiros pacientes. Pode consultar todos os parâmetros e acessar todos os pacientes, mas só habilita o paciente para internação entre os 20 disponibilizados pelo sistema. Mantém-se uma lista de espera normal e uma lista especial, que requer autorização do diretor clínico. Uma ação justificada à medida que era comum identificar pacientes internados para cirurgia que nunca tinham

frequentado o ambulatório ou outros que eram 'urgenciados' para acessar a vaga na frente de outros usuários. Observa-se, portanto, uma composição de lógicas racionalizadoras.

A política federal para os HEs previa a implementação de ações adotadas para democratização da gestão que favoreçam seu aperfeiçoamento e que propiciem transparência, probidade, ética, credibilidade, humanismo, equidade e ampliação dos mecanismos de controle social. Uma das medidas indicadas era a implementação de Conselho Gestor ou Comissão de Acompanhamento do Contrato. No HE₁ foi implantada a Comissão de Acompanhamento do Contrato, que se reúne duas vezes por trimestre (uma preparatória e a reunião de avaliação). São convocadas todas as áreas envolvidas com as metas. A comissão conta com representantes dos docentes, residentes, alunos e usuários (uma conselheira do Conselho Municipal de Saúde), da diretoria e dos gestores (municipal e estadual). Há, no entanto, uma representação contaminada de vários segmentos, ocupados por pessoas que mantêm laços de parentesco ou que pertencem à alta direção e representam outros segmentos, numa composição que permite o controle sobre a comissão, um simulacro de gestão participativa.

Contratualização e micropolítica do hospital

A opção metodológica de se avaliar os prováveis impactos da política de contratualização na vida hospitalar, a partir de um "limiar de observação" que coincide com o de sua alta direção, apresenta vantagens e desvantagens. Entre as primeiras, pode ser mencionada uma presumível maior potência de reconhecimento e de problematização de seus elementos mais estruturantes, tais como o financiamento, o uso da informação, a articulação com o sistema de saúde, o relacionamento com os gestores, etc. Por outro lado, uma desvantagem de tal opção metodológica deve ser reconhecida logo de saída: seu provável pouco alcance para revelar eventuais mudanças nos processos mais micropolíticos da vida hospitalar, nas relações cotidianas entre os atores organizacionais e na produção do cuidado. Mesmo assumindo tais limitações, o material empírico evidenciou um conjunto de fatos organizacionais que podem e devem ser levados em conta se a perspectiva é conhecer

melhor os impactos da política de contratualização. O que se apresentam a seguir são fragmentos de falas, reflexões e observações dos dirigentes entrevistados e que funcionam como pequenos “buracos da fechadura”, que permitem espiar um pouco do que se passa na micropolítica do hospital.

Inicialmente, os atores envolvidos no processo de contratualização do HE₁ foram a sua diretoria, a reitoria e os diretores da faculdade de medicina e enfermagem. A ideia de promover a mudança do modelo já vinha sendo discutida nesse âmbito e foi favorecida em função do longo período de permanência do superintendente à frente da direção do estabelecimento.

O processo inicial de contratualização desencadeou tensa discussão sobre a origem da crise financeira do HE₁ (a mais grave do País), envolvendo a direção da instituição e o governo federal. O aporte de recursos programados a partir da contratualização, segundo o superintendente, desencadeou a oportunidade de internalizar a discussão sobre a nova política e as mudanças almejadas:

“(...) eu sabia que uma tarefa do hospital ia ser a internalização desse processo, fundamentalmente com a área acadêmica (...) Então não teve jeito, nós tivemos que conversar, conversar e conversar e aí, já não no momento inicial, mas um pouco mais para frente, a gente começou a fazer aqui reuniões que apelidamos de ‘pactuação acadêmica’, exclusivamente para fazer entender a nova metodologia”.

A diretoria do HE₁ e algumas gerências estratégicas (PS e de ambulatórios, por exemplo) sabiam claramente o que queriam e aonde chegar. Elas utilizaram as mesmas estratégias experimentadas antes para a implantação do programa de qualidade, reunindo-se com cada departamento separadamente:

“Dávamos aulinhas sobre a contratualização, sobre a terminologia que seria utilizada (...) Agora, como contratualizados, nós recebemos por parte fixa, precisamos organizar o atendimento, precisamos pactuar com o gestor, porque eles virão nos avaliar. Se não atingirmos as metas vamos perder recurso” (Superintendente).

A percepção de um docente, já comentada antes, de que “a direção estava vendendo o HE para o SUS” espelha, em parte, resistências e dificuldades de internalização da contratualização com a área acadêmica.

Apesar dos esforços da alta direção do HE₁, **seus dirigentes não conseguem avaliar concretamente o impacto do processo em relação ao conjunto dos atores do HE₁**. A diretora de enfermagem revela, por exemplo:

*“Eu não sei se um funcionário sabe o que é contratualização. Eu faço reuniões a cada dois meses com os funcionários, já coloquei esse assunto em pauta umas quatro vezes e expliquei que isto é bom para nós. As enfermeiras talvez tenham entendido melhor. **O funcionário não entende**, ou entende de uma maneira parcial. Ele não sabe o que é”.*

O coordenador de ambulatórios, da mesma forma, lembra que, na hora em que implantou a regulação e mudanças no ambulatório, *“parecia que ninguém tinha ouvido nada. **A gente teve que explicar tudo de novo, explicar caso a caso”**.*

Há evidentes reações dos docentes e médicos às mudanças que podem ser reconhecidas nas falas dos dirigentes. Para o coordenador dos ambulatórios, a regulação das primeiras consultas pelo gestor trouxe controvérsias:

*“**Alguns médicos se recusaram a atender, brigaram com o doente, deram problema.** A gente teve até que fazer boletim de ocorrência. Eu tive que intervir pessoalmente, ligar, sair correndo daqui para lá, conversar com o médico, lembrá-lo que além de tudo estava infringindo a ética. De vez em quando ainda estoura uma coisa assim. **Alguns médicos acharam que ia ser um atendimento a mais, criaram um clima de terror.** A gente fez um trabalho um a um, chamamos o chefe da disciplina, conversamos com ele para explicar, chamava às vezes até os médicos e fazia reunião em conjunto para explicar o que estava acontecendo, que era bom para todo mundo, era bom para eles, ia equilibrar o hospital. No fim, eles já aceitavam, entendiam a lógica”.*

Conforme já discutido anteriormente, no jogo da micropolítica, no enfrentamento que a direção do HE faz com o poder médico, tem se utilizado do maior aporte de recursos para o HE₁ como argumento persuasivo para imposição de suas propostas. Não há dados mais contundentes, pelo recorte metodológico adotado, do quanto a contratualização demonstrou-se efetiva para promover mudanças – e quais mudanças.

O gigantismo do HE₁, uma organização hipercomplexa, amplifica a dificuldade em garantir maior adesão às propostas racionalizantes que, embora façam sentido para a alta gerência, quase sempre são de difícil assimilação para os atores que, em cena, disputam posições e expressam diferentes olhares, aspirações e desejos (CECÍLIO, 2007a). É interessante destacar, tal qual ocorre em quase todas as organizações, a tendência de atribuir as dificuldades aos problemas de comunicação:

*“**Resistência é uma palavra forte.** Eu diria que na realidade a maior parte das resistências que encontramos no começo foi por desconhecimento. Não queriam mudar uma coisa sem saber o motivo. **Na hora que explicamos, o comportamento foi mudando. Pode ser que tenha sido uma falha de comunicação.** Trata-se de uma instituição que atende 116 especialidades, com um número grande de médicos, residentes, estagiários, pós-graduandos. Você não conhece direito as equipes, é tudo pulverizado, num atendimento de 4.000 consultas ambulatoriais*

por dia. Poucos lugares no Brasil têm atendimento dessa monta” (Coordenador dos ambulatórios).

Conforme já discutido anteriormente, a resistência enfrentada não ocorre apenas ou fundamentalmente em função da contratualização, mas como resistência às medidas administrativas que acompanham a racionalização da vida hospitalar e são anteriores ao processo de contratualização. As dificuldades de “comunicação” são incapazes de explicar todos os problemas enfrentados pela direção ao querer imprimir uma nova direcionalidade para o hospital. O mais correto seria pensar que os mecanismos de normalização, controle, visibilidade, previsibilidade e homogeneização pretendidas por essa nova direcionalidade ou lógica gerencial resulta, inevitavelmente, em enfrentamento com os fortes autogovernos dos trabalhadores do hospital. Em outras palavras, a nova lógica gerencial pretendida, mais do que “tecoadministrativa”, é de natureza política. Posturas assumidas ou dissimuladas de conservação fazem parte da vida e do cotidiano das organizações. No caso do hospital, a expressão mais nítida se observa entre os médicos/docentes e, entre estes, certos grupos de especialidades, tradicionalmente considerados mais “difíceis”, em qualquer lugar do Brasil, por quem se ocupa da gestão.

Um bom exemplo disso são as resistências observadas diante dos critérios de inclusão e agendamento de pacientes para pesquisa, controlados também pela direção do HE₁, que passa a exigir parte do financiamento da pesquisa para cobrir os custos correspondentes. Segundo o superintendente:

“Com um ambulatório com mais de 4.200 consultas/dia eletivas, nunca faltou doente para pesquisa. Um grande atrativo, até para os órgãos de fomento de pesquisa, é a quantidade de doentes e de pesquisadores. O hospital passou tardiamente a perceber isso. Os doentes são do HE₁. Você quer nosso doente? Você vai pedir ao SAME, porque nós também organizamos o SAME”.

Aparentemente, a elaboração do plano operativo anual não causou impacto na *qualificação do processo de planejamento estratégico hospitalar em conjunto com equipe multiprofissional visando metas setoriais específicas para cada área de atuação*, prevista na política. Observa-se que não há tradição de equipe multiprofissional, pelo menos nos termos pensados na política. O HE₁ mantém ações específicas numa lógica centrada na gestão de projetos e não no planejamento estratégico para o hospital. É perceptível, para o superintendente, entretanto, o impacto na qualificação do

planejamento do hospital, por exemplo, na organização da demanda do ambulatório e da urgência.

Na área da gestão do cuidado é marcante a ideia de “colocar ordem nas coisas” para enfrentar a desorganização resultante do poder e da autonomia dos médicos/docentes. Daí o peso atribuído ao sistema informatizado de regulação e de gestão, discutido anteriormente. Observa-se que as metas da contratualização influenciaram positivamente, por exemplo, na sistematização do trabalho da enfermagem que, como ocorre nas organizações hospitalares, apresenta-se como o corpo mais disciplinado do hospital.

“O corpo de enfermagem resolveu assumir mais do que os médicos. (...) No primeiro mês tomamos pancada, primeiro e segundo trimestre também, mas agora nós já estamos com o sistema rodando bem. A nossa enfermagem olha o prontuário com mais critério, já identificamos três ou quatro indicadores, como escara, queda do leito, medicação errada, e isso resultou na qualidade da enfermagem” (Superintendente).

A forma como são formuladas as metas nos trazem elementos da micropolítica do hospital, entre outras coisas por mostrar como os indicadores que dependem diretamente da atuação da enfermagem (e de seu disciplinamento) são mais bem-monitorados, como os indicadores de queda de leito e risco para úlcera por pressão, entre outros. Porém, a diretora da enfermagem justifica o não-cumprimento de uma das metas indicadas pelo gestor ao HE₁ – a implantação da classificação de risco no acolhimento do pronto-socorro – pelas seguintes razões:

“Ainda não colocamos como meta, nem para este ano, porque a gente tem certo receio. É uma medida muito polêmica, envolve não só enfermagem, mas muitos outros profissionais”.

Verifica-se, portanto, no discurso da diretora de enfermagem, o quanto ainda é mais fácil ou possível pactuar metas que se encontram tradicionalmente no âmbito da governabilidade ou competência da enfermagem. Porém, quando implicam pactuação interna, trabalho em equipe, enfrentamento de interesses corporativos ou acadêmicos, em particular dos médicos, a coisa muda de figura. Pode-se ver, aqui, uma indicação do quanto as relações reais de poder que atravessam e constituem a micropolítica do hospital são mais difíceis de serem efetivamente transformadas.

A contratualização de metas atende à implementação de projetos que se restrinjam ao âmbito da governabilidade de cada setor, que não envolvam decisões e

compromissos de várias áreas do hospital, o que pode ser uma indicação do quanto a contratualização poderia impactar efetivamente na micropolítica do hospital. Com a classificação de risco no acolhimento, a enfermagem poderia assumir o controle da porta do HE₁, configurando novas relações clássicas de poder no hospital. Algo inconcebível para uma instituição deste porte:

*“O pronto-socorro fica na nossa mão. **Aí a enfermagem vai mandar no pronto-socorro no sentido de demanda (...)** Foi parar até na comissão de ética porque **alguns médicos só de ouvirem falar, já estão questionando.** A gente não chama isso de triagem. A gente chama isso de classificação de risco, porque nós não vamos mandar ninguém embora. (...) Só que no pronto-atendimento, onde não fica residente e temos dois médicos clínicos contratados, eles acham bárbaro!”* (Diretora de enfermagem).

Provavelmente a implementação da classificação de risco resultaria em conflitos ao revelar a utilização informal do PS para a realização de pré e pós-cirúrgico de pacientes que não passam pelo ambulatório, a captação de clientela de origem privada, de demanda que é indicada inadequadamente pelos docentes e médicos para procedimentos eletivos no ambiente de atendimento de urgência, etc. Além disso, os esquemas de cobertura de plantões durante a madrugada, que protelam o cuidado para a responsabilidade das equipes que assumem o plantão pela manhã tenderiam à necessidade de mudança.

*“Com exceção da emergência, onde sempre tem alguém mais preparado para ajudar, o PS é terra de ninguém. Para colocar classificação de risco, eu preciso de mais oito enfermeiras e 12 auxiliares, porque eu vou colocar auxiliar junto com a enfermeira para ir encaminhando. Mas o superintendente teme contratar 20 profissionais e não dar certo, porque **se os médicos não cooperarem não vai dar certo**”* (Diretora de enfermagem).

A direção do HE₁ até propôs que fosse incluída essa meta para a enfermagem, mas esta se recusou a apresentá-la isoladamente.

*“A academia não é ágil, mas a culpa não é só deles, é dos professores também. E a classificação de risco impõe um pouco mais de agilidade. A ideia é se o paciente estiver muito tempo esperando por exame alguém vai atrás, entendeu? **Isso porque a gente toma um pouco mais de conta do fluxo do paciente e aí isso começa a incomodar todo mundo (...)** a gente entende que é um trabalho multiprofissional, multidisciplinar. Mas, nós temos que ter garantias”* (Diretora de enfermagem).

O HE₁ é, na avaliação do superintendente, uma instituição marcada por uma *“área acadêmica muito pesada, muito forte, um hospital que era e é ainda propriedade dos professores que o construíram”*. A medida da dificuldade em se construir uma nova

pactuação com os diferentes atores e lidar com a cultura da instituição e as relações de poder pode ser observada no relato a seguir:

“A gente chama o chefe do departamento aqui. Ele nem sempre é o mais presente no serviço. Falo com ele e ele não leva a informação para baixo. E quando a gente chama as pessoas que estão com a mão na massa, sem trazer o departamento, a chefia do departamento fica brava porque fez um by-pass que não é muito bem visto. A gente está sempre entre a cruz e a espada. (...) Na área administrativa a gente tem conseguido fazer, mas na área acadêmica fica essa questão: um é o professor titular, mas não é chefe de departamento. É difícil” (Superintendente).

A direção do HE₁ teve que empreender importante esforço de discussão com os departamentos e promover pactuações acadêmicas, sem o quê, na opinião dos dirigentes entrevistados, as mudanças desejadas não teriam sido observadas: *“(...) não daria para fazer tudo isso sem estar pelo menos combinado com a estrutura acadêmica e assistencial”* (Superintendente).

É possível perceber, a partir das entrevistas, como a direção do hospital expressa distintos interesses e se apoia em alianças, ora com o gestor, ora com a comunidade acadêmica, ora com a reitoria, utilizando-se da contratualização como dispositivo para as mudanças pretendidas. Como os dirigentes do HE avaliam que o gestor, a partir da nova lógica de financiamento, não se preocupa com o controle das despesas que extrapolam o estabelecido no contrato, não vêm saída a não ser ampliar internamente os mecanismos de controle: *“Se eu fizer mais consulta, menos consulta do olho direito, do olho esquerdo, é problema meu. Para o gestor, o dinheiro está aqui e eu faço o que quero...”* (Coordenador de ambulatórios.)

O coordenador de ambulatórios avalia que *“(...) o poder da instituição universidade é muito forte. Menos do que antes, mas ainda é. O reitor respeitou um pouquinho mais as regras do que o anterior e se propôs a organizar as casinhas.”* Na prática, entretanto, o jogo de pressões, em particular dos docentes e médicos sobre a direção do HE₁, é intenso:

“(...) Combinei que ele fala sim, mas que vai ver. E eu falo o não. É um acordo. Assim como o diretor administrativo fala mais não do que eu. Posso falar para o reitor: ‘Você vai até um certo ponto mas se preserva. Eles vão pedir a tua cabeça e eu não quero isso’. Tem que haver certa habilidade política para você se manter aqui, senão não sobrevive” (Superintendente).

A reação de parte da comunidade acadêmica às mudanças implementadas demandou intervenção do reitor a partir do seu espaço de poder institucional:

“O reitor colocou no hospital um Conselho de Administração. São cinco professores titulares. Tinha muita queixa da área acadêmica. Mas tenho um contrato de contratualização, não posso gastar mais do que eu posso. Ele criou o conselho de titulares e falou para os seus titulares: ‘Ninguém mais fala comigo. Fala com esses aqui que são seus pares’. Esse conselho pede mensalmente vários indicadores. A gente fornece, sistematizado, taxa de ocupação, taxa de infecção, mortalidade”.

No jogo de pressões foram implementadas complexas decisões que interessavam aos dirigentes e confrontavam a corporação médico-acadêmica, com a contratualização sendo utilizada como dispositivo de persuasão:

“(...) a contratualização também contribuiu aqui dentro do hospital a ajudar a gente a organizar essa questão da demanda. A universidade tomou uma decisão. O prédio onde está a reitoria, do térreo ao terceiro andar, era todo ocupado pelo ambulatório. A reitoria requisitou o prédio inteiro. Arrumou-se outro lugar e aí quando essas especialidades foram para esses lugares, foi de uma maneira mais organizada do ponto de vista da quantidade de consultório. Puxa vida, eu tinha 15 salas e agora só vai ter oito. Houve a oportunidade de organizar. Portanto, novos ambulatórios também não foram criados, novas subespecialidades não foram criadas” (Superintendente).

Segundo o coordenador dos ambulatórios, as resistências observadas por parte da academia na área assistencial foram intensas, mas escamoteavam outros interesses. A pulverização do ambulatório em ‘casinhas’ seria uma estratégia usada por docentes e departamentos para obter recursos para pesquisa e ampliação de poder institucional. O núcleo duro da estrutura acadêmica pode ser também evidenciado na maneira como a diretoria do HE₁ lidou com a pesquisa, criando um setor ligado ao hospital, à universidade e à fundação de apoio para substituir os centros de estudos ligados à Fundação de Apoio. Passou-se a controlar a realização de pesquisas dentro do HE, com regras que permitiram ampliar a captação de receitas com pesquisas. Segundo o superintendente:

*“Passamos a dizer: **se é pesquisa não manda a conta para o SUS!** Organiza aí e fala com o financiador (...) Os centros de estudo poderão continuar a existir, fora da universidade e do HE₁, como iniciativa de esfera privada. **Na utilização da marca universidade terão que entrar na fundação de apoio da universidade.**”*

Na área assistencial, a oferta de vagas para usuários oriundos das unidades básicas de saúde, cujo acesso se deu de forma regulada pelo gestor, resultou em fortes resistências, que exigiram que a direção fizesse inúmeras reuniões com a superintendência:

*“O superintendente teve que usar todo seu prestígio para **dizer ao professor doutor, titular não sei do quê, que ele ia ter que atender sim os 20 pacientes da UBS, porque senão não teria dinheiro para pagar sua casinha, não teria dinheiro***

*para pagar sua conta de luz. Assim, ele entendeu que tinha que atender. E aí começou a se adequar, **mas com muita resistência dos médicos, que também não querem atender mais***” (Coordenador dos ambulatórios).

Um breve histórico da instituição ajuda a compreender melhor essa discussão. O HE₁ foi constituído como uma instituição privada, criada a partir da instalação da Faculdade de Medicina, em 1933, e que resolveu construir o hospital-escola, inaugurado em 1940, pertencente aos professores. Segundo um dirigente, embora tenha sido federalizado em 1956, continuou sendo tratado como um hospital privado.

“Os catedráticos – grandes figurões nacionais – consultavam na enfermaria. Esse espírito, guardada as devidas proporções, ainda permanece. A academia fazia a gestão. É como se o diretor mandasse nos corredores apenas. Não gestava mais nada, nem os funcionários, nem a produção de serviços” (Superintendente).

Uma das mais conhecidas consequências da racionalização da vida hospitalar é o conflito entre o poder administrativo e o poder médico no hospital. Considerando este sistema dicotômico de autoridades, a introdução de uma lógica racionalizadora pela administração hospitalar embate sempre no poder de decisão do corpo médico que, por sua vez, ativa estratégias de conservação da autonomia dos serviços, que visam, como resultado final, a manutenção do poder médico na instituição. Os estudos de Carapinheiro (1998) demonstram que,

“(...) o modelo de racionalidade médica dominava o modelo de racionalidade organizativa, fazendo sucumbir os projetos de controle social do poder administrativo nas zonas de ação e decisão mais vulneráveis para o reforço do poder médico no hospital”.

Nesse modelo de racionalidade médica, é o ideal de uma prática liberal que os médicos, segundo a autora, procuram preservar na organização hospitalar. Sua autonomia pode ser caracterizada, entre outras coisas, pela manutenção do direito de selecionar clientela de acordo com os “casos clínicos interessantes”, reservar leitos, definir horários de trabalho, dedicar-se mais ou menos à assistência direta aos pacientes, etc., e, assim, contrapor-se à autoridade administrativa. A manutenção de tal autonomia na sua forma mais ou menos “ideal” vai depender das diferentes acumulações de poderes na instituição e difere, inclusive, entre os próprios médicos.

“Na preservação da sua autonomia e independência e na conservação da posição dominante da sua autoridade e responsabilidade, a referência última dos médicos é a referência profissional, realidade transversal da sua presença na organização hospitalar, constituindo o poder de autorregulamentação uma outra forma de poder médico, totalmente imbricada no poder técnico-carismático” (CARAPINHEIRO, 1998).

A postura do diretor clínico, eleito pelos médicos para representar seus interesses e, em particular, dos docentes médicos e seus mais eminentes catedráticos, que abominam qualquer participação ou discussão, é destacada pelos entrevistados. Eles avaliam que esses catedráticos não têm nenhum compromisso com os objetivos institucionais, mas querem ganhar espaços na disputa por *“uma hora cirúrgica ou mais um leito, mais um equipamento para a disciplina, para os especialistas da área dele”* (Coordenador Administrativo).

O poder médico evidencia-se nitidamente em outro exemplo. Um dos pontos críticos do HE₁ é o PS. Há consenso que a demanda interna produzida pelo PS desorganiza e desestrutura o planejamento central e o controle das internações oriundo das disciplinas e cátedras. Para enfrentar os problemas decorrentes da existência de pacientes em macas no PS e leitos vagos nas enfermarias, a direção do HE₁ tem avançado no controle sobre as disciplinas:

“Vai internar cirurgia lá, porque eu estou precisando. Isso não é simples de fazer. Se a gastro está lotada e tem uma vaga na plástica, mandamos internar na plástica. Mas isso precisa ser feito com jeito, pois abre crise. A coisa pode voltar como uma avalanche em cima de nós, eu não posso criar condições para que alguém peça minha cabeça, entendeu?” (Superintendente).

Vê-se, na fala acima, como a diretoria do hospital resulta de uma tensa composição de interesses, que deve ser “administrada” o tempo todo. Pode-se, perceber, também, como elementos importantes da micropolítica do hospital emergem, o tempo todo, nas falas dos dirigentes, permitindo vislumbrar sua complexidade e o quanto a política de contratualização consegue, ou não, alcançá-la ou modificá-la em algum grau.

A dificuldade em lidar com os conflitos que expõem os interesses dos médicos e docentes foi determinante, na visão da diretora da enfermagem, para a não-implantação da classificação de risco no PS, pois exigiria mexer com modos muito instituídos de funcionamento do hospital.

*“Quem interna e dá leito no HE₁ é o médico. Para eles, não cabe à enfermagem resolver qual paciente é mais importante. Então tudo é bem complicado. Agora, por exemplo, no PS, a classificação de risco... **o superintendente está com medo, e eu também, do impacto que vamos criar.** Vamos começar a fazer triagem, criar uma demanda ágil que os residentes não têm...”* (Diretora de enfermagem).

Metas que exigem maior capacidade de enfrentamento com a corporação acadêmica ou com a corporação médica são mais desafiadoras e, por isso, evitadas:

*“O que entra como meta na contratualização tem que acontecer, com certeza, de alguma forma e nós somos muito cobradas e tem que acontecer. E a gente vai justificar na frente dos gestores que tem pontuação e o hospital perde dinheiro. Então, até agora, das minhas metas eu estou muito tranquila. São coisas que a gente está indo muito bem. Tem algumas metas que são simples de manter, não só as de enfermagem. A gente teve que investir alguma coisa, é claro, mas tem algumas que são muito simples. **As do ambulatório são bastante complicadas, porque envolvem contrarreferência, disponibilidade de vaga, acabar com as filas e aí ele vai bater muito, bate muito com academia, com pesquisa clínica**” (Diretora de enfermagem).*

Já quando se trata de auditoria de prontuários e sistematização do trabalho da enfermagem, referidas anteriormente, sem confronto com o trabalho e o poder médicos, foi possível observar avanços. Por outro lado, a contratualização, que demonstra tanta potência para a emergência da enfermagem, não foi capaz de colocar em discussão a qualidade do cuidado para além dos limites da atuação formal da própria enfermagem, numa perspectiva de qualificação do cuidado e trabalho em equipe:

*“Olhamos tudo, mas a nossa intervenção fica mais do ponto de vista de enfermagem (...) **Evitamos trabalhar do ponto de vista médico**, mas é claro que existem situações que são pinçadas e que discutimos. Mas coisas muito berrantes. Evitamos realmente ficar vendo o prontuário como um todo. (...) **a gente tenta fazer um julgamento só da parte de enfermagem**” (Diretora de enfermagem).*

A diretora de enfermagem atribui esse receio ao fato de poder *“mexer, dependendo do hospital, com estrelas da medicina, que não aceitam ser criticados”*. No tocante às demais categorias, entretanto, é mais crítica, observando-se aqui, nitidamente, que há reprodução dos “instituídos”:

*“Sinceramente, nós temos muitos problemas, porque os outros serviços não acompanham, os serviços de apoio não conseguem acompanhar algumas mudanças que queremos fazer. E muitos dos processos de melhoria são difíceis, porque exigem uma pactuação com a farmácia, com a lavanderia, com a nutrição, com a manutenção, com a central de equipamentos, todos esses serviços (...) A enfermagem aqui perde muito tempo, um dos maiores problemas da enfermagem do HE₁ é essa. O medicamento está sempre atrasado, mas é a farmácia que não providencia a tempo. Então o que a gente tem feito é **trabalhar os processos de trabalho que dependem da enfermagem**” (Diretora de enfermagem).*

De qualquer forma, é impressionante como a diretora de enfermagem, mesmo fazendo parte do “limiar de observação” (a alta direção) adotado no estudo, aporta elementos importantes para se compreender a lógica de funcionamento das corporações nos hospitais: *“A enfermagem é muito adaptável. Ela tem se adaptado e não tem tido grandes problemas”*.

Não houve, no entanto, significativas mudanças na relação da enfermagem com a área de apoio e com o próprio corpo clínico:

*“Onde já era boa continuou, onde tinha problema continuou com problema, mas **não foi a contratualização em si que deu novo rumo para esse processo (...)** O grande problema da contratualização não é da enfermagem e do corpo clínico, é da diretoria com o corpo clínico. É a coisa da academia. É a cultura que os residentes precisam aprender e que tem que ter 300 cirurgias, não pode ter 100. É a cultura que, se a gente vai estudar uma doença rara, nós vamos trazer os pacientes do Brasil inteiro para cá, que necessitarão de medicamentos caríssimos. O grande problema é esse”* (Diretora de enfermagem).

Os dirigentes do HE₁ declaram assumidamente se utilizaram das diretrizes da contratualização vindas de “fora” por um ator externo ao hospital, para tentar, de alguma forma, influenciar ou intervir na micropolítica do hospital, tentando provocar as mudanças que avaliam como necessárias para um novo funcionamento do hospital universitário.

*“Olha, **quem está mudando não somos nós. Quem está querendo que mude não somos nós. Quem nos contrata, quem manda o recurso é que está exigindo essas mudanças.** Nós temos que mudar. Agora não temos mais que falar em produção, temos que falar em metas. E não são mais metas quantitativas, mas, fundamentalmente, metas qualitativas”.*

Destaque-se, por fim, que apesar da resistência anunciada, que os dirigentes do HE₁ reconhecem, como não poderia deixar de ser, a marcada autonomia do trabalho médico e que, no mundo das relações que se estabelecem entre esses profissionais e seus usuários escapam, o tempo, dos mecanismos de controle embutidos nas estratégias racionalizadoras: *“**lá mesmo, na hora do atendimento, será que ele não cria uma demanda, não liga para os colegas e manda?**”* (Superintendente).

A análise dos dados em processo: as “categorias-espelho” e as “categorias-novidade”

O ganho metodológico nesta primeira *estação* foi a construção do conceito de “categorias-espelho” e “categorias-novidade”. As primeiras quase que “induzidas” ou “reflexos” do próprio roteiro de entrevista; as últimas, como aspectos novos, que não eram um simples decalque das questões do roteiro de entrevista. Percebemos que tínhamos que estar atentos para não cairmos na tentação de fazermos apenas uma avaliação da política usando a grade da política, ou seja, precisávamos evitar incorrer no erro de escutarmos apenas aquilo que perguntávamos. Estávamos conscientes de

que esse é um problema frequente nas avaliações de políticas públicas, que acabam funcionando como uma *check-list* montada a partir das diretrizes da própria política. É o que poderíamos chamar de uma “avaliação tautológica”. Bom exemplo disso são os instrumentos de avaliação adotados pelo Pacto pela Saúde, que são, literalmente, uma *check-list* construída a partir dos grandes eixos da política com colunas do tipo “cumprido”, “não-cumprido”, “prazo para ser cumprido”. Tínhamos que prestar atenção nas “novidades”, naquilo que transbordava a grade avaliativa. O que aconteceria nas próximas *estações* quando aplicássemos o mesmo roteiro de entrevista, montado a partir dos grandes eixos da política? Haveria uma reprodução das categorias empíricas? As “categorias-novidade” produzidas no HE₁ poderiam também ser utilizadas nos próximos hospitais?

Considerações sintéticas sobre as categorias produzidas no HE₁

O impacto do financiamento

O financiamento é o item de maior impacto e visibilidade da política de contratualização dos hospitais de ensino no caso do HE₁. A ampliação do volume e as mudanças implementadas no modelo de financiamento, como referido anteriormente, em particular no contexto de uma instituição açodada pela crise financeira e por forte endividamento, aponta não apenas para um cenário de maior equilíbrio econômico-financeiro como permite que a organização passe a vislumbrar como viáveis projetos há muito desejados.

Observamos, entretanto, desvirtuamento da lógica proposta pela política de contratualização. O gestor estadual passou a remunerar o HE₁ por contrato global fixo e o cumprimento de metas, avaliadas trimestralmente, não foi considerado no cômputo dos valores recebidos pelo HE₁, desconsiderando as diretrizes da política.

Ao analisarmos essa categoria, já foi possível perceber uma primeira indicação de que a contratualização foi apropriada pela alta direção do hospital como um dispositivo a serviço das mudanças desejadas e da ampliação do controle gerencial. A ameaça de que o gestor do SUS diminuirá o aporte de recursos financeiros previstos no contrato caso as “metas não fossem cumpridas” (o que, ficou evidenciado, não é

opção do gestor) é frequentemente utilizada como meio de persuasão para que decisões e projetos da direção do hospital sejam implementados.

O êxito da política observado em torno do financiamento, no entanto, não produziu sensação de conforto e esperança para gestores e dirigentes do HE₁. Paira no ar muita desconfiança em relação à falta de sustentabilidade política e o risco de descontinuidade na política de contratualização por parte dos gestores federais.

A contratualização: um jogo de autores ausentes

O gestor estadual não se apropriou do processo efetivamente para produzir as mudanças que se pretendia instituir por meio da política de contratualização. Aparentemente norteou-se por uma postura simplista, supondo que organizações hipercomplexas, como o HE, serão capazes de produzir alterações em seu padrão organizativo a partir de metas estabelecidas e vinculadas ao repasse de recursos financeiros previstas em dada política ou pelo efeito transformador provocado pela comparação de diferentes indicadores entre os HEs. Na verdade, uma maneira de não enfrentar efetivamente as relações de poder implicadas na gestão de redes e estabelecimentos hospitalares de ensino, onde o poder dos médicos e dos docentes se potencializa sinergicamente.

O MS, inicialmente dirigente do processo, foi se retirando de cena, sem garantir a recomposição dos recursos necessários ao equilíbrio financeiro do contrato e sem implementar mecanismos de monitoramento e avaliação do processo, concebidos como essenciais para o sucesso da política. As entidades representativas dos secretários de saúde – Conass e Conasems –, por sua vez, não assumiram a política de contratualização como uma prioridade.

Resta-nos destacar o protagonismo da alta direção do HE₁ na condução da contratualização, contrapondo-se à postura pouco comprometida dos gestores do SUS.

Torna-se claro que um dos pressupostos centrais da política não se cumpriu. A contratualização constituiu-se em um *jogo de atores ausentes*, contrariando os pressupostos contidos na política governamental. Era preciso procurar entender se esse achado era singular ao HE₁ ou se seria possível encontrar nas demais *estações*

diferentes protagonismos assumidos pelos gestores do SUS (estadual ou municipal) no processo de contratualização dos HEs.

A integração do hospital ao sistema de saúde: um jogo difícil

As mudanças produzidas no HE₁ não foram capazes de impactar significativamente no modelo assistencial da instituição, tal qual previsto nas diretrizes da política de contratualização. Na verdade, as transformações observadas, tais como a (pequena) oferta de primeiras consultas ambulatoriais para regulação do gestor, a reorganização nos ambulatórios especializados e as melhorias do processo de trabalho da enfermagem são, nitidamente, ou concessões da instituição para se adequar às 'regras do jogo' e garantir a captação dos recursos financeiros implicados ou a utilização instrumental da contratualização como dispositivo persuasivo para implementação de processos racionalizadores já desejados pela direção do HE₁ (alguns efetivamente transformados em metas no contrato).

É preciso, ainda, considerar o impacto que outras iniciativas políticas (abertura de AMA e AME na região do HE₁, por exemplo) podem ter tido sobre a transformação do padrão de oferta de serviços do HE₁. Nesse sentido, é preciso observar melhor, nas próximas *estações*, como as configurações dos sistemas locorregionais de saúde contribuíram, ou não, para a maior integração dos HEs ao sistema de saúde. Esse pode ter sido um fato subestimado na contratualização que deve ser mais bem caracterizado.

O "fetiche" da informação: a "irracionalidade" da "racionalização"

Considerando que a "alma" da política de contratualização é exatamente o contrato de metas transformadas em indicadores, alimentadas por sistemas de informação inteligentes e ágeis, foi possível observar o quanto, nessa primeira *estação*, o uso competente e intensivo de indicadores ainda é um desejo ou uma promessa. A aposta do gestor estadual para o êxito da contratualização é o potencial transformador do monitoramento de resultados (indicadores) e a análise comparativa de cada HE com outros hospitais. Para tanto, criou um sistema (SAHE), baseado em resultados e

não em processos, por vezes sem relação significativa com as metas contratualizadas, percebido pela direção do HE₁ como instrumento de avaliação de desempenho institucional irrelevante, uma obrigação formal.

No HE₁, revelou-se um elemento “irracional” dentro da racionalização: três sistemas de informação correndo em paralelo, sem “conversarem” entre si e, afinal, alimentando pouco ou nada o processo decisório, como as estratégias racionalizadoras almejam.

A informatização emerge como um sistema ritualístico, marcado pelo contratualismo, que tem o fetiche da informação como base tecnológica racionalizadora, mas que se expressa marcadamente pela irracionalidade dos múltiplos sistemas em uso, deixando transparecer o irracional dentro da racionalização.

A existência de bancos de dados paralelos, às vezes trabalhando com informações redundantes e sem diálogo entre si, pareceu-nos um aspecto a ser observado nas outras *estações*. Será que esse problema é localizado no HE₁ ou ele pode ser encontrado nos demais hospitais? Se o problema existe, o que o explica? O quanto a informação tem sido utilizada para alimentar, de fato, o processo decisório e contratual?

A contratualização na esteira da racionalização da vida hospitalar

Nessa primeira *estação*, chama a atenção como a contratualização encontra ressonância com um movimento interno ao hospital de “profissionalização da gestão”, de aumento dos mecanismos de controle e de avaliação, de ensaios de enfrentamento com o poder médico. A contratualização vem a montante com certa tendência que já estava sendo ensaiada no hospital. A implantação de programas de qualidade e a busca de maior controle gerencial, por vezes beirando o panoptismo, de acordo com a conceituação exposta anteriormente, tiveram na contratualização um dispositivo de reforço (e persuasão) para as mudanças almejadas pelos dirigentes do HE₁ e foram largamente utilizadas no campo da micropolítica como estratégia de convencimento e disputa de projetos com outros atores. A contratualização é sinérgica ao vetor *racionalização* em curso.

Caberá observar, então, se é possível constatar tal fato nos demais hospitais de ensino e em que consiste tal convergência. Indo um pouco mais além, talvez caiba caracterizar melhor essa “onda” racionalizadora, se for confirmada, interrogando sobre as causas de seu aparecimento. No caso do HE₁, a contratualização está sendo “instrumentalmente” utilizada pelo superintendente como reforço de um conjunto de iniciativas anteriores voltadas para o disciplinamento do trabalho médico no hospital. Será possível reconhecer tais processos racionalizadores nas outras *estações de observação*? Que características assumem?

Contratualização e micropolítica do hospital

A análise do HE₁ indica que questões que implicariam em disputas com as instituições – médica e acadêmica –, e que marcam fortemente a micropolítica do HE₁, não foram adequadamente consideradas na formulação da política. Assim, a regulação de cirurgias eletivas pelo gestor, a progressiva desmobilização de leitos ofertados para a saúde suplementar, a implantação de acolhimento e classificação de risco no PS, por exemplo, não foram enfrentadas e implantadas.

A estrutura de poder acadêmica é um complicador para o processo de contratualização. Integrar o ‘hospital de propriedade dos professores’ ao SUS não é tarefa fácil, que se resolva com o estabelecimento de metas e com a ameaça de que os recursos serão cortados pelo gestor, até porque este é de fato um ator ausente. O HE se porta como um polo de dominação e tende à reprodução de instituídos muito fortes, com a Instituição Médica, por exemplo. Por outro lado, o corpo de enfermagem apresenta-se mais identificado com os pressupostos de racionalização da vida hospitalar, e, mais do que isso, pelo menos neste primeiro hospital, mostra-se como potencial aliado para o cumprimento das metas estabelecidas pela contratualização. De qualquer forma, pretendemos estar mais atentos para o quanto mudanças apenas nos ‘pressupostos de qualificação da gestão’ ou da ‘mudança do modelo de cuidado’ estão sendo insuficientes para impactar a micropolítica de uma organização tão complexa como o hospital de ensino.

Neste estudo partimos do pressuposto – e os achados preliminares no HE₁ parecem corroborar essa premissa – de que a racionalidade instrumental e normativa

presente em propostas como a contratualização dos HEs, cada vez mais sedutoras para gestores e gerentes, apresenta limites concretos, mesmo quando o dirigente se utiliza do aumento do financiamento como instrumento de pressão junto aos trabalhadores, em particular junto aos médicos/docentes. Apresentada como panaceia para os males das organizações hospitalares, será duramente 'questionada' quando for apresentada como 'pacote' a ser implantado no hospital. Os dados obtidos neste primeiro hospital estudado parecem sinalizar claramente isso. É o que procuraremos analisar nas próximas *estações*...

CAPÍTULO 3

SEGUNDA ESTAÇÃO

O Hospital de Ensino 2 (HE₂)

A segunda *estação* visitada para obtenção e análise do material de campo foi um hospital estadual localizado em uma das mais importantes regiões metropolitanas do interior paulista, inaugurado em 2000 pelo governo do Estado de São Paulo.

Esse hospital de ensino, daqui por diante identificado como HE₂, é administrado por uma universidade estadual através de um contrato de gestão, com metas de produtividade e qualidade, mantido entre a Secretaria de Estado da Saúde (SES-SP) e a Organização Social constituída pela universidade para tanto. O HE₂ foi o primeiro estabelecimento hospitalar no interior do Estado a atuar dentro desse modelo que teria sido baseado em um programa similar implantado na região da Catalunha, na Espanha.

Construído para ser uma unidade hospitalar secundária e terciária, integrada à rede pública de saúde e referência regional para seis municípios de uma das microrregiões da região metropolitana no qual está localizado, com população estimada em 650 mil habitantes, o HE₂ foi preparado para atender 6.500 consultas ambulatoriais/mês em 37 especialidades, casos de urgência referenciada e realizar, em seus 267 leitos, 1.500 internações/mês, 650 cirurgias/mês, 300 partos/mês e 14 mil exames laboratoriais/mês.

É um dos maiores hospitais da região metropolitana em que está localizado e têm uma área construída de 22 mil m², sete andares e dois anexos. Sua efetivação permitiu uma expressiva redução da demanda de pacientes atendidos na universidade.

No HE₂, todos os agendamentos de consultas, exames e cirurgias são disponibilizados para os seis municípios nas várias especialidades, regulados pelo Núcleo de Saúde Pública do próprio HE₂. É a unidade hospitalar da região que mais recebe casos encaminhados, inclusive de urgência referenciada, oriundos da Central de Regulação Médica da Diretoria Regional de Saúde (DRS), subordinada à SES-SP. Os problemas identificados e as readequações necessárias na programação da oferta prestada pelo HE₂ são discutidos mensalmente entre secretários municipais de saúde,

diretoria do HE₂ e DRS. Os municípios possuem cotas de vagas, agendadas quinzenalmente, com prioridade para os serviços deficitários nas redes municipais.

Segundo a direção do HE₂, o planejamento estratégico do hospital é permanentemente avaliado para que os recursos orçamentários e a eficácia da assistência possam ser dimensionados, conforme a demanda de cada município. Com a SES-SP são realizadas reuniões a cada três meses, para avaliação do cumprimento de metas preestabelecidas no contrato de gestão e análise da variação dos custos operacionais do hospital.

Trata-se de uma organização hospitalar reconhecida pelo tratamento humanizado e excelência técnica, equipamentos de ponta e instalações confortáveis e seguras, o que lhe rendeu grandes conquistas, tais como o reconhecimento como um dos 10 melhores hospitais do Brasil em assistência (2002) e o título de Hospital Amigo da Criança da Unicef e Ministério da Saúde. Foi o primeiro hospital público do País a conseguir os níveis 2 e 3 da Certificação de Acreditação Hospitalar.

Outro ponto que merece destaque foi o investimento em um moderno sistema de gestão informatizada hospitalar. Foi o primeiro hospital público do Estado de São Paulo a implantar um sistema de TI (MV 2000i) que administra as informações geradas em todos os setores do hospital, inclusive com um módulo exclusivo de prontuário eletrônico do paciente.

É utilizado como campo de práticas contínuas para atividades de ensino relacionadas à assistência médico-hospitalar, tanto em graduação como em pós-graduação, e serve ainda como campo de práticas para pesquisa na área de saúde. Desenvolve atividades de educação permanente para o aperfeiçoamento de profissionais da área da saúde, do corpo funcional do hospital, bem como de outros profissionais com atuação na rede pública da região.

O corpo administrativo do HE₂ é composto por docentes da universidade e profissionais qualificados que possuem uma longa experiência em administração hospitalar. Integram sua diretoria um diretor-superintendente, uma diretora administrativa, um diretor de assistência, um diretor clínico e sete gerentes (serviços de assistência, serviços de apoio médico, geral, administrativo, financeiro, de engenharia, de recursos humanos), além de um coordenador de ensino e pesquisa. A diretoria é nomeada pela reitoria da universidade.

O HE₂ possui 1.135 funcionários e uma relação funcionário/leito de 4,2, índice menor que a maioria dos hospitais públicos do Brasil. Os funcionários são admitidos através de processos seletivos públicos e contratados pelo regime da CLT, sob responsabilidade da Fundação de Desenvolvimento da universidade. No HE₂, todos os médicos têm residência oficial em sua área de atuação e alguns, inclusive, com qualificação de mestrado e doutorado. A enfermagem representa a maior área funcional do hospital, com cerca de 500 profissionais e tem se dedicado à implementação de práticas de sistematização da assistência ao paciente.

O orçamento do HE₂ é mantido e definido anualmente pela SES-SP, segundo dados de produção assistencial. A verba alocada para o HE₂ divide-se em dois componentes. O primeiro, que representa 90% do valor total orçamentado, está relacionado com a produtividade. Os outros 10% estão relacionados a indicadores de qualidade da assistência à saúde, entre eles o índice de satisfação do usuário, as baixas taxas de infecção hospitalar, redução de cesáreas, agilização do atendimento, entre outros.

Desde a sua implantação, o HE₂ adotou o sistema de custos por absorção por centro de custo, que gerencia 29 centros de custos produtivos, 24 auxiliares e 41 administrativos. De acordo com informações disponíveis no sítio do HE₂ e de seus dirigentes entrevistados, atualmente está empenhado na obtenção de mais uma ferramenta de trabalho, o custo por atividade ABC e na implantação do PRECAP, um projeto de reintegração de capital permanente, que tem como objetivo estabelecer uma política de investimentos para substituição progressiva de seu parque tecnológico.

Seu corpo clínico conta com cerca de 300 médicos contratados e docentes, além de residentes e alunos do internato da Faculdade de Ciências Médicas da universidade, cobrindo as principais especialidades médicas.

Realiza atendimentos 100% SUS nas quatro clínicas básicas (clínica médica, cirurgia geral, pediatria e gineco-obstetrícia). Atualmente, atuam em seu ambulatório profissionais de 37 especialidades médicas.

Os serviços assistenciais priorizados no hospital foram definidos pela SES, universidade e municípios da região antes de sua inauguração, com objetivos claros de participar da organização da assistência, articulação dos serviços, definição dos fluxos

e referências resolutivas que ajudaram a saúde regional, inclusive no desafogamento do Hospital de Clínicas da universidade, localizado na sede da região metropolitana, principal “porta” de acesso hospitalar para os usuários do SUS na região.

A influência positiva do HE₂ na área de saúde da região é crescente. As demandas clínicas e cirúrgicas nas cidades de origem atendidas pelo hospital reduziram-se consideravelmente, e em muitos casos, como os procedimentos de hérnias e cirurgias pediátricas eletivas, não existe espera maior que cinco dias. Atualmente o HE₂ passa a ter maior participação na oferta de diversas especialidades cirúrgicas, inclusive as de alta complexidade como as bariátricas, neurológicas e ortopédicas.

Todos os serviços das chamadas grandes áreas (Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia, Cirurgia e Pediatria) são coordenados pelo corpo docente da Faculdade de Ciências Médicas da universidade (FCM). A presença de 19 docentes no quadro permanente do HE₂ contribui para a alta qualidade do ensino de graduação com características secundárias, que se refletem nos serviços prestados pelo hospital.

O aproveitamento do HE₂ para as atividades de ensino de graduação, residência médica e pós-graduação foi um dos motivos para a assinatura do convênio entre a universidade e a SES-SP. As atividades de pesquisa no HE₂ seguem o caminho da crescente produção científica da FCM nos últimos anos. Todas as atividades de pesquisa no HE₂ são orientadas pelos docentes da FCM com apoio de salas de aulas, laboratórios, bibliotecas, auditórios e ambulatórios com redes de comunicações modernas e totalmente informatizadas.

Desde 2001, o HE₂ conta com 40 vagas para residentes, oferecidas em conjunto com os departamentos da FCM, em estágio regular distribuídos pelas áreas de cirurgia geral, pediatria, otorrinolaringologia, ginecologia e obstetrícia, clínica médica, oftalmologia, UTI de adultos e no serviço de emergência, buscando promover o treinamento e qualificação de médicos para o futuro exercício de sua especialidade. Todos os programas do HE₂ são credenciados junto à Comissão Nacional de Residência Médica (CARM).

O HE₂ foi certificado e contratualizado pelo Ministério da Saúde e o Ministério da Educação como hospital de ensino (HE) a partir de novembro de 2004.

Note-se que no material institucional disponível no sítio do HE₂, bem como em prospectos e documentos acessados, reproduzindo a observação já destaca para o

HE₁, **não há sequer uma menção ao fato de o hospital ser certificado e contratualizado como hospital de ensino.** Por outro lado, as demais premiações ou certificações são amplamente destacadas. Nem ao menos consta, nos espaços destinados à administração e orçamento do HE₂, que parte dos recursos financeiros para a manutenção do estabelecimento provém do SUS e da política de contratualização como HE.

As informações que permitiram analisar o processo de contratualização do HE₂ foram obtidas em agosto de 2009 por meio de entrevistas realizadas no próprio hospital, pré-agendadas e gravadas mediante autorização dos entrevistados.

As entrevistas nesse hospital, assim como nos subsequentes, contaram com a participação de uma “força-tarefa” de pesquisadores da Linha de Pesquisa Política, Planejamento e Gestão em Saúde do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Unifesp, o que propiciou a coleta de rico material empírico produzido a partir das entrevistas de campo.

Nesta *estação*, de acordo com os objetivos centrais do estudo, procuramos compreender a importância do processo de contratualização para o HE₂ e as mudanças, resistências e dificuldades que poderiam ter ocorrido a partir da política de reforma do sistema hospitalar de ensino, que pressupunha mudanças a partir das quatro grandes linhas já destacadas, na perspectiva dos gestores e dos atores institucionais diretamente vinculados à direção do estabelecimento hospitalar de ensino.

Foram entrevistados os seguintes sujeitos:

- 1) O **Diretor-Superintendente**, à frente da direção do HE₂ desde a sua inauguração, entrevistado em 6 de agosto de 2009. Participou de todo o processo de certificação e contratualização do HE₂ como hospital de ensino;
- 2) A **Diretora de Assistência**, entrevistada em 5 de agosto de 2009, atua no HE₂ desde sua fundação e é responsável pela área desde 2005.
- 3) O **Diretor Administrativo**, entrevistado em 5 de agosto de 2009, responsável pela área administrativa, também no HE₂ desde sua fundação. Atuou diretamente no processo de contratualização e faz parte da Comissão de Acompanhamento do Contrato de Metas.
- 4) A **Gerente de Enfermagem**, entrevistada em 5 de agosto de 2009,

funcionária do HE₂ desde 2000 e responsável pela enfermagem há três anos.

5) A **Coordenadora do Núcleo do Centro de Ensino e Pesquisa, Núcleo de Saúde Pública e da Comissão de Qualidade** do HE₂, entrevistada em 5 de agosto de 2009. Também participou de todo o processo de certificação e contratualização do HE₂ como hospital de ensino e participa da Comissão de Acompanhamento do Contrato de Metas.

Por se tratar de um hospital que se encontra sob gestão estadual, na análise deste campo utilizamos elementos da entrevista com o gestor responsável pela política de contratualização dos HE no âmbito da SES/SP, realizada em 14 de março de 2008.

A categorização do conteúdo das entrevistas foi conduzida com base nas categorias empíricas criadas a partir da análise do material de campo do HE₁. O questionário semiestruturado testado no HE₁ era o mesmo, mas as entrevistas foram realizadas com alguns focos. Primeiro, precisávamos identificar se os achados anteriores estavam presentes (ou não) também no HE₂, ou seja, com a preocupação de caracterizar os elementos comuns e divergentes entre eles. Porém, interessava-nos, principalmente, observar as “singularidades” e as especificidades dessa nova *estação* em relação ao processo de contratualização, em busca de outros achados, problemas e chaves que permitissem aprofundar a análise do objeto em estudo. Tornava-se mais clara a importância do itinerário que estava sendo construído nas visitas aos hospitais, ou *estações de observação*, para se compor um quadro com as principais questões da política de contratualização.

O impacto do financiamento

A primeira constatação em relação ao HE₂ é que esse hospital, ao contrário do caso discutido anteriormente e de tantos outros estabelecimentos de saúde que prestam serviços ao SUS, já se constituiu livre da lógica de faturamento e captação de recursos por produção de serviços. Desde o início do seu funcionamento, em 2000, está fortemente alicerçado na cultura de contrato de metas e orçamentação fixa anual, embora, como salienta o seu diretor administrativo, “o estado acompanhe o faturamento para ver se não ocorre queda de performance”.

Em sentido oposto ao que observamos na primeira *estação*, **para o HE₂ a questão do financiamento revela-se sem a mesma importância e impacto em sua dinâmica institucional**. Isso se deu, pelo que pudemos identificar, em virtude da lógica de financiamento da instituição, que tem suas receitas previstas anualmente em contrato de gestão com a SES-SP. Deve-se considerar, entretanto, que se trata de uma organização hospitalar com apenas nove anos de funcionamento, um parque tecnológico ainda recente e excelente estrutura predial. Apresenta evidente equilíbrio econômico-financeiro e não possui dívidas. Assim, a expectativa da direção do HE₂ com a contratualização como hospital de ensino era utilizar prioritariamente os recursos do incentivo à contratualização em investimentos e em ações de ensino e pesquisa. Segundo o superintendente:

*“Nós sempre achamos que **esse dinheiro viria no sentido do investimento, para diferenciar, nós nunca pensamos nesse dinheiro para o custeio**. Tanto é que nós construímos uma área de ensino de quase 2.000 m² que é fruto dessa história do hospital de ensino e que não é só os alunos que usam. A rede municipal de saúde usa direto pra cursos de reciclagem”.*

Nos primeiros anos, de forma muito confusa, segundo relatos do superintendente e da coordenadora do Núcleo de Saúde Pública, os recursos foram disponibilizados para o HE₂ por meio da universidade (a certificação do HE₂ foi feita em conjunto com o “complexo hospitalar” da universidade, forma utilizada por várias instituições para demonstrar ao governo federal o cumprimento dos pré-requisitos exigidos). Segundo o diretor administrativo:

*“Nós imaginávamos que essa verba de ensino iria ser creditada numa conta do HE₂ sem passar pela SES-SP, ou seja, iríamos receber um dinheiro do ministério, utilizá-lo e prestar contas para o ministério. Imaginávamos que fosse assim. Por questões burocráticas diversas, pela forma que fomos contratualizados com a Secretaria de Estado, o que aconteceu? **A SES-SP entendia e entende que qualquer verba que um hospital orçamentado receba tem que passar pela Secretaria de Estado**. O ministério creditou esse dinheiro na Secretaria de Estado. No período em que chegou, nós utilizávamos esse dinheiro de uma forma adequada. Aplicamos uma parte na área de ensino, outra no custeio e também em investimentos, em construções e equipamentos. Mas nunca precisamos prestar conta do dinheiro de ensino em separado porque para a SES-SP esse dinheiro tinha sido incorporado na secretaria. E nós recebemos assim por um bom tempo, uns anos. E agora, a partir desse ano, não mais”.*

A SES-SP, sob a alegação de que se tratava de um próprio estadual (um hospital que pertencia ao governo estadual), embora gerido em regime de contrato de gestão por meio do convênio com a universidade, e que o contrato já apresentava um

equilíbrio em virtude das metas estabelecidas anualmente, reivindicou e obteve junto ao MS a transferência desses recursos para o Fundo Estadual de Saúde. No entanto, deixou de repassá-los ao HE₂ – impasse que ainda persiste. Ou seja, **o HE₂ beneficiou-se dos recursos financeiros da contratualização apenas nos dois primeiros anos. Daí por diante, os recursos foram utilizados pela SES-SP para outras finalidades ou para amenizar os gastos efetuados com recursos próprios no contrato com o HE₂.**

“Esse dinheiro não foi repassado para nós de imediato. Ele ficou retido. Por algum motivo perceberam que nós estávamos incluídos no bolo da universidade e a secretaria dizia que esse hospital era dela. O recurso começou a cair no FUNDES. Foi um ‘estica-e-puxa’ enorme pra gente conseguir esse dinheiro por mês. Porque a secretaria dizia que já repassava o dinheiro. Mas eu acho que o problema maior foi que a própria universidade na época foi um pouco inocente. O docente que estava cuidando dessa história de hospital de ensino diz que fez uma bobagem na hora desse processo. Separou o dinheiro da universidade e o dinheiro do HE₂ acabou indo para o FUNDES. Foi uma conversa muito complicada. Acho que era uns R\$ 205 mil/mês e aí começou a vir através de um termo aditivo. Depois não veio mais”.
(Superintendente)

Além do não-recebimento do incentivo à contratualização, a SES-SP incorporou ao seu custeio e não repassou ao HE₂ os recursos oriundos da ampliação dos valores que o Ministério promoveu em setembro de 2007, da ordem de R\$ 100 mil por mês para o HE₂. Segundo o diretor administrativo:

“Era pra reorganizar as demandas junto as DRS de alta e média complexidade. Mas a secretaria entendeu que a gente não tinha que receber mais cem mil, porque já éramos um hospital orçamentado e que qualquer verba adicional que a gente precisasse, deveria ser motivo de uma repactuação entre o HE₂ e a secretaria. Precisaríamos demonstrar a necessidade. E, a partir desse ano, nem aqueles 205 mil/mês iniciais passamos a receber, pois eles também entenderam que o nosso orçamento já está adequado, que já foi reajustado pelos índices de inflação”.

A SES-SP considera apenas o formato de pagamento global por cumprimento das metas contratualizadas com o HE₂ como uma OS. Desconsidera a política de contratualização como HE, retendo para si os recursos federais correspondentes. Conforme atesta a coordenadora do Núcleo de Saúde Pública do HE₂:

*“A SES-SP não explicita isso. Ela fala que no começo não caiu. Depois teve novo termo aditivo para esse recurso. Depois disseram que o que a gente faz já estava contratualizado. Só que não é verdade. Na contratualização não tem nada de ensino. Hoje a gente tem 50 residentes, 120 internos do quinto e sexto anos, mais alunos da farmácia e enfermagem e isso não tem nada na contratualização. Nos dois primeiros anos brigamos. Depois pararam, atrasaram, veio devagar... **Esse ano nada, nada do recurso veio para cá, nada chegou para a gente. Já fomos a Brasília para ver se dá para esse recurso não vir para a SES, mas a contratualização é fundo a fundo. Teve aumento na contratualização e a gente nunca viu. Esperneamos muito. Estamos mantendo a estrutura de ensino, mas...”***

O principal investimento com os recursos novos oriundos da contratualização foi a construção de um prédio específico no espaço físico do terreno do hospital para a instalação do Centro de Ensino e Pesquisa, composto de quatro salas de aula, um amplo anfiteatro para mais de cem pessoas, biblioteca, biblioteca virtual e área para os docentes. Foi implantado, segundo o diretor administrativo, com a expectativa de que essa área de ensino do hospital, que já existia, fosse ampliada, o que de fato aconteceu. Segundo a diretora de enfermagem:

“A verba do hospital de ensino tem ido para a secretaria e não tem sido repassada para o hospital. A verba que a gente até recebeu no início, que usou para modificar a estrutura tecnológica pra receber os alunos – sala de aula, incorporação de computadores, data show, etc. A gente conseguiu alguns investimentos, mas muito mais vinculados a outras fontes do que à contratualização. Com isso, nós compramos bonecos para eles terem aulas aqui, simuladores, laptop e tal.”

O impacto financeiro da contratualização como HE, portanto, restringiu-se ao investimento na estrutura de incentivo ao ensino e a pesquisa que hoje existe no hospital. Construiu-se uma grande área de ensino que é utilizada pelo hospital e pelas secretarias de saúde da microrregião onde o HE₂ está inserido, o que é apontado pela alta direção do HE₂ como um fator de facilitação e melhoria da relação com a rede regional do SUS e com os próprios gestores. Esse investimento resultou em ampliação do custeio e consequências diretas no equilíbrio financeiro da instituição. De acordo com o diretor administrativo:

*“Hoje eu tenho prédios, com alunos e tal, mas eu não tenho essa verba. Ou seja, você acrescentou coisas para fazer e não teve, a partir de um determinado momento, um repasse com essa finalidade que foi a razão inicial do investimento (...) A orientação que nós tivemos é assim: ‘Se vocês tiverem dificuldade financeira, por um motivo do hospital qualquer, ou até por causa da área de ensino que foi implantada lá, nós sentaremos e vamos repactuar o valor’. **São condições complicadas que a gente sabe que acabam não ocorrendo na prática.**”*

Entretanto, a situação financeira, antes confortável, começa agora a preocupar a alta direção do estabelecimento. Escapa, na entrevista com a diretora de enfermagem, atenta ao quadro financeiro do HE₂, a seguinte preocupação:

*“Na realidade, esse ano, a gente recebeu uma diminuição da verba de 5%. Acabou reduzindo um pouquinho e somado a isso a inflação do período a gente ficou com um déficit de receita sim, que estamos tentando melhorar com redução dos custos relacionados a materiais. Nas pessoas não mexemos, temos mantido o mesmo quadro de pessoal. **Hoje o hospital está com um déficit programado. A gente já tem um déficit previsto até o final do ano. Teríamos até uma boa situação financeira, pois nunca tínhamos ficado com um déficit.** Mas a gente tinha uns recursos alocados para situação de urgência mesmo, assim. Estamos conseguindo manter. Estamos buscando eficiência institucional, melhorando a alocação de*

recurso, gastando menos, com mais segurança, fazendo uma boa gestão de custos dentro das unidades...”

Não há similitude, objetivamente, entre o quadro observado no HE₁ e HE₂ no que se refere ao financiamento e à sustentabilidade do hospital. Nem de longe as condições de forte impacto e dependência dos recursos referentes ao incentivo à contratualização observados no HE₁ se reproduzem nesta segunda *estação* visitada. Deve-se levar em consideração o que relata a diretora assistencial que considera os recursos advindos da SES-SP suficientes:

“Uns R\$ 5,6 milhões, mais ou menos por mês, é o que está vindo agora. A gente sempre achou bom. O orçamento sempre coube, a gente conseguiu fazer todas as coisas. Tanto que a gente acha que esse é um bom modelo. Mas, há uns dois anos, um ano e meio, a gente viu umas coisas meio estranhas a respeito do orçamento. O orçamento de 2009 e para o ano que vem teve um corte, sem explicação, que eles chamam de contingenciamento, uma coisa que a gente não ouvia tanto, e começamos a ouvir no ano passado. Temos ficado um pouquinho mais preocupados. Mas o nosso orçamento, em geral, é suficiente para o que a gente faz”.

A contratualização: um jogo de atores ausentes

A construção de todo o processo de negociação visando à certificação e contratualização do HE₂ como hospital de ensino deu-se basicamente entre sua direção e o Ministério da Saúde. Segundo o superintendente:

“Foi uma batalha da direção que durou mais de um ano. Fomos conversando, mostrando e caímos na simpatia dos dirigentes do MS. Foi aí que, numa simulação do contrato de metas, o MS viu que éramos o hospital que tinha o melhor desempenho no país, considerado o mais organizado entre todos os hospitais. Então, o MS nos visitou e tenho a impressão que passou a ter certa simpatia pela organização...”

A direção do HE₂ acredita que o fato de o estabelecimento gozar de reconhecimento nacional pela excelência em termos de gestão foi decisivo para superar os impasses. Isso é inegável, inclusive pelos relatos obtidos junto à alta direção do MS. Desconsidera, entretanto, entre outras coisas, que seu processo de certificação e contratualização como HE contou também com poderoso *lobby* interno ao próprio MS, articulado por atores vinculados à universidade que ocupavam cargos importantes na estrutura do MS ou em locais estratégicos na operacionalização da política. É possível questionar até mesmo se o hospital conseguiria obter a certificação se esse conjunto de forças políticas não tivesse agido de forma articulada e intensa.

É visível na análise do material empírico do HE₂, assim como já tínhamos observado no caso do HE₁, que o processo de contratualização foi constituído como um **‘jogo dos atores ausentes’**. Os dirigentes entrevistados reconhecem que não houve participação efetiva da reitoria e da direção da Faculdade (apenas na dimensão burocrática), das secretarias municipais de saúde e do Conselho Municipal ou Estadual de Saúde. Destacam, apenas, a participação formal da SES-SP, por meio de sua diretoria regional de saúde, e, em algumas oportunidades, de um assessor do nível central da SES-SP responsável pelos hospitais de ensino. Não houve participação dos alunos da graduação ou da pós-graduação, docentes, médicos, nem dos funcionários.

Segundo o superintendente:

*“Infelizmente eu não tive uma ajuda no âmbito da SES-SP. Apesar de eu me dar muito bem com eles, **havia certa descrença que nós conseguiríamos, porque todo mundo dizia que era um processo fechado e que dificilmente o Ministério iria abrir novos contratos (...)** Havia uma descrença que alguém conseguiria credenciar um novo hospital de ensino”.*

Um dos grandes entraves apontado pelos dirigentes do HE₂ foi a fragilidades dos gestores na condução da política de contratualização. Sem exceção, caracterizam a estrutura regional da SES-SP (o DRS) como um **“gestor fraco, desqualificado tecnicamente”**, com baixa capacidade regulatória. De acordo com a coordenadora do Núcleo de Saúde Pública do HE₂:

*“É impressionante isso. No começo conseguimos pactuar com eles porque tinha uma pessoa com alta capacidade de pactuação, técnica. Uma profissional que definiu com a gente todo o perfil do nosso ambulatório a partir das necessidades da região. Só que depois desse processo só as consultas estavam reguladas aqui. O resto acontecia na DRS. **Os municípios pediram para a DRS abrir mão e o hospital passar a assumir a marcação das consultas e SADT aqui. A regulação passou a ser toda aqui dentro. Eles não têm essa capacidade. Não têm técnicos para a interlocução. Na comissão de acompanhamento eles não têm técnicos.** A cada ano muda o técnico que não sabe nem o que é a política de HE, e tenho que dar uma aula, dizer o que é a política dos HE, como funciona, apresentar e disponibilizar as portarias, os fluxos, os papéis, eles desconhecem. **É uma relação muito ruim. Mais do que ruim, não tem interlocução. Se a gente fosse muito do mal eles estariam completamente dependentes da gente.(...)** Eles não têm uma central de regulação montada, com funcionários e condições de trabalho. Acho lamentável, muito ruim.”*

Para os dirigentes do HE₂, embora a gestão do estabelecimento esteja sob responsabilidade do Estado, **a fragilidade não se restringe aos gestores estaduais**. Segundo eles, **a fragilidade também dos gestores municipais trouxe muitas**

dificuldades para o processo de contratualização. De acordo com o superintendente, *“nós tivemos secretários aqui que não sabiam o que significava a sigla SUS”*.

Embora seja uma questão colocada como central na lógica da relação estabelecida entre as partes por meio de um contrato de gestão, há uma nítida sensação que emana dos discursos dos dirigentes do HE₂, tal qual já observado por ocasião da análise do HE₁, que **o hospital de ensino não se sente devidamente acompanhado pelo gestor no monitoramento do cumprimento de metas contratualizadas.** De acordo com o superintendente:

*“Acho que poderia ser melhor. Acho que poderia ser mais rígido. Estávamos muito mais preparados do que o que fomos cobrados. Tenho impressão que isso daí ia ajudar todos. **A cobrança poderia ser mais rígida”**.*

Se a contratualização tinha como pressuposto a cogestão entre o hospital de ensino e o gestor, vê-se na modalidade de contratação adotada pela SES-SP em relação ao HE₂ a inviabilidade dessa expectativa da política governamental. Assim se refere a coordenadora do Núcleo de Saúde Pública:

*“No nosso caso, o gestor é o estadual. A referência é o gestor estadual, representado pelo DRS. Essa relação já era desse tipo. Já existia e não chega a ser uma cogestão porque o estado faz essa gestão regulada por um contrato de acompanhamento de metas. Ele faz isso, mas não tem essa demanda de estar aqui dentro. Teria uma cara de intervenção. Ele é o financiador dessa instituição. Já estabeleceu as metas, financia, a contratualização das metas já foi feita pelo DRS levando em conta as necessidades da região, desde o começo, toda a previsão. Trabalhou-se dessa forma, pegou-se a demanda, as filas de espera e foi-se definindo o perfil do hospital. **Impossível pensar cogestão com o Estado nesse modelo”**.*

A Comissão de Acompanhamento do Contrato de Metas da contratualização como hospital de ensino é composta por docentes, a direção do hospital, gestores do DRS e dois municípios da região (que representam 90% da produção do hospital), um representante dos usuários, vinculado ao Rotary e presidente do grupo de voluntários do hospital (*“que falta muito nas nossas reuniões”*) e o alunos (*“que também rodam muito”*).

A Comissão se reúne para ver se os indicadores são cumpridos, se é necessário tomar alguma providência. Isso se tornou uma rotina no hospital, realizada trimestralmente ou de forma extraordinária se necessário, mas que, na prática, parece não ter concreta capacidade de interferência.

Observamos, com base nas duas *estações* percorridas até aqui, que **as comissões de acompanhamento dos contratos de metas previstas na política para os HE, que se reúnem trimestralmente, contam com sujeitos com baixa capacidade de intervenção.** Pelo que foi possível constatar no HE₂, apenas um dos representantes, do município-sede onde está localizado o hospital, consegue interceder, avaliar e propor. Trata-se de um pediatra que já foi secretário municipal de saúde, conhece o sistema e a estrutura do SUS e coordena a área de informação do município. Os demais têm uma participação incipiente. Representantes de alunos e usuários praticamente não comparecem. Segundo a coordenadora do Núcleo de Saúde Pública:

*“Eu queria muito que essa política desse certo e vi falhas nela logo de cara. A gente ficava mantendo a periodicidade da reunião, era mensal, depois passamos para trimestral. Mas eu acho que poderia ser mais forte do que é. **O que poderia fazer a diferença é o gestor municipal. Tem muito a ver com a postura do gestor**”.*

Percebe-se que a direção do HE₂ utiliza a Comissão para fazer com que esses atores se apropriem dos resultados produzidos pelo hospital e, quando conseguem alguma interlocução, para aperfeiçoar o processo de gestão e qualidade. Já para a resolução de problemas relativos à oferta ou mudança do perfil assistencial do HE₂, por exemplo, utiliza-se de outra estratégia. Sob a coordenação do Núcleo de Saúde Pública, há um fórum mensal com os gestores municipais do SUS. Assim, o espaço da Comissão de Acompanhamento do Contrato, tal como concebido no processo de formulação da política, não é o espaço de disputa e de tensionamento esperado.

A diretora assistencial também destaca que a fragilidade dos gestores chega a pôr em risco a idoneidade do processo de regulação e controle dos contratos de gestão. Para ela:

*“(...) entra aquele negócio das ‘OS do bem’ e as ‘OS do mal’. **Somos uma ‘OS do bem’ porque se quiséssemos aproveitar a fraqueza do interlocutor, poderíamos fazer o que quisermos.** Acho que é uma sorte ter encontrado pessoas que querem que funcione o sistema. **Mas com esse interlocutor fraco, qualquer coisa seria possível** (...) Na verdade o hospital é muito autônomo. Ele não encontra o regulador estatal, vamos dizer assim”.*

Mesmo as reuniões trimestrais para controle e avaliação do contrato de gestão, promovidas em São Paulo pela Coordenação de Contratos das OS da SES-SP, são apontadas pela diretora assistencial como:

“Uma discussão algumas vezes absolutamente superficial. Em outras oportunidades consegue alguma profundidade um pouco maior. Eu fico com pena porque acho que é uma coisa muito poderosa que podia ser tão bem feita. A gente manda,

mensalmente, nossos indicadores, eles sabem tudo o que acontece aqui, mas fica uma discussão vazia. É uma informação que não é trabalhada!”

No que se refere a essa categoria empírica, podemos afirmar que a segunda *estação* reproduz a mesma fotografia, a mesma paisagem observada no HE₁. Os dirigentes hospitalares entrevistados apresentam diversas pistas que a política de contratualização acaba se constituindo mesmo no ‘jogo dos atores ausentes’, ou seja, permitem perceber que os projetos formulados pelo movimento sanitário concebem um ator tipo ideal ou idealizado mesmo que nunca comparece como o esperado. **O jogo real quase sempre assume outra conformação quando se trata da implementação de políticas governamentais.** Trata-se de um jogo mais fino, mais local, mais contingente, mais complexo do que as fórmulas de representação e participação que tem sido concebidas e implementadas.

A Integração do hospital ao sistema de saúde: um jogo difícil

A política de contratualização não foi capaz de produzir mudanças significativas no hospital, embora seja possível identificar um sinergismo da política de contratualização à política do HE₂ de aproximação com os gestores municipais para a definição do seu perfil assistencial, como já vinha sendo trabalhada anteriormente. Essa é a percepção da Coordenadora do Núcleo de Saúde Pública, para quem a direção do HE₂ apostava que mudanças ocorreriam em duas direções a partir da contratualização. Primeiro, melhorar a relação com a rede. Segundo, instituir uma política de educação permanente para o sistema regional de saúde. De acordo com a coordenadora:

“A aposta era que a gente ia poder se diferenciar na relação com a rede. Um HE inserido numa relação diferenciada com a rede. O que a gente está vendo da experiência dos outros hospitais, uns avançando mais, outros menos, é a contratualização de metas físicas. Isso já estava acontecendo aqui, já ocorria. O que fizemos, então? Passamos a trabalhar com metas de qualidade, o acompanhamento de indicadores de qualidade, que nem são mais de produção, que estão sendo cumpridos. Os indicadores de qualidade passaram a ter uma maior divulgação com a rede na Comissão de Acompanhamento do contrato. As pessoas começaram a ter acesso aos dados do hospital que não tinham antes. Isso teve então uma melhoria da relação para fora”.

Mas reconhece que os avanços foram muito tímidos, atribuindo a já comentada fragilidade da representação regional da SES-SP e dos gestores municipais, a responsabilidade por não terem sido produzidas mudanças mais importantes.

A segunda mudança aludida pela coordenadora do Núcleo de Saúde Pública diz respeito à capacidade de o HE₂ servir como um diferencial no tocante à política de educação permanente para a rede. Segundo a entrevistada, a despeito dos investimentos em infraestrutura efetuados com os recursos da contratualização como HE, foi um dos pontos mais frágeis e que acabou não se efetivando. A perspectiva é que esse processo seria induzido e coordenado por meio dos Polos de Educação Permanente, mas os polos foram fechados e não foram substituídos por nenhuma outra política de EP.

“Disseram que as coisas seriam definidas no colegiado de gestão regional, mas isso não aconteceu. Os colegiados não são ainda tão sujeitos para demandar esse tipo de coisa, cursos de capacitação para o HE. Estamos tentando construir essa relação com cada município que pertence à nossa região de abrangência, mas agora ficamos sem o recurso. O potencial de se diferenciar ia ser na relação com a rede, mas acabou não acontecendo. (...) No início conseguimos reformar toda a área física do CEP, porque esse hospital não tinha sido concebido para ser HE na estrutura física. Não tinha sala de aulas adequadas, aproveitava a área administrativa. Quando começou a contratualização, utilizamos todo o recurso para construir a área de ensino e educação permanente – o CEP foi construído com recursos da contratualização – e estávamos anunciando uma coisa boa. Tanto que o espaço físico utilizado pelo município para eventos, reuniões e treinamentos dos gestores é aqui. Eles não têm uma estrutura como a nossa. Mas isso não se concretizou em virtude do enfraquecimento (descontinuidade) da proposta da política e depois com a gente perdendo recurso. Vamos nos mantendo, construindo algumas coisas juntos para fazer educação permanente, que é o diferencial do HE”.

É inevitável, entretanto, que o HE₂ acabe desenvolvendo uma integração maior com setores da rede básica que utilizaram muito o CEP, tanto o espaço físico quanto atividades de educação permanente ofertadas pelo hospital

Deve-se destacar que o perfil assistencial que o HE₂ assumiu desde sua fundação foi concebido a partir da observação da demanda regional, o que lhe permite ofertar serviços de forma bastante articulada com as necessidades da região. Observamos, portanto, um sinergismo entre a política de contratualização e a política do HE₂ de aproximação com os gestores municipais para a definição do seu perfil assistencial, anterior à política de contratualização. De acordo com o superintendente:

“Esse hospital inicialmente era um hospital secundário. Fazíamos coisas simples e elas foram ganhando complexidade. E sempre fizemos questão que fosse um hospital referenciado. Para chegarmos a isso, em termos em torno de 2000 consultas/mês na Unidade Referenciada, com 40% de demanda espontânea, não foi

uma coisa simples. Mas permitiu que o próprio hospital fosse se organizando a partir das necessidades da região. Zeramos várias filas de coisas mais simples. Por pressão dos gestores, começamos a fazer coisas terciárias. Hoje, por exemplo, fazemos grandes cirurgias, temos mais de 40 leitos de UTI adulto, neonatal e pediátrico, além de oito leitos na urgência referenciada. Temos em torno de 60 pacientes entubados no hospital. Nesses nove anos, está mudando um pouco o perfil, mais no sentido de se direcionar para as reais necessidades da região. (...) Quando nós viemos pra cá, a mortalidade infantil no município era em torno de 18. Hoje nós temos uma UTI que eu considero de primeiro mundo e a mortalidade é menor que dez. Eu não acho que é só por conta do hospital, mas eu acho que uma boa parte dessa história tá por conta do serviço”.

A cultura de um sistema regionalizado e hierarquizado, que tem a atenção básica como porta de entrada, parece estar consolidada na região onde está localizado o HE₂. Segundo a diretora de enfermagem:

“No último ano, a gente reduziu um pouco a procura espontânea da população porque conseguimos colocar isso para os usuários que procuram a Unidade de Urgência Referenciada. Tanto que eles procuram primeiro o serviço de Atenção Básica e depois vêm referenciados pra cá. E, no ambulatório, que é a outra porta de entrada do hospital, a gente também faz esse tipo de colocação porque são distribuídas vagas para os municípios. Mesmo na enfermagem, para o ambulatório de estomoterapia, a gente referencia para a rede. Uma parceria bem intensa em relação a isso”.

Tal qual observado na definição do perfil assistencial, não se evidenciam mudanças no processo de regulação que possam ser atribuídas à contratualização como HE. Já era feita a regulação da oferta de serviços de urgência, inclusive internações, pela Central de Vagas do DRS. As primeiras consultas no ambulatório e demais SADT eram reguladas, em comum acordo com a SES-SP e por pressão dos gestores municipais, pelo Núcleo de Saúde Pública que pertence à estrutura do próprio HE₂. Isso se deu, conforme já apontado, na medida da fragilidade da estrutura de gestão regional da DRS.

*“Todos os nossos serviços estão regulados, tanto a eletiva como a urgência. **Só que a eletiva ocorre aqui dentro, pelo Núcleo de Saúde Coletiva, não é pelo DRS.** A gente mostra os números e presta conta. Temos ainda um ‘sétimo’ município de referencia que é a Universidade para poder atender alguns pacientes, duas a três vagas de cirurgias por semana, que são encaminhadas para que eles possam receber casos complicados da microrregião que foram parar lá na Universidade” (Coordenador do Núcleo de Saúde Pública).*

Segundo o superintendente:

“A diretoria regional de saúde nunca teve uniformidade. Os gestores, alguns bons e outros muito ruins, têm curta permanência. E nós sempre ficamos um pouco dançando a música desse gestor. Se o gestor não se importava muito, nós que administrávamos isso, quando o gestor se implicava, nós éramos coadjuvantes nessa regulação. Então, sempre foi uma situação a administrar. Tem época que nós éramos o chefe e noutras os coparticipantes”.

A fragilidade dos gestores (municipais e estadual) pode ser observada, ainda, na dificuldade para a governança das vagas, diminuição do absenteísmo, priorização de casos, identificação de demanda reprimida, etc. A diretora assistencial do HE₂ destaca:

*“Como podem vir checar uma coisa que eles não sabem se está de acordo ou não? Então, tudo bem, eles sabem que eu cumpro, mas será que o que eu cumpro é mesmo o que eles precisam? Eles não sabem! (...) **E a surpresa é que a central de regulação do DRS não tem computador, um negócio absurdo, só trabalha com fax, que são encaminhados, mas depois não tem histórico!**”.*

Claramente, **de regulado o HE₂ passou a ser regulador, em virtude da fragilidade do gestor, pressuposto central para que qualquer política no âmbito do SUS e centrada nas diretrizes e estratégias contidas na política de contratualização dos HE pudesse alcançar os resultados esperados.** Os elementos trazidos pelos dirigentes hospitalares entrevistados permitem reconhecer, em primeiro lugar, que qualquer lógica de contratualização não se sustenta com uma situação como essa e, também, que a concepção de contratualização adotada trabalha com certa idealização de atores do SUS, em particular dos gestores estaduais e municipais. Atores que não existem com a potência projetada. Esse é um ponto central que se apresenta na análise do HE₂ e que se pode observar no HE₁ também.

O Núcleo de Saúde Pública do HE₂, uma gerência do hospital, assume formalmente o papel destinado ao gestor do SUS. Vale observar que se trata de um setor do HE₂ que possui ligações com o Departamento de Medicina Preventiva Social da Universidade. É junto a esse núcleo que emerge também o Núcleo da Qualidade do hospital. O Departamento de Medicina Preventiva passa a ter um papel importante na configuração assistencial do hospital. O Núcleo de Saúde Pública assume objetivamente o espaço de relação com os municípios. Em muitas situações, quem detecta problemas em relação aos municípios é o Núcleo de Saúde Pública do HE₂. A intermediação para apreender a necessidade de abertura de novos serviços no hospital de ensino também é feita pelo Núcleo, que se reúne mensalmente com os municípios para pactuação prévia. O Núcleo de Saúde Pública é que se relaciona com a rede e os gestores municipais. De acordo com a gerente do Núcleo,

*“**Faço a interlocução com os municípios.** Chegou paciente aqui que não está na agenda, não volta, manda para a minha sala. Chega no núcleo, as meninas vão atrás do que aconteceu. Vemos quem errou. Nós erramos? A rede? Dr. fulano, dá um jeito de encaixar? Não deixamos paciente voltar sem ser atendido. O município errou, mas não temos como encaixar, não é dia do doutor. Vou usar uma vaga sua na semana que vem de otorrino para o paciente não ter que voltar lá para marcar”.*

Da mesma forma, observa-se que a política de contratualização não trouxe impacto adicional à humanização e reorganização do acesso às urgências, à medida que o HE₂ já se constituía em referência nacional. Essas e outras práticas institucionais (qualificação da assistência, regulação, participação no sistema de urgências, 100% de atendimento SUS) já ocorriam no HE₂ antes da contratualização. Segundo o diretor:

*“Eu não sei se exatamente pela contratualização, mas por necessidade do próprio hospital sobreviver nós fazemos isso constantemente. **Se você me perguntar: ‘É por causa da contratualização?’ Eu tenho a impressão que não.** Graças a Deus que ela faz parte e nós iríamos fazer de qualquer jeito. **As metas não foram criadas por conta da contratualização, mas pela própria necessidade do hospital.** Fazem parte, sem dúvida nenhuma, de um hospital do ensino.”*

Para a diretora assistencial,

*“O gestor local do SUS, no caso o DRS, tem conhecimento que as metas são cumpridas, que temos uma história de cumprimento de metas de produção, todos esses anos. **Acho que o HE deu uma força a mais, tá? Mas era uma coisa que pra gente já acontecia.** Nessas reuniões do acompanhamento, da comissão de acompanhamento que se reúne trimestralmente, para o HE, o DRS sempre mandou um representante. Isso era uma coisa que, às vezes, eles não mandavam na reunião trimestral que também acontece na SES. Então eu acho que o HE aproximou um pouco mais”.*

Retomam-se aqui as mesmas observações já efetuadas no caso do HE₁ que apontam para a existência de processos anteriores de racionalização: o sinergismo entre as estratégias adotadas pela alta direção do HE para implementar seus projetos e visão e a política de contratualização do HE.

O fetiche da informação: a “irracionalidade da racionalização”

No caso do HE₂, foi possível observar que as mesmas críticas efetuadas pelos dirigentes do HE₁ à irracionalidade e ao fetiche atribuído pela SES-SP às ferramentas de TI estavam presentes.

A Coordenação de Contratos e Serviços da SES-SP, responsável pelos contratos de gestão com as OSs, exige a alimentação de planilhas de controle. Além disso, o HE₂ é obrigado a preencher as planilhas do SAHE exigidas para todos os hospitais certificados como HE. Ao todo, são alimentadas mais de 32 planilhas por mês, para duas estruturas administrativas paralelas dentro da SES-SP. Segundo a coordenadora do Núcleo de Saúde Pública:

*“Já espernei, já brigamos, mas eles criaram uma estrutura gigante para monitorar os HEs. Na verdade, nós somos repassadores de dados. **Uma vez por ano eles nos chamam para uma reunião, entregam relatórios sem análise, com uma porção de números, que não são propositivos, que não servem para nada.** O que olham são dados, muitos dados. **Nós argumentamos que isso não serve para nada, mas não tem jeito, eles querem. Isso é uma exigência do gestor.** O gestor tem autonomia para exigir e acaba virando um monstro. Então eu alimento os dados dessa Comissão de Acompanhamento de qualidade, eu mando trimestralmente para SP, mas todos os meses eu mando os dados para a SES, de forma que eu preencho mais de 32 planilhas, que vai desde quantos pacotes esterilizados são usados na Central de Material até as consultas nos ambulatórios, a taxa de ocupação, números de profissionais. E tem uma planilha anual que não é a soma desses dados mensais, é outra planilha, enorme, que pega salário de funcionários, etc., uma estrutura muito grande que roda no Estado de São Paulo por causa da contratualização. **A gente é um grande alimentador de muitas e muitas planilhas que temos que dar conta, mas que não impactam na nossa gestão**”.*

Segundo o superintendente, analisando o SAHE:

“O SAHE tem muitos dados, mas é pouco objetivo. Eles deviam diminuir e usar de uma forma mais efetiva. São muitos dados e se perde um pouco”.

A instituição, por seu lado, integralmente informatizada e com forte cultura no uso das tecnologias de informação e de sistemas informatizados, instituiu estratégias próprias para lidar com as dificuldades operacionais impostas pela necessidade de preencher mensalmente dezenas de planilhas e alimentar distintos sistemas exigidos por áreas diferentes do mesmo gestor. Atribui a gestão de todos os sistemas à mesma área (o Núcleo de Saúde Pública) e tratou de compatibilizar, na medida do possível, os indicadores utilizados na contratualização (um terceiro “sistema” a ser alimentado) com os demais indicadores que são utilizados no processo de gestão.

Ao escolher os indicadores da qualidade, procuraram transformá-los em indicadores para as unidades de serviço que serão acompanhados depois pela Comissão de Acompanhamento do HE. Anualmente, ao fazer o planejamento da unidade, são incorporados um conjunto de indicadores que a direção associa com os que estão contratualizados para cada unidade. Não tratam de forma separada e distinta o contrato de metas como HE ou o contrato de gestão como OS. Ambos fazem parte do planejamento das unidades e podem ser mudados, se for preciso. Segundo a coordenadora do Núcleo de Saúde Pública:

“Seria uma loucura se nós tivéssemos os indicadores de OS, os indicadores como HE, com Hospital amigo da criança... Isso se agrega para virar o conjunto para o planejamento da unidade”.

A Coordenadora do Núcleo de Saúde Pública chama a atenção para a (não) utilização da informação na gestão do cotidiano:

“na gestão do cotidiano do hospital não mudou, não impactou, não transformou. Têm acesso a dados, relatórios sendo gerados, dados, cada vez gerando mais informações, mas não impactou mesmo na gestão do cotidiano”.

A contratualização na esteira da racionalização da vida hospitalar.

“Acho que a contratualização reforçou os objetivos que o hospital já tinha”
(Superintendente do HE₂).

A contratualização como HE, atuando de forma sinérgica aos processos racionalizadores de gestão hospitalar em curso na instituição desde sua fundação, em 2000, parece ter contribuído para consolidar ainda mais a forte cultura institucional de planejamento, cumprimento de metas, qualidade assistencial e eficiência/eficácia gerencial. Segundo o superintendente, quando questionado sobre os benefícios do processo de contratualização como hospital de ensino para o HE₂:

“Foi a melhoria da qualidade. Acho que a qualidade da assistência prestada no hospital é muito boa. Essa obsessão de cumprirmos esses indicadores, não é só por isso, ela faz parte um pouco da própria direção e o fato de nós termos alunos observando e participando nos faz nos preocuparmos ainda mais em fazer uma assistência bem feita do ponto de vista de formar essas pessoas”.

Ele atribui o sucesso na gestão de seu estabelecimento às estratégias de gestão adotadas à *“maneira do hospital encarar e montar indicadores. Um hospital que tem uma relação funcionários/leito lá embaixo, controle de ponto para todos, um perfil de médicos muito jovens que facilita”.*

Parte do sucesso obtido é atribuído pelo superintendente à modalidade de contratação e gestão de pessoal, empregados pelo regime da CLT. O HE₂ só tem terceirizado o serviço de segurança. O restante, a exceção da manutenção de equipamentos de alta tecnologia, é mantido com recursos próprios. De acordo com o superintendente:

“Esse hospital já demitiu uma quantidade grande de pessoas que não se enquadram. Médicos, por exemplo, aqui já foram demitidos pelo menos 30 médicos, nesses dez anos, 60% porque não trataram bem os pacientes, uma parte porque não cumpria horário, outra porque era louco”.

Embora as mudanças não sejam atribuídas à contratualização, **é inegável que a tipificação do hospital como HE dá sustentabilidade política ao discurso da direção do HE**, fortemente alicerçado na concepção de que o diferencial do HE₂ está no fato de ser um hospital de ensino, embora seja possível observar, claramente, que sua excelência se apoia em diversos outros fatores relacionados ao processo de gestão e à introdução de ferramentas gerenciais, bem como de estratégias relativas à produção do cuidado e de qualificação do ensino, que aportam enorme governabilidade ao grupo dirigente. De qualquer forma, à semelhança do que observamos no HE₁, **a contratualização é potente ferramenta para ampliar, consolidar ou simplesmente legitimar o projeto de mudança da alta direção do estabelecimento hospitalar.**

De acordo com o superintendente,

*“Desde o começo, não era só pelo fato de ser OS, eu acho que um hospital que faz um ensino, se tiver uma gestão razoável, ele presta uma boa assistência. Eu acho que o ensino, a participação não só de alunos de medicina, mas de enfermagem e de outras áreas faz a diferença (...) **Acho que a contratualização reforçou os objetivos que o hospital já tinha**”.*

É possível identificar, ainda, que uma instituição com mecanismos de gestão racionalizadores bem instituídos, como é o caso do HE₂, passa, a partir da utilização de ferramentas como a acreditação e a contratualização, a se dedicar à ‘qualificação dos seus problemas’. Trata-se da possibilidade, incomum a outras organizações hospitalares mergulhadas na gestão das crises do cotidiano, de construir novas agendas que permitam, por exemplo, se dedicar a “novos problemas” como diminuir o volume de ruídos produzidos pelos profissionais de saúde para atender uma demanda dos usuários identificada por meio de pesquisas de satisfação dos usuários. Isso pode ser observado largamente no relato a seguir, do superintendente, que tipifica claramente a emulação aludida anteriormente:

*“Acho que a certificação em si criou um clima entre os funcionários no sentido de que tínhamos que ter uma qualidade, um diferencial. **Acho que a certificação sempre atraiu as pessoas com algum tipo de ideal.** Esse ideal implica, além da qualidade, ter essa coisa da humanização. Tivemos uma visita do Banco Mundial, a moça ficou IMPRESSIONADA! Tivemos um professor da universidade particular de Barcelona que também ficou impressionado com o nosso hospital público. Aquele jogador, Dario, quando veio perguntou: “Quanto paga? Fica muito caro esse hospital pra ser internado?” Do jeito simples dele. Então isso é uma coisa legal. Hoje a gente consegue mapear os andares em que as pessoas são mais ou menos bem tratadas. Fizemos uma pesquisa de satisfação em relação: Quais são os maiores problemas do hospital? Um dos maiores problemas do hospital é barulho à noite. As enfermeiras, os médicos, as médicas, andam de salto alto e ninguém consegue dormir. É coisa que eu nunca tinha pensado...”*

A direção do HE₂ dá enorme importância ao processo de planejamento e o envolvimento de todo o seu corpo de direção e funcionários, voltando seus esforços com obstinação para a obtenção de certificações de qualidade. A obtenção da acreditação nível III – foi o primeiro hospital público a conseguir tal façanha – é destacada como reconhecimento ao planejamento.

A certificação e contratualização como HE foi um reforço considerável nesse aspecto: mais uma comprovação da excelência e qualificação do HE₂. Ter sido o primeiro hospital a conseguir a recertificação como HE, por exemplo, embora sequer os recursos financeiros cheguem para o HE₂, é destacado como um grande feito pela direção.

*“Se esse hospital nunca tivesse tido essa intenção e de repente fosse certificado eu tenho a impressão que ele tinha crescido menos. **Ele já tinha essa intenção de ser certificado e quando conseguiu deu um salto de qualidade porque as pessoas gostam disso**”.*

A continuidade do projeto e da própria equipe dirigente à frente da direção do HE₂ por um período considerável também são apontadas como fatores decisivos na qualificação do processo de gestão hospitalar. A crença no poder do planejamento deste grupo dirigente pode ser corroborada na fala do superintendente sobre incorporação e gestão de novas tecnologias:

“Tudo o que ocorreu de excelência neste hospital, acho que é fruto do planejamento inicial. Junto com isso veio a certificação, Amigo da Criança, a certificação como Hospital de Ensino e da Acreditação. Quer dizer, nós somos o primeiro hospital público a comprar um CT Multi Slide 64 canais. Basicamente para fazer uma oferta maior para a rede”.

Isso não tem impedido, entretanto, que o HE₂ vá se adaptando às mudanças exigidas pelas próprias necessidades da região. Tal capacidade é atribuída à qualificação de seu pessoal, mobilizados por estarem “num ambiente universitário, pessoas que se identificaram com o projeto de ensino do HE₂”, na visão do superintendente.

Há uma preocupação destacada por todos os dirigentes do HE₂ entrevistados quanto à necessidade de ir além dos limites de racionalização gerencial obtidos, ao encontro da qualificação assistencial. Isso se expressa, por exemplo, nas palavras do diretor administrativo:

“Estamos querendo partir para essa linha canadense que já se aproxima mais da assistência ao paciente. Agora, mesmo que a acreditação (ONA) não focasse tanto isso na época, nós percebíamos assim. Superada a parte organizacional do hospital, atribuições de cada função, manuais e normas de rotinas pra todo e qualquer área do hospital, uniformização dos processos de trabalho, todo esse tipo de coisas que realmente a acreditação deu uma alavancada ótima no hospital. Porque realmente muda a cara do sistema. E agora essa questão do Canadá aí, do sistema canadense, vem mais próximo dessa... Não me lembro o nome, sei que consegue chegar mais perto de avaliar a assistência ao paciente mesmo, tanto inclusive da parte médica, talvez chegue mais perto disso”.

De uma maneira geral, é preciso reconhecer que intervenções levadas a cabo no campo da gestão hospitalar em todo o País, ainda que referenciadas nos princípios do SUS, tem sido muito formalistas e com muita ênfase no organograma. São muitos arranjos funcionais ligados ao processo de colegiados formais, que são muito difíceis. Mudanças centradas no organograma e em colegiados de gestão não garantem que haja horizontalização, como tem sido enfatizado por diversos autores que se debruçam sobre o tema. São lugares marcados por interesses instituídos no campo das organizações de saúde. Mas podem existir outros mecanismos de participação. O HE₂, por seu lado, apresenta uma aposta mais voltada à discussão da gerência clínica, da gestão do cuidado, com a constituição de espaços de conversações multiprofissionais, móveis, contingentes, voláteis, onde se operam transformações institucionais. A própria visita multiprofissional, largamente explorada no HE₂, pode ser uma rede de conversação interessante.

No tocante à gestão financeira, os dirigentes do HE₂ avaliam que há muita transparência porque o orçamento anual é pactuado com a SES-SP. Eles se submetem ao controle de gasto financeiro por grupos econômicos e até por subgrupos. Se a evolução financeira permite superávit, conseguem implantar alguns projetos novos. Segundo o diretor administrativo:

“Muitas vezes, além do orçamento, a gente apresenta projetos especiais para a secretaria para ela aprovar à parte. Mas como isso é muito difícil de ocorrer, utilizamos uma boa administração para que gere alguma sobra a ser aplicada aqui dentro. Eu vejo isso com muita transparência. Agora, como a gente faz isso? A gente faz a prestação de contas à Secretaria de Estado, que por sua vez apresenta ao Tribunal de Contas do Estado e tem todo um acompanhamento. Em relação ao acompanhamento da verba de ensino, nunca tivemos a orientação que a gente tinha que prestar contas em separado desse dinheiro de ensino”.

No que tange à produção de conhecimentos, uma das proposituras da política de contratualização, observa-se que mesmo um hospital de ensino novo e do porte do

HE₂, que não tem ainda a mesma pressão sobre os docentes para produzir, tem enorme dificuldade de estabelecer uma linha de pesquisa mais voltada às necessidades do SUS. Segundo a coordenadora do Núcleo de SP:

“O que poderia diferenciar esse hospital seria olhar mais para as necessidades. Essa política poderia ser muito diferente, mas nós não temos potência, não demos conta ainda. A gente criou o centro de estudos e pesquisas. Está querendo se diferenciar, mas falta alguma coisa. A marca aqui é assistência, não é ensino e pesquisa. Como é que faz para que um bom coordenador médico ou de enfermagem produza, façam trabalho que interesse ao SUS? Teremos que inventar e aprender este caminho”.

A análise das entrevistas com a alta direção do HE₂ deixa evidenciar que se trata de um estabelecimento hospitalar que se caracteriza pelas constantes mudanças e inovações na área assistencial. Por exemplo, acompanhantes entram em todos os partos no centro obstétrico, sem restrições, preparados em grupos durante o pré-natal pela enfermagem. Construiu-se uma unidade de alojamento tardio dentro da UTI neonatal para as mães permanecerem mais tempo acompanhando bebês que necessitam de um período prolongado de internação. Oficinas artesanais diárias para que as mães possam se ocupar com outras coisas. Bazares que arrecadam recursos para o serviço social. Programa de alta precoce com preparação do cuidador, entre várias outras estratégias de cuidado. Serviço de ouvidoria que fica à disposição das pessoas ou o acesso a caixas em que o usuário pode se manifestar por escrito em cada unidade.

Cabe destacar que, entre tantas certezas, ainda há nas entrevistas espaço para dúvidas quanto ao impacto das ferramentas pautadas pelo gerencialismo, como o depoimento da diretora assistencial:

*“Quando começamos o planejamento, achava que seria uma firula e que não ia funcionar. Mas atualmente acho que funciona sim. Tenho a impressão de que a gente consegue se comunicar sim com os colaboradores. Nessa última acreditação, pensei no que o cara falou: **‘será que essa cultura realmente está implantada nesse hospital?’** É uma dúvida cruel, que à noite me deixa pensando: **‘Será que tudo que a gente está fazendo é mentira?’** Ou será que realmente está implantado aqui?’ Eu realmente tenho acreditado cada vez mais que realmente esse planejamento tem sido feito e apropriado pelos outros e, portanto, mais seguido. A gente na diretoria olha os indicadores, vê como estão e tenta seguir o que foi colocado. No final do ano, fazemos a revisão do planejamento, tudo conforme o que mandam. Chama todo mundo, discute com as unidades assistenciais. Na unidade da UTI vem a fisioterapeuta, nutricionista, as enfermeiras, tudo, tudo... A gente faz tudo”.*

Na equação do HE₂, montada a partir das categorias empíricas utilizadas, esta é de baixa intensidade. A contratualização fica como que obscurecida, tem pouca força perto do conjunto de medidas racionalizadoras em curso, embora possa ser pensada na sua esteira.

Contratualização e micropolítica do hospital

Preliminarmente cabe lembrar, conforme já destacamos na *estação* anterior, que os elementos da micropolítica colhidos ou percebidos restringem-se às falas dos dirigentes do HE₂, o que naturalmente impõe um viés. Para uma análise mais consistente, seria necessário ouvir os demais atores implicados no cotidiano do HE.

A alta direção do HE₂ verbaliza de forma muito clara a aposta que faz num modo de gerir o estabelecimento centrado nas pessoas (ou “colaboradores”, como preferem designar a força de trabalho do hospital), tanto nos atores com responsabilidades pela coordenação, como nos trabalhadores que atuam em cada unidade, considerados mais relevantes para as mudanças pretendidas do que os projetos e o próprio planejamento. Percebe-se, entretanto, que a realidade não é bem assim. Trata-se muito mais de uma reflexão que os dirigentes procuram fazer, mas, sob um olhar mais aguçado, a direção do HE₂ tem o fetiche das tecnologias de gestão e sempre investiu pesado nelas.

Nas entrevistas, os dirigentes do HE₂ demonstram uma convicção de que instrumentos de contratualização, acreditação, qualidade – plenamente implementados na organização – podem ser ferramentas interessantes para a qualificação do processo de gestão, mas não são instrumentos com potência para produzir transformações mais refinadas no campo da assistência e do cuidado. Ao ponto de a coordenadora do Núcleo de Saúde Pública admitir que

*“Nosso hospital toma esse caminho e assume esta configuração, mas tem uma marca e obstinação que é do perfil do nosso diretor: desde o começo, ser um hospital público de qualidade. Essa pauta é a central, é fundamental. Com isso ele foi bancando. Eu tenho uma autonomia para operar dentro desta marca dele muito grande. O jeito de organizar o ambulatório. Ele aposta. A farmácia... **todos operam com autonomia em seu campo, mas isso é a marca do diretor. Ele tem presença nesse hospital.** Tem essa marca, tem a soma – não uma solução. A solução é o organograma? É o colegiado? Não, aqui a gente experimentou muitas soluções. Tem acreditação. Tem amigo da criança, Tem hospital de ensino. Vamos nos permitindo pegar coisas diferentes e somar, com autonomia, mistura. Acho que, em*

linhas gerais, é um hospital que se diferencia, que consegue ter produção, estar na rede, se inserir na rede, tem retorno, tem foco no cliente, vai muito bem em todas as avaliações, se diferencia”.

Observa-se que o modo de gerir e de cuidar das pessoas que são atendidas no HE₂ é muito marcado pela figura e estilo de seu superintendente. A política de racionalização é fortemente devedora do exercício de autoridade carismática combinada com autoridade legal-formal de seu superintendente, o que nos remete para a questão do imaginário organizacional, ou “cultura organizacional”.

Relatando as dificuldades enfrentadas na gestão do cotidiano do HE₂, a diretora de enfermagem corrobora a visão diferenciada que esse HE tem de seu papel e de sua missão no tocante ao SUS:

“Não, não é tudo liso não. São muitas pessoas, eu tenho 600 colaboradores dentro da enfermagem. É muita gente. Não é fácil a comunicação, transmitir a informação, manter a interdisciplinaridade. Falar que não existe ilha de excelência não adianta. Não adianta a enfermagem ir pra frente se não estiverem todos juntos. Mas é bonito ver como a gente consegue tratar bem os usuários do SUS. Porque aqui é 100% SUS e a gente tem muito a melhorar ainda, mas acreditamos muito no SUS. Acho que o SUS ainda dá certo. Dá pra atender bem os pacientes. É obvio que o acesso deles pode, às vezes, não ser fácil. Porque até o paciente chegar aqui a gente tem que cuidar muito bem dele porque o caminho é longo para o paciente. Daí a nossa preocupação com suspensão de cirurgia, dele não ser bem atendido, com o tempo de permanência estar alto, infecção, essas coisas todas...”

A aposta, pelo que se apreende da experiência do HE₂, é que políticas centradas em contratos de metas funcionam adequadamente se tiverem os atores adequados. O projeto, por si só, não seria reproduzível sem a presença desses sujeitos destacados, altamente comprometidos com um projeto de qualidade. De acordo com a opinião do superintendente:

*“Se você me perguntar se na Região Norte e no Nordeste é possível colocar um projeto de pactuação de metas como existe aqui no HE₂, eu direi que acho difícil, porque não tem os atores. A política para o hospital de ensino deu certo porque o projeto do governo era bom, porque os atores eram bons, porque as pessoas que estavam na cabeça tentando direcionar isso daí são pessoas que estavam empenhadas. Eu acho que deu certo porque a situação era muito favorável. **Eu acho que o projeto da certificação é espetacular, mas desde que tenha os atores que ajudem, porque por si só não se sustenta. Como também acho que esses contratos de metas com as OSs não se sustentam”.***

A mudança ocorrida no *status* do hospital com os diferentes títulos alcançados (acreditação, certificação como HE e Amigo da Criança, por exemplo) foi um importante fator mobilizador do seu pessoal e dos quadros de direção. Além disso, atraiu e permitiu que a alta direção tivesse uma intervenção diferenciada. A direção do

HE₂ joga peso nas pessoas e a contratualização foi uma estratégia fundamental para disputá-las e mantê-las, mesmo com uma política de salários pouco atraente se considerados o mercado regional.

No tocante à democratização da gestão, percebe-se, tal como no HE₁, que a estratégia de gestão participativa não ocorre nos moldes formalistas pensados no projeto de contratualização.

A política de contratualização dos HEs é herdeira de uma tradição formalista de participação e representação, que é necessária, mas não suficiente para dar conta da complexidade da vida do hospital moderno, embora a posição de descrédito do superintendente seja manifesta e objetiva:

*“Eu, pessoalmente, acredito que sempre tem que ter alguém que mande. Essa horizontalização do poder funciona num mundo ideal. Mas eu acho que o mundo não é ideal. Nós não temos conselho gestor, temos um conselho de administração. Mas, esse é um hospital que é auditado pela Fazenda, SES-SP, que todo mês precisa prestar contas. Não que eu seja contra, o problema é que para chegar onde estamos passamos muita dificuldade com essa coisa de Conselho Municipal da Saúde, conselho gestor, essas coisas. E eu, sinceramente, não acredito muito nisso. (...) **Eu vejo que esse conselho gestor não iria ajudar e que as pessoas aqui estavam todas imbuídas de uma boa intenção e eu nunca vi necessidade de criar.** Até acho que estou errado. Nós criamos um mercado aqui dentro tão competitivo em relação à ação do hospital para se que faça uma boa assistência que muito provavelmente não deu tempo de eu fazer essa coisa”.*

Ao mesmo tempo, a direção aposta em intensa participação das áreas e de seus profissionais no processo de planejamento, coordenado pelo diretor-superintendente, pelo coordenador de administração e a coordenadora de assistência. Compete ao Núcleo de Qualidade do Hospital articular a assistência e a qualidade, segundo o superintendente, *“mais apagando incêndio do que na verdade fazendo outra coisa”*, à medida que esse Núcleo de Qualidade gera conflitos, produz questionamentos e a discussão entre as diferentes áreas do hospital. A função maior do superintendente, assumida explicitamente:

“é a de apaziguar esses conflitos, (...) fazer as pessoas, pelo menos, se tolerarem, se darem bem. Isso não é fácil, porque às vezes você é obrigada a tirar pessoas-chaves, que têm ou tiveram importância na sua vida, na implantação do hospital e você é obrigada a trocar”.

Na estrutura do hospital, não existe constituição formal de colegiado. Ao mesmo tempo, no plano do discurso da alta direção do hospital, essa questão é considerada secundária. Chama a atenção que os dirigentes da instituição acreditam que seus projetos racionalizadores, suas apostas e desejos de mudança tiveram capilaridade e

foram de fato assumidas e incorporadas pelo conjunto de trabalhadores da instituição. Acreditam que o HE₂ teria conseguido envolver o conjunto de trabalhadores tendo como foco a assistência. De acordo com a Coordenadora do Núcleo de Saúde Pública do HE₂:

“O HE₂ conseguiu mudar tanto a agenda da gestão que o foco agora está na assistência. Não tem como fazer isso separado. As reuniões de recertificação da acreditação. Todas as reuniões que aconteceram na instituição, depois de monitorar os indicadores, envolveram todos os principais funcionários da unidade. O médico, o enfermeiro, o fisioterapeuta, assistente social, é um processo que está sendo feito por todo mundo. Quem a gente não inclui na nossa pauta? O usuário, que não foi incorporado na coisa da gestão do cuidado, mas que já é possível ver coisas isoladas. A coisa vai se tornando forte”.

Por outro lado, é possível perceber que o hospital, para discutir a assistência, está criando estratégias para além das estruturas formais. Algumas mudanças substantivas, citadas pelos gestores, centradas na qualificação da assistência e no usuário, construídas a partir de outros espaços que se configuram na micropolítica do estabelecimento hospitalar, podem ser utilizadas como exemplo, à medida que são construídas e implementadas pelas equipes de forma participativa, embora sem a existência dos mecanismos formais pensados na política de contratualização dos HEs como forma de induzir a gestão participativa. A presença do acompanhante na UTI adulto. A participação do pai e da mãe na UTI Neonatal, com acesso sempre que necessário e com apoio da equipe. Grupos de alta precoce com capacitação de cuidador. Aparentemente o HE₂ está se democratizando por outra lógica, não prevista no processo de formulação da política governamental: a da assistência.

“Não há como discutir a emergência se eu não colocar a UTI, o centro cirúrgico, se eu não colocar todo mundo para discutir. Não tem jeito. E quebra a lógica do nosso organograma. Senta coordenador da UTI, da clínica médica, da emergência, da enfermagem, fisioterapeuta, nós temos muitos fóruns de discussão, que é uma característica dessa diretora atual que põe na roda para discutir, não fica fazendo reunião separada por categoria. Esse fórum discute com profissionais de várias áreas. Não vem só o coordenador para fazer o planejamento. É rico, você sai da pauta da disputa e leva para o debate. (...) Não é a disputa da enfermagem com a fisio. Esse processo de planejamento com outros profissionais deu para a direção conhecer profissionais que viraram novos coordenadores”.

Sobre as possíveis resistências à política de contratualização observadas no HE₂, diferente do que aponta a direção do HE₁ no caso anteriormente estudado, é possível afirmar que **a contratualização no HE₂ ou não produziu nenhuma mudança capaz de mobilizar os sujeitos – o que parece ser o caso – ou esses mesmos sujeitos já tinham**

aceitado como instituídos os projetos e estratégias da alta direção do HE₂. Segundo o superintendente:

“Não houve resistências. Eu acho que tivemos uma ajuda de todos. Esse hospital tem uma vantagem. As pessoas gostam dele. O sindicato marca uma reunião pra falar mal do hospital e vão duas pessoas, ninguém precisa falar nada. As pessoas gostam do lugar, gostam de ser bem tratadas. Eles gostam, por exemplo, que a diretoria almoça junto com a funcionária da limpeza. Gostam que os ressociandos, que ficam trabalhando de jardineiros, tomem banho e sentem com todo mundo. Então, esse hospital é uma coisa assim... Eles têm certo xodó por ele”.

E continua explicitando sua estratégia de sedução e construção de hegemonia:

“Nós criamos uma estrutura em que os alunos gostam de ficar aqui. Por exemplo, nós caprichamos no almoço e no jantar. Os alunos acham o HE₂ superlegal! Por quê? “Porque tem uma comida boa. Porque os anestesistas deixam fazer anestesia. As pessoas sentam com a gente e conversam”. Tem um lado de cobrança dos alunos, roupa, modo de entrar, sacola que fica parada, os alunos reclamam um pouco dessa organização. Aluno que quis entrar de bermuda aqui e não foi possível. Mas nós temos um modelo hoje de como lidar com os alunos, muito diferente do que tem o HC”.

É possível destacar que pressões e dificuldades políticas ao longo do processo de implementação do projeto da direção para o HE₂ foram superadas também por meio de articulações com atores externos ao hospital, com papel destacado na micropolítica local:

“O HE₂ tem o amparo do Rotary, do Lions e da Maçonaria. As pessoas têm hoje muita dificuldade de mexer com a gente. Inclusive vereador e o próprio prefeito... Esse hospital tem um histórico muito complicado, um hospital velho de intervenção que foi montado pelo PMDB. Depois veio o PSDB. Quebrar estrutura de uma intervenção e dirigir todas as forças de um hospital sob intervenção só pra atendimento da saúde. Mexeu com muitos interesses. Eu, por exemplo, tenho umas dez cartas pedindo a minha cabeça, tanto para o Mário Covas, como para o secretário na época. Para o reitor umas quatro ou cinco. Então eu era uma pessoa que desestabilizava e coisas assim. Porque nós fizemos tudo com processo seletivo. E o HE₂ sempre teve um norte, entendeu? Hoje a cidade tem um respeito pelo hospital absurdo, absurdo, impressionante!”.

Nessa rede de governabilidade construída localmente, cabe ainda destacar o grupo de voluntárias do hospital, chamado “Viva Feliz”, com mais de 200 pessoas de diversos segmentos da sociedade, de várias classes e entidades da sociedade civil. E o papel de anteparo que o Núcleo de Saúde Pública, conforme já foi discutido anteriormente, desempenha na interlocução com atores internos (corpo clínico, gerências, docentes, etc.) e externos (usuários, gestores municipais, DRS, Universidade, etc.), muitas vezes com interesses conflitantes.

O HE₂ foi criado com perfil fortemente marcado pelo aspecto assistencial, embora desde o início de suas atividades conte com a presença de alunos e residentes. Embora não conte com um número significativo de docentes da universidade entre seu quadro, privilegiou-se a contratação de médicos afeitos ao ensino. O desejo de se constituir como hospital de ensino, de certificar e contratualizar o HE₂ como um hospital de ensino, explicita a percepção de que este estabelecimento era, nos dizeres de seu superintendente,

“...o ‘patinho feio’ dentro do complexo de saúde da universidade. Não éramos um hospital de ensino, nós éramos um hospital pra resolver problemas assistenciais e acabou. A partir do momento que fomos reconhecidos pelo ministério, que viramos um hospital certificado, nos tornamos mais atrativos para as pessoas virem trabalhar”.

Concepção que se explicita com a visão da Coordenadora do Núcleo de Saúde Pública do HE₂:

“Esse hospital, apesar de querer se diferenciar, ainda é a sombra do HC. Os docentes que poderiam produzir aqui ainda estão todos voltados para lá. Cobrem um buraco da estrutura do internato, são docentes que não se diferenciam pelo trabalho aqui. Vêm aqui. Dão uma aula, mas vão embora. Não investem. É um dos pontos mais fracos nossos, se não for o mais fraco”.

Fica evidente, a partir da análise dos discursos dos dirigentes do HE₂, o quanto é importante a tipificação como hospital de ensino para o HE₂. Há evidente necessidade de reconhecimento pelos pares que conformam a instituição médica e, em particular, pela instituição acadêmica. A contratualização é, antes de qualquer coisa, uma afirmação do HE₂ como hospital de ensino, à revelia da SES-SP, dando *status* e identidade própria ao HE₂ em relação ao “glorioso” hospital de clínicas da universidade.

Chama a atenção na análise deste campo a discreta ou quase ausente enunciação, nos discursos dos entrevistados, do atravessamento das instituições médica e da instituição acadêmica. Trata-se de um hospital tão racionalizado, envolvido de tal forma com a competente implementação de ferramentas de racionalização dos processos de gestão, no sentido que vimos antes (fundadas no estrutural-funcionalismo), que impede a enunciação dessas instituições poderosas na vida das organizações hospitalares? Trata-se de um fenômeno extraordinário, observado em função do pouco tempo de existência do estabelecimento? Seria produto da juventude do seu corpo clínico (e cedo ou tarde ainda apresentará os

atravessamentos produzidos pela instituição médica em todos os hospitais)? Ou se dá em função do HE₂ ser uma unidade ainda periférica, constituída nas franjas da sua universidade? Parece-nos que o recorte desta pesquisa, limitado à alta direção do HE₂, não permite fazer qualquer inferência nesse sentido.

No HE₂, entretanto, contamos de forma privilegiada com o estudo desenvolvido por ABOU-JAMRA (2010), pertencente à mesma linha de pesquisa “Política, Planejamento e Gestão em Saúde”, do Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo.

Um dos pressupostos tomados pela autora, que se confirmou apenas em parte em seu estudo, é que tais políticas de racionalização em curso, por implicarem regulamentação e normalização de fluxos, rotinas e processos de trabalho, seriam percebidas pelos médicos como controladoras. Os médicos do HE₂, por ela escutados em nenhum momento fizeram referência explícita ao que está sendo chamado de “racionalização da vida hospitalar”, pois as medidas racionalizadoras com potencial impacto na autonomia técnica vêm revestidas de (e legitimadas por) forte componente científico.

“Falando a partir de seu mundo do trabalho e da complexa trama de relações institucionais que vai construindo para produzir seu cotidiano, pautado pelo sentido ético que imprime à sua prática profissional, pelo forte “sentido de pertença” que existe no hospital, os médicos produzem outro discurso, mais fragmentado, elaborado com outros elementos, guiado por outras lógicas e que, afinal, resulta em algo que não é simples “espelho” ou reflexo do que a direção pretende. Os médicos produzem sentidos para seu cotidiano que escapam a qualquer pretensão mais “macro” e mais global do discurso institucional, o qual os imagina agindo de acordo com sua lógica” (ABOU-JAMRA, 2010).

Essa pesquisa também mostra que as práticas racionalizadoras são vistas, em alguma medida, como uma desejada “moralização” da vida organizacional, definindo regras claras e cumpridas por todos. Não foram observadas contraestratégias conscientes, ativas e articuladas de resistência aos processos racionalizadores. Quando muito a criação de redes informais de contatos e conhecimentos que produzem fluxos e modos de funcionamento do hospital que “extravasam a racionalidade, o formalismo, a previsibilidade desejadas pela direção”. São pequenas “contravenções”, flexibilização de normas, em que o médico resiste ao projeto de um mundo totalmente racionalizado e previsível. De um lado, a direção do hospital, implantando uma lógica que “pretende dar a máxima homogeneidade, visibilidade e previsibilidade para a vida

organizacional". Do outro, seus trabalhadores, produzindo estratégias, encontros, acordos informais que fogem ao controle e ao instituído. A autora conclui que, no curto prazo, tecnologias de gestão mais instrumentais podem resultar em benefícios, mas deixam dúvidas sobre a capacidade de produzir novas formas de cuidado e modos de encontros trabalhadores-usuários.

O recorte da presente pesquisa, o lugar de observação, pode nos vedar o acesso ao mundo micropolítico. Restam-nos, talvez, explorar dissonâncias, discordâncias, pequenas revelações ao compararmos as falas dos administradores com os médicos dirigentes e com as enfermeiras. Elas são as que "dão mais bandeira". Mesmo quando polidas e contidas, deixam escapar algo. Foi possível observar isso tanto no HE₁ como no HE₂. Portanto, a análise aqui efetuada restringe-se aos poucos elementos captados nas entrevistas com a alta direção do HE₂.

Segundo a diretora assistencial, comparando-se o HE₂ em relação à média de hospitais, trata-se de um lugar onde o médico é mais controlado, com controle eletrônico da presença e vários outros mecanismos. Os médicos no HE₂ não controlam leitos como tradicionalmente o fazem em qualquer outro hospital e disputam agendas de bloco cirúrgico:

"A gente conseguiu nesse hospital deixar bastante pequena essa atuação dos feudos, da corporação médica e tal. Isso é uma coisa que quase não acontece. Ela acontece, mas um pouquinho, muito pouquinho. E quase sempre a gente tenta desestimular totalmente. Então, quase não acontece" (diretora assistencial).

A enfermagem, como o corpo mais disciplinado do hospital, conforme já havia sido apontado na análise do caso do HE₁, sempre assume a dianteira nas coisas referentes à organização *"porque elas têm mais esse perfil"*, reconhece a diretora assistencial que atesta que:

*"A gente se aproveitou bastante disso pra deixar o hospital mais organizado, dessa possibilidade maior da enfermagem. **Muitas coisas do planejamento foram ancoradas na enfermagem. Elas sabiam e tinham um domínio maior sobre a Unidade, sabiam o que acontecia**"*.

Para os dirigentes do HE₂, os médicos não gostam de fazer controle, de ficar andando atrás de indicadores. Alegam de maneira geral que *"se trata de coisa de enfermeiro"*. Foi difícil para a organização conseguir algum grau de envolvimento dos médicos. Hoje a direção do HE₂ alega não ter dificuldades com médicos que não sejam pontuais, que não cumpram o horário. As ferramentas gerenciais, como ociosidade de

sala cirúrgica por especialidade, por exemplo, são largamente utilizadas como meio de controle. Reconhecem, entretanto, que a participação da enfermagem é muito mais intensa e entusiasmada do que a do médico. Segundo a diretora assistencial:

“(...) o médico vai junto com a enfermeira que sabe tudo. Quando tem a visita da acreditação, o médico espertinho vai lá e se aproveita do trabalho e do conhecimento da enfermeira (...) É um mito esse negócio que ele nunca vai aceitar. Ele aceita porque tem razões para aceitar”.

E segue com interessante análise:

*“(...) o médico que chega de um ambiente hospitalar tradicional estranha quando chega aqui. **Tem enfermeira demais, indicador demais, gestão demais, transparência demais, cobrança...** É diferente! Na verdade, o médico ainda quer é boa condição de trabalho e que não mexam muito com ele, uma enfermagem competente ao lado...”*

Há nitidamente uma disputa em curso pelo disciplinamento e controle do trabalho médico, ainda que não explicitamente anunciados, que vai além do controle de ponto. Passa, por exemplo, pelo domínio total sobre a agenda, que passa a ser regulada pela enfermagem ou, externamente, pelo gestor e pelo Núcleo de Saúde Pública (visto pelos médicos como a face interna dos gestores).

“Para que ele quer ter o domínio? A gente está poupando o trabalho dele de ficar agendando em tal horário. Pode deixar que a gente faz isso pra você. Os pacientes estarão lá.”

Outro instrumento de controle é o preenchimento obrigatório pelo médico do relatório de alta informatizado, utilizado pela Comissão de Prontuário. Mensalmente, são avaliados 10% desses relatórios. Foi instituída uma crítica em que o médico é obrigado a preencher todos os campos para finalizar o relatório.

“Eles podem até escrever três pontinhos ou ‘Não me encham o saco’, mas tem que escrever naqueles lugarzinhos.”

Há, no HE₂, uma visível transformação da prática médica. Uma mudança no contexto de como ele vê o hospital, a enfermagem, o paciente e a gestão. O HE₂ coloca um modo diferente de ser médico, um interessante experimento de transformação. Nota-se, entretanto, que os médicos não falam em acreditação, não enunciam as grandes estratégias gerenciais. Essa linguagem é de propriedade do gestor e do gerente.

É preciso reconhecer que ao restringir a escuta à alta direção do HE, guiando-se pelas falas dos gerentes, os ruídos da micropolítica não são acessados, de fato, a partir

das entrevistas. Ficam fora de foco, com baixa visibilidade, não por um ‘ocultamento’ ou ‘má-intenção’ dos dirigentes, mas porque falam do lugar deles, de modo coerente e com os limites possíveis ao espaço institucional ocupado.

Ao analisarmos os discursos dos dirigentes do HE₁ estudado anteriormente, percebemos nitidamente que vazam mais ruídos das falas dos dirigentes hospitalares. Resta-nos perguntar se se trata de um viés metodológico ou se a funcionalização do HE₂ avançou de tal maneira que de fato os conflitos foram superados.

O processo de contratualização dos HE, analisado a partir da micropolítica, apresenta muitas regularidades, mas acaba constituindo uma cartografia singular em cada caso estudado, a partir de suas especificidades.

A análise dos dados em processo: produzindo as equações

Nesta *estação* foi possível constatar que a categorização utilizada no HE₁ tinha muita potência para sistematizar o material empírico coletado neste novo hospital. Mais do que isto, foi possível verificar que, se por um lado era possível produzir ou formular categorias empíricas com o mesmo enunciado daquelas produzidas no HE₁, confirmando regularidades presentes nas vidas dos hospitais de ensino, por outro, elas se apresentavam com **intensidades** diferentes nos dois hospitais.

la ficando mais claro, então, que seria possível, de fato, compor as **equações** dos vários hospitais que, a despeito da semelhança que guardam entre si, exatamente por serem todos hospitais de ensino, se distinguem ou se singularizam pelas diferentes **intensidades** com que os vários elementos da política impactam na vida organizacional, pelo menos na percepção de seus dirigentes. Tratava-se, portanto, de ir construindo **equações** durante as visitas que conseguissem evidenciar o singular a cada hospital e o que se apresentava em comum com os demais. Poderia ser um caminho para o desenvolvimento metodológico do estudo, em particular para a análise da grande quantidade de dados que dispúnhamos. Assim, é possível dizer que a metodologia do estudo foi sendo produzida (e consolidada) conforme o caminho percorrido pelas diferentes *estações*. O ganho mais importante desse trabalho no HE₂, do ponto de vista metodológico, foi exatamente isso. Uma metodologia “em processo”.

Mais ainda, foi sendo reforçada a idéia de que seria possível não **apenas** uma avaliação dos impactos da contratualização (um dos objetivos específicos do estudo), realizada com “grade avaliativa” construída a partir dos eixos da própria política, mas de promover uma abertura para o diferente e para o inusitado, para elementos da vida institucional não valorizados pelos formuladores da política.

Ao terminar a análise do HE₂, podia-se perceber, ainda, o quanto o desejado “deslocamento epistemológico” do autor do estudo – do lugar de formulador da política para o de analisador da política –, poderia ser facilitado exatamente ao se fazer este olhar para as “novidades”.

Agora já era possível perceber que as equações dos dois primeiros hospitais apresentavam elementos de semelhança, ou, usando os conceitos que estamos produzindo, de intensidade semelhante, mas também de diferença, resultando, portanto, em equações singulares para cada hospital. Se por um lado há uma clara convergência entre práticas racionalizadoras prévias em curso nos dois hospitais e a política de contratualização, por outro, as práticas racionalizadoras em curso no HE₁ são bem menos potentes, capilarizadas e consolidadas que aquelas adotadas no HE₂, de modo que as estratégias de racionalização em uma e outra instituição assumem distintos contornos e estágios. Intensidades diferentes! No HE₁ elas são mais “primárias”, menos articuladas do que no HE₂. Por outro lado, a forte ênfase nos sistemas de informação, como elemento importante de tais processos racionalizadores, assume intensidades semelhantes nos dois hospitais, um quase “fetiche” do uso da informação, isto é, uma exacerbação das reais possibilidades do uso de processos de informação como modeladores de uma nova realidade organizacional.

Outro ponto de diferenciação na equação entre os dois casos estudados diz respeito ao impacto no financiamento. Para o HE₁, a contratualização teve impacto substantivo, reconhecido por todos os atores entrevistados como de fundamental importância no enfrentamento da crise e na viabilização do projeto do hospital, inclusive para as mudanças racionalizadoras pretendidas pela alta direção, que por vezes utiliza a possibilidade de diminuição do aporte de recursos como mecanismo de persuasão para obtenção de mudanças ou para sustentar enfrentamentos internos. Já para o HE₂, que efetivamente beneficiou-se do aporte de recursos adicionais oriundos

da política por poucos meses, dada a interpretação do gestor estadual de que já se tratava de um hospital contratualizado e orçamentado com a SES-SP, a lógica de financiamento da contratualização acabou tendo impacto muito pequeno, restrita praticamente à viabilização do Centro de Pesquisas e Estudos.

Outro ponto de convergência nas equações dos dois HEs estudados diz respeito à falta de competência do gestor estadual (já que é o mesmo para os dois, sendo que no HE₂, em princípio, o órgão regional deveria assumir papel relevante) de fazer uma real regulação, acompanhamento e atualização do contrato, contribuindo decisivamente para aquilo que estamos denominando *jogo dos atores ausentes*. No caso do HE₂, seus dirigentes explicitam seu forte papel regulador em função da fragilidade do gestor regional.

A fragilidade das instâncias formais de controle, externas e internas ao hospital, tal como pensadas na política de contratualização, é outro ponto de convergência nas equações desses dois primeiros hospitais.

Estávamos conseguindo produzir equações que evidenciassem singularidades e diferenças, com intensidades distintas, para as categorias empíricas e não apenas reproduzindo uma “grade avaliativa” rígida. Partimos para a terceira *estação* curiosos para saber que equação ela apresentaria.

CAPÍTULO 4:

TERCEIRA ESTAÇÃO

O Hospital de Ensino 3 (HE₃)

A terceira *estação* visitada é um hospital que começou a ser construído em 1970, vinculado a importante universidade privada, sem fins lucrativos, localizada em Porto Alegre (RS). Suas atividades tiveram início em 1976, mas três anos antes seus ambulatorios ficaram prontos e imediatamente foram disponibilizados para o ensino, com os estudantes de medicina assistindo aos pacientes sob orientação dos professores da faculdade de medicina.

Diferentemente das duas *estações* anteriores, trata-se de um hospital geral, privado, de natureza filantrópica, que assiste a 18 mil pacientes adultos e pediátricos por dia, abrangendo praticamente todas as especialidades médicas.

Na área de ensino, situa-se como campo de estágio curricular envolvendo, anualmente, mais de 800 alunos de cursos de graduação, pós-graduação e profissionalizantes. Desenvolve 182 projetos ao ano de pesquisa básica e clínica, em articulação com as faculdades da área das ciências da saúde, com o Instituto de Pesquisas Biomédicas e o Instituto de Geriatria e Gerontologia.

A missão definida pela equipe de direção para o HE₃ é: *“Somos um Hospital Universitário, qualificado pela interação assistência / ensino / pesquisa, orientado por valores humanos, pela atuação interdisciplinar e pelo compromisso com a saúde da comunidade”*. A visão desenvolvida é a de *“Ser reconhecido no Brasil, e num prazo que não exceda ao ano 2010, como um Hospital Padrão de Referência em gestão, assistência, ensino e pesquisa em saúde”*.

É mantido por uma instituição de educação e assistência, vinculado a uma congregação religiosa. O HE₃ foi o primeiro investimento dessa congregação na área da saúde. Sua estrutura de direção superior é formada por um diretor-geral e administrativo, um diretor administrativo adjunto, um diretor técnico e clínico e um diretor acadêmico.

Ocupa área construída de 49 mil m², além dos 8.674 m² do centro clínico. A área de pacientes internos é composta por 539 leitos, sendo 440 de internação convencional, 78 de unidades de tratamento intensivo (geral, cardiovascular, pediátrica e neonatal) e 21 leitos de observação específicos para pacientes da emergência. O ambulatório conta com 110 consultórios e vários laboratórios com

avançadas técnicas de diagnóstico e tratamento, além de laboratórios específicos destinados à pesquisa na área médica. O centro clínico, inaugurado em 1988, abriga 160 conjuntos e 64 especialidades médicas, mantendo convênios com dezenas de operadoras de planos de saúde.

À semelhança do que foi observado nas *estações* anteriores, **também não encontramos no material institucional disponível no sítio do HE₃, bem como nos documentos acessados, nenhuma menção ao fato de o hospital ser certificado e contratualizado como hospital de ensino.**

As entrevistas e o material de campo colhido junto à alta direção do HE₃ e gestores da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre foram obtidas nos dias 2 e 3 de setembro de 2009. As entrevistas foram realizadas no próprio hospital, pré-agendadas e gravadas mediante autorização dos entrevistados e na sede da SMS de Porto Alegre. Nesta *estação* foram entrevistados os seguintes sujeitos:

- 1) O **Diretor-Geral e Administrativo** do HE₃, no cargo desde 1995, entrevistado em 3 de setembro de 2009. Participou de todo o processo de certificação e contratualização do HE₃ como hospital de ensino.
- 2) O **Diretor Técnico e Clínico**, entrevistado em 2 de setembro de 2009. Quando o HE₃ foi certificado e contratualizado, em 2004, era coordenador da pós-graduação da Faculdade de Medicina.
- 3) O **Diretor Acadêmico**, entrevistado em 2 de setembro. Na época em que o HE₃ foi certificado e contratualizado, era supervisor de uma área acadêmica responsável pela integração e formalização dos estágios dos alunos e das pesquisas no hospital. Atualmente é um dos representantes do HE₃ na Comissão de Acompanhamento do Contrato.
- 4) A **Supervisora de Enfermagem**, entrevistada em 3 de setembro, que assumiu o cargo em 2005 e não participou do processo de certificação e contratualização.
- 5) O **Coordenador da Gerência de Regulação de Serviços de Saúde da SMS de Porto Alegre**, entrevistado em 3 de setembro. Não participou da contratualização em 2004, passando a lidar com o tema a partir de janeiro de 2005.
- 6) O **médico responsável pelo Núcleo de Relacionamento com os Prestadores da SMS de Porto Alegre**, entrevistado em 3 de setembro. Também não

participou do processo em 2004, estando ligado ao objeto em questão desde 2005.

Para a análise das entrevistas, partimos das mesmas categorias empíricas já referidas nas *estações* anteriores.

O impacto do financiamento

No HE₃, o impacto financeiro do incentivo à contratualização parece não ter sido significativo. O potencial benefício financeiro proporcionado pela política de contratualização é pouquíssimo valorizado pela alta direção do HE₃ e não trouxe mudanças significativas na ampliação da oferta e do perfil assistencial. Pelo menos não foi destacado por nenhum dos entrevistados como um fator positivo da política para o hospital. O diretor técnico e clínico refere que inicialmente a contratualização chegou a ser uma opção interessante para o HE₃, mas que:

“Se nós, mesmo sendo um hospital contratualizado, atendêssemos exclusivamente o SUS, já teríamos fechado as portas. (...) A injeção de recursos da contratualização não é suficiente para o que nós produzimos (...) Acho que o SUS é um sistema fantástico, que democratizou. Acho que a contratualização procura regular isso, mas a fonte de recurso é insuficiente para manter um hospital aberto”.

Na entrevista com o diretor-geral e administrativo do HE₃, não foi possível vislumbrar o mesmo impacto financeiro positivo da política de contratualização observado no HE₁. A dependência dos recursos públicos em uma instituição filantrópica que oferta apenas 63% de seus leitos operacionais ao SUS parece ser de fato muito menor que a dos hospitais de ensino públicos que não contam com a receita oriunda dos atendimentos à saúde suplementar.

Segundo o diretor acadêmico:

*“O hospital procura sempre olhar para sua autossustentação. Os investimentos que possa e deva fazer incluem o SUS, mas também uma análise de demanda de outros convênios que possam contribuir para a sustentação do hospital. **O hospital é equilibrado do ponto de vista financeiro.** Está sempre no limbo, não atrasa a folha de pagamento. Estou aqui há 14 anos e nunca atrasou um salário aqui. **A Universidade, e isso é uma coisa que algumas pessoas duvidam, não coloca um centavo aqui dentro.** O hospital vive do que produz. Ao contrário, até paga 170 bolsas de residência médica que o MEC não viabiliza, com dinheiro da própria instituição. Só aí são 320 mil reais/mês, quase 4 milhões/ano que saem do dinheiro do HE₃. Acaba fazendo isso e abrigando a Faculdade de Medicina e dois institutos da universidade aqui dentro com toda a estrutura”.*

O HE₃, segundo seu diretor técnico e clínico, caminha para uma situação de desequilíbrio, compensada apenas pela captação de receitas oriundas da produção de serviços à saúde suplementar, à medida que efetua atendimentos acima dos limites estabelecidos no contrato:

“Temos mais de 3.000 contas guardadas que não podemos apresentar. E a contratualização, a nosso ver, representaria um pagamento para atender uma determinada região de Porto Alegre. Só que o número de atendimento que estamos fazendo é muito superior, na média complexidade, ao que foi previsto. Temos que atender 1.090 internações por mês e atendemos 1.300. Temos a despesa disso, mas não a receita. E essas contas não podem ser apresentadas porque o sistema não aceita. Nem a estatística, para saber que nós fizemos isso. Atendemos em torno de 10% a mais do que está no contrato e recebemos o que está no contrato”.

Esta opinião também é compartilhada pelo diretor acadêmico:

“O hospital produz mais do que o teto. Tem sempre um estoque, um número muito expressivo de contas armazenadas. Poderia parar de trabalhar e só ficar apresentando essas contas. O teto só existe para apresentar as contas, mas não para produzir. O hospital não rejeita atendimento. Não é só de Porto Alegre, mas da região metropolitana”.

Para os gestores municipais, entretanto, a crítica deve ser considerada por outro prisma:

“O MS jogou um caminhão de dinheiro dentro desses hospitais de ensino. A população vai aonde tem recursos. Ela não vai aonde tem pouco recurso. Então o que acontece? Inchou o atendimento nos universitários. Eles se queixam da gente, que atendem muita gente, mas é obvio que isso acontece, o dinheiro está ali!”

Segundo o diretor técnico e clínico do HE₃:

“O hospital foi o primeiro a fazer a contratualização no RS. Sempre foi vocacionado para o atendimento da população. No momento que foi acenado com a contratualização, acho que viu como benefício o fato de ter uma garantia de pagamento mensal, sabendo que ia receber. Esses números hoje, entretanto, não são mais compatíveis. Houve uma defasagem ao longo desses cinco anos. Houve um aumento significativo nos custos e em uma ou outra área específica e na média complexidade tivemos um reajuste muito aquém disso. Só tivemos o reajuste da inflação do último ano, depois de vários anos sem reajuste”.

O valor do incentivo à contratualização foi definido com base na série histórica da produção de serviços de média complexidade referentes ao primeiro semestre de 2004 e se mantém inalterado até o momento. O diretor-geral e administrativo revela que poucas alterações foram feitas nos contratos em função da indisponibilidade de recursos, mas defende a lógica como foi estabelecido o valor do incentivo:

“Eu digo que sempre a gente poderia fazer ajustes, mas eu acho que em nível de política de governo federal, não teria como fazer melhor de como foi feito, de observar um período de quatro meses e definir isso como uma amostragem segura.

Foi daí que surgiu o princípio da contratualização”.

Essa situação poderia ser equacionada, ou ao menos amenizada, se os valores dos contratos pudessem ser ajustados. Chama a atenção, entretanto, a reprodução do que já tinha sido observado no HE₂, ou seja, a não-incorporação dos reajustes dos valores repassados pelo MS aos hospitais de ensino nos contratos de metas e respectivos planos operativos. **Há uma tendência dos gestores em fazer a retenção desses recursos.** No caso do HE₃, segundo seu diretor técnico e clínico:

“Nesse momento nós estamos para assinar um aditivo que implica nos aumentos que ocorreram no ano passado que ainda não foram liberados. Um aumento, em média, de 12% para os HE concedidos pelo MS. Na nossa planilha significou 8% em dezembro do ano passado e vai ser assinado só agora em setembro”.

O caso do HE₃ reproduz, em parte, a postura já observada na relação do HE₂ com a SES-SP. Trata-se da retenção pelo gestor de recursos disponibilizados pelo MS a partir da mudança dos critérios de financiamento relativos aos procedimentos considerados FAEC, que foram incorporados aos procedimentos de média e alta complexidade em novembro de 2008 e que não foram incluídos pelo gestor de Porto Alegre no contrato de metas do HE₃. Transcorrido um ano das mudanças impostas pelo governo federal, as partes ainda estavam em negociação do quarto termo aditivo ao contrato, que deveria ser firmado no mês seguinte à realização das entrevistas. De acordo com o gestor municipal entrevistado:

“É a permanente discussão: ampliação do teto. Em todas as discussões eles pedem para aumentar. Às vezes a gente acha que é necessário, mas depende se vamos ter recursos na transferência fundo a fundo efetuada pelo MS. Quando isso tem, imediatamente repassamos pra eles. Por exemplo, a migração do FAEC. Existiam 400 procedimentos do FAEC que em novembro do ano passado, por meio da portaria 2488 do MS, passaram para média e alta complexidade. Nesse momento se discutiu o teto da alta e da média e vamos para o quarto termo aditivo. Estamos tratando disso nesse momento. Colocamos aqui para ver como impactava dentro da produção. Tudo isso aqui nós preparamos, manualmente, depois de muito estudo, muito trabalho. E quando ficar pronto, o Núcleo de Relacionamento com Prestadores e a Coordenação vai chamar a direção do hospital para discutir. A gente sempre olha para esse lado aqui, e eles sempre olham para esse outro. No fim a gente acaba se entendendo”.

É intrigante notar que o gestor municipal de Porto Alegre admite que o HE₃ faz jus ao recurso, que irá repassá-lo, inclusive revendo os valores do contrato, mas, efetivamente, após quase um ano transcorrido, retém os recursos que de fato foram destinados pelo governo federal para a política de contratualização.

Política que no caso em tela, é bom que se destaque, não resultou em nenhuma

alteração no percentual de oferta de leitos ao SUS. O limite dos 60% exigidos para manutenção do certificado de filantropia é rigorosamente cumprido pelo estabelecimento. De acordo com o diretor técnico e clínico:

“Nós temos atendido, rigorosamente, 60% dos nossos leitos. A nossa filantropia já existia antes da contratualização e exige esse atendimento de 60% do SUS. Isso não mudou com a contratualização”.

O diretor acadêmico relata que o processo de contratualização, além de aproximar o HE₃ do gestor, favoreceu financeiramente o hospital, pelo menos no início do contrato, no sentido de incorporar a produção de atendimentos que já eram efetuados e que não eram pagos por ausência de teto financeiro.

Ao entrevistá-lo, percebe-se que o raciocínio em relação à lógica de financiamento continua centrado na produção de serviços assistenciais, fortemente marcado pela média complexidade, área na qual o HE₃ tem maior participação na oferta.

“Nós temos uma demanda de média complexidade altíssima. Se olharmos as estatísticas da DataSUS podemos ver que o HE₃ é quem mais atende média complexidade. Estamos com 51% dos recursos na média complexidade”.

Chama a atenção, nessa estação, assim como já havia observado no caso do HE₁, que a lógica de financiamento, que deveria ter sido substituída ou superada pela contratualização, parece não ter sofrido nenhuma alteração. Na percepção do diretor técnico e clínico do HE₃:

*“(...) acho que **somos tratados como um cliente privado e não como um parceiro do gestor** (...) Só posso apresentar as contas até um limite que a contratualização prevê. Então é **um sistema que na prática não está cumprindo o que diz**”.*

Essa percepção tem guarida nas afirmações dos gestores municipais:

“No caso do HE₃, eles estão atendendo quanto de SUS lá? Eles atendem 65% de SUS. Mesmo com esses incentivos todos, com a contratualização, etc., há uma queixa geral que a remuneração dos serviços fica aquém do necessário. Isso é uma queixa. Dizem que, para manter o hospital viável, têm que atender, também, convênios privados. Que aí esse dinheiro iria completar a receita do hospital, fazendo com que pudesse fazer o atendimento”.

Deve-se destacar, entretanto, que a cultura de financiamento baseado no pagamento por produção persiste na lógica também dos dirigentes do HE₃:

“A gestão é plena, mas o recurso vem de Brasília. O gestor diz que nós temos um recurso limitado que é o nosso orçamento (...) Temos que atender 200 mil pessoas em Porto Alegre para receber 5 milhões de reais. Se apresentarmos 1.200 contas por mês e fizermos 1.500, vamos receber o mesmo. Se fizermos 900, vamos receber o mesmo. Daí, o ano que vem, quando vier o aditivo, vão reduzir porque atendemos

*menos e é justo. Agora, quando atendemos mais eles não ficam sabendo por que não podemos apresentar! Só podemos apresentar o que está no contrato. **Acho que a evolução deveria ser o pagamento por orçamento.** Esses orçamentos seriam negociados de acordo com a produção de cada ano, mas sem precisar apresentar contas”.*

Nota-se, no relato acima, o quão distantes ainda estão os sujeitos envolvidos da lógica de financiamento proposta pela política de contratualização. Propõem como modelo adequado as diretrizes que deveriam ser observadas pela política e que, pelo que se pode observar, sequer conseguem ser apreendidas e praticadas pelos sujeitos que deveriam colocá-la em prática. Ou seja, um aspecto que se destaca no estudo de caso do HE₃ é que seus **dirigentes não percebem significativas modificações na lógica de financiamento a partir da contratualização:**

“Não vejo que a contratualização tenha trazido uma parceria diferenciada por ser ou não ser contratualizado”.

Ao analisarmos as entrevistas concedidas, verificamos claramente que gestores e dirigentes do hospital não conseguem incorporar a ruptura proposta pela política de contratualização dos hospitais de ensino no que diz respeito ao modo de alocar recursos e financiar o conjunto de ações envolvidas que, ressalte-se, deveriam extrapolar a esfera meramente assistencial e de produção de serviços. Mantém-se a lógica de ‘tabelização da produção de serviços’, com seletividade no cardápio de procedimentos a serem ofertados ao sistema, por parte do hospital. Persiste também a lógica de avaliar a participação do HE no sistema meramente por sua produção referenciada na tabela de procedimentos (e não nas necessidades dos usuários).

De acordo com os gestores municipais entrevistados:

“Essa queixa do hospital sobre o valor da tabela é bem seletiva. Não querem fazer o que na tabela não remunera tão bem. O incentivo que vem pra eles não é pouco. O HE₃ recebe quase R\$ 1 milhão de incentivo por mês. Só que acham que isso não entra no valor da tabela. Mas como não entra no valor da tabela? Claro que entra! Mas eles dizem que o incentivo é ótimo, mas não para fazer o que queremos. É uma posição dicotômica, eu sempre cobro deles: incentivo é incentivo. Tudo bem, não entra na produção, mas vejam o valor que o SUS está pagando para o hospital (...) O incentivo é para trabalhar para o SUS. É assim. Esse é o espírito que o Ministério quis fazer. Se tem o interesse em trabalhar para o SUS vai ter o incentivo, que pode ser criticado ou não, mas é a maneira como o Ministério imaginou essa política de saúde, de orçamentação com incentivo”.

Não se pode descartar, naturalmente, e isso tem o reconhecimento de todos os entrevistados, que é pertinente a crítica aos valores pagos para muitos procedimentos, que são malremunerados de fato. Os atores destacam, entretanto, a existência de

procedimentos bem-remunerados, em geral contidos no grupo de procedimentos pertencentes à alta complexidade, objeto de desejo dos prestadores públicos e privados, mesmo os contratualizados como HE, à medida que são pagos por produção. No que se refere à alta complexidade, a lógica defendida é deixar cada prestador buscar seu quinhão no mercado:

“Não se olha com frequência se esse incentivo acompanha alguma mudança produzida pelo hospital na média complexidade. Isso ficou estático. Acho que o ministério devia sempre avaliar qual o comportamento do prestador. Se ele está produzindo mais, onde ele deveria ganhar o incentivo previsto na média complexidade, porque alta complexidade são estratégias de cada instituição. A média complexidade normalmente é tida como uma demanda da aflição da comunidade. Acho que deveriam ser mapeados rigorosamente os hospitais que estão produzindo ou contribuindo nesta área”.

A contratualização: um jogo de atores ausentes

O HE₃ tem por tradição ser um *“parceiro muito forte e desinteressado da Secretaria Municipal da Saúde”*, postura extremamente valorizada pela sua alta direção e atribuída ao perfil de seu diretor-geral, à frente do estabelecimento desde 1995. A percepção na direção da instituição é que:

“A gente frequentemente dá mais do que recebe. Sempre apoiamos a secretaria técnica do Conselho Municipal de Saúde. Eu fiquei no mínimo uns dez anos lá, e agora tem mais outras duas pessoas no meu lugar, um professor e um membro da direção prestando apoio técnico à secretaria em coisas que não tem nada a ver com o hospital. Projetos que dizem respeito ao sistema de saúde do município. O HE₃ é visto, neste sentido, pelo município, como o mais público dos privados! Vamos dizer assim, é muito parceiro!”

Uma relação muito forte com o gestor que já existia antes da contratualização e que permanece na atualidade, ainda que em menor intensidade, independentemente da contratualização:

“A gente cansou de fazer projetos para a SMS como ‘escritor fantasma’. Sábado e domingo aqui trabalhando e nós não aparecíamos, eram projetos da secretaria”.

Parceria que continua forte, também em virtude de demandas apresentadas pelos gestores, como as solicitações para terceirização de serviços para o gestor. Aliás, trata-se de um fenômeno também observado em outros HE estudados. Na verdade, há uma inversão significativa de papéis. O gestor, ao invés de regulador, passa a ter no HE um parceiro para resolver problemas de ordem técnica e administrativa que não

consegue efetuar em virtude de problemas legais ou por opção no modo de gerir suas políticas de saúde como, por exemplo, para a contratação de pessoal para a rede assistencial sob gestão direta da SMS. O HE acaba sendo utilizado em função da agilidade advinda de sua estrutura privada, no caso dos filantrópicos, assim como as fundações e OSs vêm sendo utilizadas como escapes para as instituições públicas, ou para superar obstáculos impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal, que impõe limite nos gastos com pessoal, entre outros. Segundo o diretor acadêmico,

“Às vezes, o município nos pede coisas impossíveis por conta dessa amizade. Fui chamado no gabinete do prefeito, era a assessoria direta dele querendo que o hospital contratasse médicos de família pra toda Porto Alegre e o município nos repassaria o recurso porque eles não podiam contratar. Ai nós íamos virar um ‘laranja’. Aí não, né? Seria uma terceirização. A gente já faz isso na Lomba do Pinheiro, mas é uma unidade isolada, houve uma necessidade, a gente fez isso. Mas essa não dá!”

Ao destacar as várias parcerias em curso entre a SMS e a Universidade, visando o Promed, Prosaúde, entre outras, o diretor acadêmico chama a atenção para a postura do gestor municipal. Revela-se, a partir daí, que a parceria não é tão desinteressada como faz supor a alta direção do estabelecimento:

“Como eu falo, o município é ‘pidão’, tem que ter cuidado. Mas a gente tem por política da administração ser parceiros do município. Isso traz resultados. Por exemplo, sou parceiro do município e do Conselho Municipal da Saúde. A gente está lá, dá assessoria técnica graciosamente, dois assessores nossos daqui. Isso coloca o hospital numa posição de parceiro não só para o município, mas também para o Conselho Municipal da Saúde. Dificilmente, em um jornal, o conselho bate no HE₃. Ele não bate no hospital quando tem algum problema. É muito comum, com outros hospitais, quando tem um probleminha, que eles batam. Com a gente não. Eles telefonam pra cá e falam: ‘O que houve?’ Ou então, numa reunião fechada, eles batem, mas não vão para a imprensa...”

No tocante às internações que são feitas no HE₃, todas passam pela regulação. Segundo o diretor técnico e clínico,

“A Faculdade de Medicina é integrada ao hospital. Praticamente todo ensino é feito aqui. Claro que existe algum atendimento extra-aluno, mas o atendimento é feito aqui, tanto na graduação, como na residência médica. Os casos que são atendidos pelos professores e pelos alunos já vieram regulados pelo município. Então quem atende nossa demanda são os professores com os alunos. Não há professor que queira furar o sistema porque ele já entrou no sistema!”

Muita das resistências e críticas que os dirigentes do HE₃ apresentam em relação ao sistema de regulação implementado pelo município dizem respeito à incapacidade de acessar diretamente os serviços ofertados pelo próprio hospital ao SUS. Quando isso ocorre, o município não autoriza o pagamento do procedimento.

“Sobre os mecanismos de regulação, a Faculdade não manda ninguém, os médicos e os professores também não mandam, porque eles atuam na rede que não é deles. A rede é do município. A não ser uma pequena unidade nossa, mas que também não consegue mandar. Faz 30 anos que está lá e não consegue mandar. Se quiser mandar não vai faturar. Aí não dá, né? Então, uma cota o hospital oferece, cota de exame, alguma coisa assim. Mas não remunerado pelo município, o município não aceita referência direta. Muito menos dos professores nossos que estão lá na rede! Eles nem mandam na rede! E não aceita, também, dos seus próprios, ou seja, o Centro de Saúde do Bom Jesus, que é do município, não pode mandar direto pra lugar nenhum, tem que mandar pra Central de consultas de especialidades ou para a Central de internações”.

A direção do HE₃ exerce um amplo controle sobre a oferta de serviços e não autoriza que os serviços da universidade, mobilizados por interesses acadêmicos e científicos, acessem o HE₃ porque isso resultaria em prejuízo ao hospital. Simples e claro. No caso do hospital filantrópico, esse agenciamento não ocorre (ao menos na visão de sua alta direção). Como ressalta o diretor acadêmico:

“Não tem demanda por interesse acadêmico porque o hospital teria um imenso prejuízo com isso. Isso aí é um dogma que não dá pra aceitar (...) Seria muito interessante, mas o hospital não consegue bancar isso aí, porque o município não vai autorizar. É uma permanente briga. Nem a nossa amizade com o município conseguiu resolver isso aí”.

Chama a atenção, assim como já tínhamos observado nas estações anteriores, a **fragilidade do gestor local, incompatível com o tipo de gestor idealizado para a condução concreta da política**. Percebe-se que, em parte, há **uma postura leniente na gestão desses recursos, tratados como se não fossem públicos**, já que **não assumem a responsabilidade por sua adequada aplicação**. É como se fazer a gestão de recursos financeiros oriundos da esfera federal desonerasse os gestores locais de suas responsabilidades. Atribuem ao MS a responsabilidade pelo aperfeiçoamento do sistema e até mesmo por um conjunto de medidas que, em princípio, estariam na alçada do gestor local. Nos dizeres de um dos gestores entrevistados:

*“Qualquer pessoa gostaria de poder trabalhar com o SUS, mas, lógico, tem uma tabela. Aí acho que entram as regras. Para fazer isso, tem que fazer isso. Não dá pra fazer só o que lhe interessa. **Esse equilíbrio no atendimento, quem tem que dar eu acredito que seja o ministério**. Nós, gestores municipais, também temos que atuar nesse sentido. Quando a gente faz a contratualização e os termos aditivos a gente se baseia, no quê? Nas séries históricas, nos dados epidemiológicos, que são as necessidades da população. Porque se a gente for seguir apenas pelo que remunera a tabela, nós vamos parar de fazer toda a média complexidade. Só vamos fazer cirurgia cardíaca, transplante, hemodiálise e quimioterapia”.*

Cabe lembrar que a definição de quais serviços devem ser ofertados pelo HE e que irão compor o contrato de metas se dá em negociação estabelecida entre as

partes, conduzida pelo gestor local. Na lógica da contratualização (e na prática tem sido assim, segundo relatos dos próprios entrevistados), compete ao MS aprofundar a questão, revisar o processo, verificar se todos os itens são atendidos, negociar os valores implicados, mediar conflitos, mas a definição é feita pelo gestor local. Portanto, à semelhança do que já tínhamos percebido na análise dos HE paulistas anteriormente estudados, **a desoneração de responsabilidades dos gestores locais é patente e deverá ter que ser considerada entre as dificuldades para o sucesso da política de contratualização.**

Outro aspecto que se apreende da entrevista com os gestores municipais de Porto Alegre é o desconhecimento da lógica de financiamento da política de contratualização dos HE. Em São Paulo, a opção por tratar os recursos contratualizados de forma fixa, sem levar em consideração o desempenho para a percepção da parte variável prevista, foi uma opção consciente e declarada do gestor estadual, assim como a decisão de englobar e orçamentar a alta complexidade no mesmo contrato. No caso de Porto Alegre, percebe-se que há uma confusão no entendimento da lógica do processo.

Não houve a implementação de instrumentos de avaliação de desempenho institucional para pagamento da parte variável do incentivo previsto. Na verdade, os gestores demonstram desconhecimento de preceitos básicos nas mudanças no financiamento instituídas pela política de contratualização dos HE:

“Não existe parte variável (...) isso me parece meio confuso porque a parcela variável é a alta complexidade. Tem uma parcela fixa, que é a média complexidade e uma parcela variável que é a alta complexidade. Os incentivos são fixos também”.

Os gestores municipais chegam a tecer críticas a aspectos que não constam da lógica da política e fazem propostas para aperfeiçoamento sem se darem conta que elas já estão inseridas na política e, portanto, disponíveis como ferramentas de gestão do cotidiano, embora não aproveitadas por eles transcorridos cinco anos de vigência da política. É possível observar, no depoimento a seguir, que o gestor não tem a dimensão que a política de contratualização já foi concebida com a proposta de um componente variável, pago por desempenho mediante o cumprimento de metas, que cresceria progressivamente, a cada ano, até compor 50% dos valores correspondentes ao incentivo de contratualização.

“Se fosse possível contratualizar mais hospitais escolhidos pela SMS com repasse financeiro garantido, acho que valeria a pena, mas com uma ressalva: eu não sei se gostaria de ter parcelas prefixadas. Eu gostaria de trabalhar por tetos. Eu gostaria de ter um contrato que estabelecesse tetos. Eu tenho minhas dúvidas sobre a gente deixar um valor prefixado”.

A incapacidade de compreender a lógica de financiamento da política de contratualização também pode ser observada no depoimento abaixo, efetuado por um dos gestores municipais:

“Os HEs têm aspectos positivos e negativos. Acho que a ideia é boa. Ter contratado os hospitais foi bom porque antes era meio jogado. A questão do prefixado, essa é decididamente ruim. Acho que contratualizar teto é bom. Onde eu vejo negativo em Porto Alegre? Contratualizar apenas financeiro e não olhar para o físico, para o que se vai produzir. Só vê número e não vê a qualidade desse serviço produzido. Só vê a quantidade e não vê a qualidade do serviço produzido. Nós só conseguimos ver a quantidade”.

Outro aspecto que demarca a fragilidade da capacidade do gestor diz respeito ao manuseio do contrato e dos termos operativos. Da celebração do contrato até setembro de 2009, o HE₃ assinou com a prefeitura três termos aditivos. Cabe lembrar que a contratualização foi assinada em novembro de 2004 e, em função do resultado do processo eleitoral em Porto Alegre, a equipe dirigente da SMS sofreu uma grande alteração em sua composição a partir de janeiro de 2005. Portanto, os gestores que participaram da certificação e contratualização não foram os mesmos responsáveis pela implementação da Comissão de Acompanhamento e a revisão dos contratos.

Note-se que a responsabilidade pela implementação do contrato, por provocar mudanças, impor indicadores, metas e compromissos, quer qualitativos ou quantitativos, é de responsabilidade única e exclusiva do gestor municipal. O outro membro da equipe dirigente da SMS entrevistado complementa:

*“Acho que a política de contratualização e orçamentação é boa. Só que ela precisaria ser aperfeiçoada ao longo dos anos. No início, as pessoas talvez não tenham entendido e olharam apenas para a parte da produção. Mas **no começo era assim, tanto é que os prestadores vinham falar com a gente da questão financeira falando da alta. E nós falando da média. Eles falando do financeiro e nós do físico.** Hoje evoluímos, nós precisamos olhar uma produção financeira compatível com uma produção física.*

Os gestores não conseguem sequer perceber que o contrato de metas permite ir além de uma eficiente avaliação da produção de serviços assistenciais (sem dispensá-la, naturalmente). Como se percebe no depoimento a seguir, o gestor municipal se limita à lógica burocrática já estabelecida, ainda que recheada de ferramentas mais

‘modernas’ como a nova tabela de procedimentos do SUS. Um viés extremamente empobrecido em termos de regulação, controle e avaliação:

“Então, a contratualização, ela é boa? É, mas ela trouxe benefícios? Acho que sim, mas exigiu bastante da gente. Exigiu bastante aqui dentro da Gerência de Serviços de Saúde. A gente começou a mudar, pedimos para os nossos funcionários: ‘Nós temos que pegar isso de uma maneira diferente, nós temos que cuidar’. Quando eu tava falando da tabela que era interessante, é porque ela começa com o procedimento, o procedimento vira uma forma de organização, que vira um subgrupo e um grupo. Então quando a gente faz esse resumo financeiro, nós estratificamos por subgrupos. Tem os subgrupos dos exames de patologia clínica e a gente pode determinar quantos a gente tratou. A gente vai na nossa estratificação até o subgrupo. Ai, dessa forma, a gente vê se a produção está compatível, tanto físico como financeiro, por subgrupos. Foi a maneira que nós encontramos”.

Só agora, quatro anos à frente do processo de gestão desta política, começam a perceber a insuficiência das medidas adotadas na condução da política.

“O que estamos discutindo agora é se o que realmente produzem é o que a gente quer. Eles estão atingindo as metas? Os HEs atendem o serviço público e o privado, mas não necessariamente naquilo que a gente quer.”

Essa percepção da fragilidade do gestor local, evidenciada com muita força no HE₂, pode ser corroborada por meio da visão que os gestores de Porto Alegre têm sobre a forma ideal de construir o cálculo dos recursos para financiar os HE:

“(...) epidemiologicamente é fácil fazer, a população tem tantos mil habitantes, uma determinada patologia vai gerar tantas internações. Temos que misturar a epidemiologia, colocar os dados epidemiológicos, temos que ver a Portaria 1.101 de 2001, que dá o número de leitos e consultas, temos que olhar a série histórica para chegar à capacidade instalada de Porto Alegre, que é diferente do RS. São 23 mil leitos do SUS do RS e 5.500 de Porto Alegre. Nós temos que atender. Às vezes os HEs não querem atender o interior. Tem que atender, tem recurso financeiro para isso. A questão é quanto? Qual é a referência? O que é média complexidade, o que é alta? Discussão interminável”.

A discussão sobre ampliação de oferta de serviços, na visão dos gestores municipais entrevistados, passa sempre por um necessário aumento de teto financeiro. **Em nenhum momento cogita-se qualificar a regulação, redefinir o perfil assistencial do hospital, mudar o modo de produzir cuidado, monitorar e avaliar o uso dos recursos públicos implicados na relação de contratualização.** Segundo um dos gestores entrevistados:

“Eu fico pensando: se nós vamos pedir ampliação de leitos, nós vamos ter que gerar mais procedimentos, mais internações. Ai vamos ter que aumentar o teto! (...) Isso gera um impacto no MS. Nós teremos que provavelmente encaminhar ao MS e pedir um impacto para o nosso teto, para poder repassar para os prestadores poderem atender mais, mas isso não tem”.

Quanto a abertura de novos serviços de forma pactuada com os gestores, os responsáveis pela contratualização no âmbito da SMS referem que o próprio HE₃ é um exemplo e que o processo da contratualização teria favorecido isso. Citam o exemplo do serviço de genética, antes restrito a um único hospital em todo o RS. Mas acabam admitindo que a ampliação da oferta do serviço no HE₃ só foi possível em função da portaria do MS que inclui os serviços de genética na área de alta complexidade, portanto, com recursos que não dependem dos valores contratualizados.

O diretor-geral e administrativo refere que o gestor, a partir da contratualização, passou a demandar mais diretamente determinados tipos de serviços que são necessários, como oftalmologia, por exemplo. Refere que isso não é tão simples para o HE₃:

“(...) porque tem uma escola médica e tudo tem que ser negociado, o hospital tem suas dificuldades de abrir novos serviços e fechar outros. Mas a gente tem feito isso. O maior pedido dele é genética e oftalmo, mas tem outras áreas, como a psiquiatria e a neonatologia. Tem áreas que eles nos têm demandado, pedido, e a gente tem avançado. Sempre tentando se entender com o gestor, a importância dele no sistema, porque, é óbvio, nós dependemos da condução do gestor”.

Outro exemplo de pactuação prévia de abertura de novos serviços é dado pelo diretor técnico e clínico, que refere que a SMS de Porto Alegre tem solicitado ao HE₃ a abertura e a prestação de novos serviços para atendimento de pacientes com defeitos de face, atualmente atendidos em Bauru (SP). Segundo o diretor técnico e clínico:

“Temos ouvido sempre do gestor que o HE₃ é um dos melhores parceiros do município, senão o melhor parceiro”.

Mas a abertura de novos serviços para atender as necessidades do gestor fica limitada pela impossibilidade de ampliar os recursos financeiros, segundo o diretor técnico e clínico do HE₃:

“Esse tipo de tratativa muitas vezes ainda esbarra no teto. Na contratualização temos um teto para o município e, ao adicionarmos novos serviços, de um modo geral, não há aumento de teto. Então fica difícil. Acabamos trocando uma coisa pela outra, porque se vou fazer cirurgia de face e não aumenta o meu teto, vou ter que deixar de fazer cirurgia cardíaca ou ortopédica. Há uma intenção, mas a gente não percebeu ainda como resolver esse impasse. O município nos procura para firmarmos novos acordos, mas a dificuldade fica na origem ou na fonte de pagamento”.

Os gestores entrevistados são categóricos em afirmar que não observaram nenhum avanço nas discussões que envolvem a incorporação tecnológica e a produção de conhecimentos de acordo com as necessidades do SUS, segundo eles por

“esbarram sempre na questão financeira”.

Para além dos problemas relacionados ao financiamento do SUS e da própria política de contratualização dos HE, os casos analisados a partir do presente estudo nos permitem já apontar **como uma política que aparentemente é bem clara para os formuladores no âmbito do governo federal vai ficando ‘confusa’ ou ‘mal interpretada’ pelos operadores/gestores locais.** Trata-se, portanto, de tomar a fragilidade do gestor como um elemento de investigação para compreensão dos limites e insucessos da política.

Se nos hospitais anteriores os “atores ausentes” eram principalmente os gestores, uma intensidade que marca o HE₃ é a valorização da ausência de atores internos para garantir a sustentabilidade e capilarização do projeto. Mesmo atores que participaram da contratualização por parte da alta direção do estabelecimento desconhecem o processo histórico da contratualização no hospital. O diretor acadêmico tem dificuldade até mesmo de lembrar a denominação da Comissão de Acompanhamento do Contrato de Metas, da qual faz parte como representante da instituição:

“Nunca me lembro o nome dela, é comissão de acompanhamento da contratualização? Tivemos uma reunião, há uns dois ou três meses. Tem representação de aluno, do Conselho Municipal de Saúde, da secretaria e de duas pessoas aqui do HE₃, do qual eu sou um deles”.

A participação dos atores internos (representação de docentes, alunos, de graduação e pós-graduação, funcionários e médicos do hospital) e externos (Conselho Municipal de Saúde) no processo de contratualização do HE₃ restringiu-se ao momento da certificação como hospital de ensino, como parte das exigências das equipes dos ministérios da Saúde e da Educação. Sobre a participação desses atores, assim se refere o diretor-geral e administrativo: *“Não foram elementos que propuseram e sim referendaram o que foi construído”.* Posteriormente, o processo ficou restrito à cúpula diretiva do hospital e da SMS.

Da entrevista com o diretor-geral e administrativo do HE₃ depreende-se que a Comissão de Acompanhamento do Contrato não cumpre as prerrogativas previstas na política e só se reúne em vigência de crises. A participação na Comissão de Acompanhamento fica restrita aos representantes de alunos, professores e funcionários do HE₃, mas foi possível verificar que mesmo esses atores não se reúnem

periodicamente. A SMS e o Conselho só participam em vigência de crises. Segundo o diretor-geral e administrativo do HE₃:

“Tem esse conselho formal, mas na prática só funciona, como eu disse, quando tem crise, como há 15 dias. Aí lá estavam as pessoas”.

Para o diretor técnico e clínico do HE₃, a Comissão de Acompanhamento foi implementada de forma muito “discreta”, restringindo-se a:

“algumas visitas do Comitê da SMS para acompanhamento da parte administrativa, para ver se estamos atingindo as metas, se estamos cumprindo, mas não com uma ação definida na gestão”.

Segundo o diretor acadêmico,

“O município tinha se comprometido a tomar a iniciativa, provocou uma ou duas reuniões no ano passado, muito gerais. Agora tomou uma iniciativa. Na reunião passada pediram para prepararmos um material para apresentar na próxima que deve ocorrer agora neste mês”.

Deve-se destacar que, ao ser entrevistado, o diretor acadêmico do HE₃, um dos representantes do hospital na Comissão de Acompanhamento do Contrato, não soube informar se desde o início do processo de contratualização, há cinco anos, houve alguma mudança no contrato ou nos planos operativos. Não soube informar, ainda, se a secretaria tem algum instrumento de avaliação do desempenho para pagamento da parte variável do incentivo previsto na política da contratualização.

As fragilidades das instâncias de gestão participativa são evidentes e destacadas pelo diretor-geral e administrativo do HE₃, que participa ativamente do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre há mais de 25 anos. Segundo ele:

“O Conselho Municipal de Saúde ainda funciona timidamente. A Comissão de Acompanhamento está formalmente constituída. Na prática, hoje a gente exercita, mas ainda falta aquele andar natural. Ele é um andar muito mais por ações (...) A própria população exemplifica nas reuniões com coisas pontuais do conselheiro, com exemplos pessoais do tipo: ‘Porque eu não fui atendido bem... A pessoa que eu conheço ficou duas horas’ (...) As pessoas não são preparadas. Talvez nem nós e nem a população. Não pode ser uma reunião de reclamações”.

Expressam também que um dos pontos de maior preocupação da direção do HE₃ no que tange à política de contratualização foi justamente a previsão de mecanismos de controle social e gestão participativa. Segundo o diretor-geral:

“Nós fomos o quarto hospital a ser contratualizado. Tivemos em Brasília e, na época, confesso que ficamos em dúvida, porque se falava em criar Conselhos Participativos. Hoje percebo que, querendo ou não, com ou sem Conselho, somos questionados. Então por que não sermos questionados com a participação de uma forma organizada?”

No tocante ao acompanhamento, por parte do gestor municipal, do desempenho institucional do hospital a partir da contratualização, o diretor técnico e clínico do HE₃ refere que o monitoramento se restringe à produção de serviços.

De novo, é possível perceber como os arranjos de participação e democratização e controle pensados, “idealizados” quando da formulação da política, não são efetivamente implementados. Os canais de decisão e de poder são outros, menos visíveis, mais informais e escapam às configurações mais formais. Os arranjos formais pensados são muito formais mesmo e não conseguem induzir uma lógica de funcionamento mais visível.

Conforme já tínhamos destacado nas *estações* visitadas anteriormente, os dirigentes do HE₃ também percebem a fragilidade do gestor local na condução do monitoramento da política de contratualização e na implementação de instrumentos de avaliação, indicando que a política alcançaria melhores resultados se os hospitais de ensino fossem efetivamente avaliados e cobrados. Assim se refere o diretor-geral e administrativo do HE₃, quando questionado como se dá o processo de avaliação por parte do gestor: “*É pouco, poderia ser mais!*” Sobre a necessidade de maior controle e monitoramento do gestor sobre o HE contratualizado, a supervisora de enfermagem afirma que a responsabilidade é das duas partes, mas que:

“O gestor tem que estar de olho no processo e cobrar, fazer uma avaliação das dificuldades dos hospitais. A política precisa ser avaliada de forma a preencher as lacunas que existam. E ser melhorada ou ser modificada. Eu sei que existem vários problemas aí”.

É possível perceber que, no caso do HE₃, os atores entrevistados atribuem à certificação e à contratualização como hospital de ensino papel fundamental na integração da organização hospitalar às diversas políticas relacionadas à saúde e à formação profissional, como é o caso do Prosaúde. Não é possível vislumbrar, entretanto, a partir da análise do material de campo, esse papel decisivo que a política para os HE teria ocupado na mudança institucional, atribuída a diversos outros fatores. Segundo o diretor-geral e administrativo:

“A contratualização fez com que o reitor e diretores da área da saúde participassem. Criou-se um núcleo de conversação. Aí se criou o curso, veio esse programa, também o município, de alguma forma, com o Promed, ele teve uma participação importante... Não sei se é a palavra correta, mas começou a haver uma interação do hospital e da faculdade junto aos programas de saúde pública. Isso criou toda uma revolução nesse sentido”.

Segundo a supervisora de enfermagem, todos os passos da contratualização, decisões e análise ocorrem no âmbito da direção do hospital. Na função que ocupa, como gestora de serviço de enfermagem (equivalente à direção de enfermagem, na estrutura organizacional do HE₃), não participa do processo. Segundo ela:

“Não participo, efetivamente, desse nível hierárquico para tomadas de decisões e análise. Participo na efetivação do processo (...) Sei que a nossa direção tem várias reuniões e discussões com o gestor local, mas, como não participo, não sei a pauta das reuniões”.

Aqui se tem dimensão de como o processo, assim como observado no HE₁ e no HE₂, é “fechado” e conduzido dentro dos esquemas tradicionais de poder e decisão.

Sobre o Conselho de Acompanhamento do Contrato, a supervisora é categórica ao afirmar que a enfermagem não participa e que desconhece a composição e seu funcionamento.

Os gestores entrevistados atribuem à mudança de comando na SMS e à falta de uma transição de governo mais consistente na Prefeitura de Porto Alegre, no início de 2005, parte das dificuldades encontradas na condução da política de contratualização. Um argumento frágil, à medida que já estão à frente da área de regulação e com a atribuição de realizar o monitoramento da política há pelo menos quatro anos. Vale a pena registrar o depoimento de um dos gestores municipais:

“(...) Era um governo, mudou, mudaram as pessoas. Saiu um partido, entrou outro partido e as pessoas que estavam nas coordenações saíram. E aí a solução de continuidade aconteceu dessa maneira, embora a gente trabalhasse aqui dentro, a gente não sabia desses contratos. Fomos designados para responder pela política. Daí começaram a nos mostrar os contratos que já tinham sido assinados. Na época tínhamos que compor as Comissões de Acompanhamento do contrato. A gente não sabia o que era isso. Não houve uma transição regular disso. Dali pra frente nós começamos a conhecer a contratualização, as portarias, constituir as comissões e fazer os aditivos (...) Foi muito difícil, a gente não sabe quem elaborou, como foram os operativos, quem elaborou, isso a gente não ficou sabendo. O HE₃ nem tinha plano operativo (...) a transição toda da GSS de um grupo pro outro não foi muito clara”.

As dificuldades para assumir o papel reservado aos municípios na política de contratualização dos HE acabam sendo reconhecidas pelo gestor da SMS de Porto Alegre:

“Tanto a orçamentação quanto trabalhar por produção exigem excelentes mecanismos de controle. E isso não é muito fácil. Essa atribuição o ministério dá pra nós. (...) Nós estamos sofrendo bastante com isso. Temos 20 hospitais prestadores do SUS em Porto Alegre, oito deles contratualizados, sendo sete como Ensino e um pela portaria dos filantrópicos. Nós não temos pessoal suficiente pra fazer todas as coisas que são necessárias. Nós temos aqui, dentro da GRSS, o

*Núcleo de Autorização de Internações Hospitalares. Temos que revisar 15 mil AIH por mês. Temos uma Central de Regulação e Intervenções, toda uma equipe de médicos e funcionários para fornecer um código para poder internar. Temos que revisar, fazer o faturamento aqui dentro e temos ainda toda a parte ambulatorial. (...) **Isso exige da gente um controle muito grande.** Esse modelo de resumo físico/financeiro que nós estamos usando aqui não existia em 2004. Era só financeiro. Com a contratualização, temos que fiscalizar os planos operativos assinados pelo gestor municipal, pelos prestadores e acordados na Bipartite e na Tripartite. Demorou, mas conseguimos fazer as comissões permanentes de acompanhamento de contratos, conforme rege a portaria. Então nós temos lá: dois representantes do município e representantes da direção do hospital, do corpo discente, do corpo docente, do Conselho Municipal de Saúde, que se reúnem trimestralmente e produzem, exatamente, o plano operativo do último termo aditivo. Então tem um plano operativo, por exemplo, para realizar 2.000 AIH. De três em três meses, essa Comissão faz a avaliação. Quem faz o levantamento dos números são os dois representantes do município e levam para essa comissão, onde tem representante do Estado, do município, do prestador e do Conselho Municipal de Saúde, onde se avalia se está se cumprindo o contrato”.*

Segundo os gestores municipais entrevistados, a reunião da Comissão de Acompanhamento dos contratos reúne-se trimestralmente e foi composta a partir da atribuição de funções e responsabilidades a funcionários públicos que eram autorizadores de APAC, de internação ou eram planejadores lotados na SMS. No Núcleo de Relacionamento dos Prestadores da SMS são elaborados os planos operativos, segundo os gestores,

*“baseados na produção e nas necessidades, definindo o que vai se produzir no SIA, através de um subgrupo, o que vai se produzir de AIH e nos incentivos. Fazemos o plano operativo, chamamos o prestador e ele vem aqui e debate com a gente para depois ser assinado. Aí a comissão de acompanhamento depois checa se isso está acontecendo. **Mas o que acontece dentro do hospital nós não sabemos**”.*

Não há como deixar de destacar que **o gestor municipal assume que não sabe o que está acontecendo com um prestador do SUS que só de incentivo à contratualização recebe todos os meses cerca de R\$ 1 milhão!** É nítido que persistem o mesmo distanciamento observado anteriormente à contratualização, a imposição da mesma lógica de relação baseada na produção de serviços e nos sistemas clássicos de programação e monitoramento da produção de serviços (embora, lembremos, parte da produção excedente sequer possa ser apresentada, conforme destacam os dirigentes do HE₃ entrevistados).

Isso não impede, entretanto, que os gestores municipais reconheçam uma característica destacada por todos ao longo das entrevistas, a boa relação entre a direção do HE₃ e o gestor municipal:

“O diretor-geral do HE₃ é uma pessoa muito acessível. As reuniões são muito

cordiais. Se vocês perguntarem para nós se o HE₃ cumpre o contrato nos termos aditivos, eu vou dizer que sim. Acho que eles cumprem. Podem, assim, ter flutuações, mas basicamente cumprem o acordado”.

Na opinião dos gestores municipais, de uma maneira geral, os hospitais de ensino cumprem os termos acordados no contrato de metas. **Difícil é compreender com base no que fazem tal afirmação, à medida que se constata a ausência de um processo de regulação, controle, monitoramento e avaliação da política.**

Percebe-se, ainda, claramente, que **metas e indicadores “objetivos e precisos” são flexibilizadas, que há uma margem negociada, relacional, interpessoal, uma flexibilização da regra, um “jeitinho” no processo de gestão do contrato de metas.**

O único instrumento de avaliação adotado, além do controle das internações e procedimentos, seria a Comissão de Acompanhamento. Nota-se, entretanto, que para os dirigentes e gestores entrevistados, a Comissão não se reúne regularmente e não cumpre esse papel. Os próprios gestores acabam reconhecendo que só recentemente constituíram a Comissão de Acompanhamento do Contrato.

A integração do hospital ao sistema de saúde: um jogo difícil

O diretor-geral e administrativo do HE₃ considera que o processo de contratualização permitiu alguns avanços no tocante à diminuição de atendimentos relativos à atenção básica de usuários do município de Porto Alegre, visível tanto na região do HE₃ como em todo o município. Em sua opinião:

“Hoje, os hospitais não são mais uma porta de entrada para todas as demandas, principalmente as de média e baixa complexidade. Há uma organização do município da qual o hospital participa ativamente. Não é um sistema extremamente organizado. Na verdade, essa organização é muito mais pela lei natural da organização do sistema de saúde no mundo. Os hospitais anteriormente absorviam todas as demandas e hoje gradualmente estão se tornando mais referenciais. A própria medicina impõe que o paciente já venha para o hospital mais organizado”.

Segundo o diretor-geral e administrativo do HE₃, diversos programas governamentais como o Promed, Prosaúde e Premus, além da política de contratualização como HE, teriam influência no redirecionamento de ações para a atenção básica. Destaca, inclusive, a existência de uma UBS mantida pela universidade, com funcionamento 24 horas, na Vila Fátima, que tem uma população de 8.000

pessoas e que utiliza o HE₃ como referência:

“Eu diria que não foi simplesmente só a contratualização que promoveu isso. Acho que a contratualização nos alertou para isso e fez que todos nós, até os próprios gestores, começássemos a conversar sobre isso. Eu sou da época que os hospitais tinham verdadeiras filas. Hoje não tem mais. As filas que temos ainda são de pacientes que vêm do interior do Estado, porque aqui no Rio Grande do Sul ainda existe uma referência da maior parte da população do interior para os grandes centros. Por isso que ainda a gente encontra no HE₃, no Clínicas e na Santa Casa essa demanda pelo hospital, mas já não é mais da população de Porto Alegre”.

De acordo com a visão do diretor acadêmico, os hospitais de ensino sofrem uma pressão de demanda, especialmente na emergência, que poderia ser resolvida na rede básica, ainda marcada pela baixa resolutividade, embora venha aumentando sua capacidade de resolução. O HE₃ não recebe somente pacientes de Porto Alegre, mas toda uma demanda oriunda do interior. Os hospitais pequenos do interior acabam não sendo resolutivos em algumas especialidades e encaminham essa demanda para os hospitais da capital. Lembra, também, que Porto Alegre é uma das últimas capitais que investiu fortemente na estratégia de saúde da família e que somente nos últimos dois anos é que vem ampliando os investimentos em atenção básica. Até 2008 tinha apenas 20% de cobertura da população com estratégia de Saúde da Família, número considerado ainda baixo se comparado com outras capitais do mesmo porte, como Belo Horizonte.

A desorganização e a falta de regulação do acesso que permitem o consumo de distintos serviços pelos mesmos usuários são destacadas pelo diretor-geral e administrativo do HE₃ como grandes problemas não resolvidos com a contratualização:

*“Há uma enorme dificuldade em constituir um processo de regionalização e a hierarquização porque a população se movimenta. Mas quando a gente faz isso, deixa de fazer serviços dobrados. Hoje o paciente tem acesso aqui, daqui a pouco ele vai ao Conceição ou no Clínicas. **Como é um acesso gratuito e universal, faz o máximo uso do nosso sistema de saúde pública.** E aí tem muitos que não conseguem usar. **A regulação é difícil.** Não sei como estão os outros Estados, mas vejo um crescimento na rede de serviço público em Porto Alegre. Vejo que há uma certa ordem. Existe a regulação na área de agendamento de consulta. Há regulação em algumas áreas que têm estrangulamento, como traumatologia-ortopedia, neonatologia e UTI. A média complexidade não está regulada, mas ela nem deveria ser, deveria ser regionalizada”.*

Foi possível constatar, ao longo das entrevistas com os dirigentes do HE₃, que determinados pressupostos assumidos pela política de contratualização não estão presentes, como, por exemplo, a existência de uma rede básica resolutiva capaz de desonerar o hospital da demanda por serviços básicos ou a existência de um

comportamento “racional” de consumo de saúde por parte da população que não existe na prática. Estudos recentes têm apontado como os “usuários” constroem itinerários terapêuticos que escapam a qualquer lógica mais “racional” ou racionalizadora do uso dos serviços formulada pelos gestores (ALVES E SOUZA, 1999; GERHARDT, 2003; MERHY e FRANCO, 2003; ANS, 2007; MÂNGIA E MURAMOTO, 2008).

O diretor técnico e clínico aduz que a regionalização é um ponto chave para a política, embora a reorganização do atendimento prestado pelo SUS, em uma lógica regional, não conste do plano operativo ou do contrato de metas do HE₃:

“A contratualização tinha um princípio que não foi na sua plenitude atendido. Eu não entendia como na contratualização tínhamos a regionalização no atendimento. Isso ainda não acontece. Nós atendemos pacientes de diversas áreas, não apenas aquelas que nós deveríamos dentro de Porto Alegre atender. Acho que, neste aspecto, a mudança ainda não foi substancial”.

Há, por parte da direção do HE₃, uma ênfase na necessidade de territorialização. Segundo o diretor acadêmico, criticando a regulação do sistema que não organiza a demanda a partir da regionalização:

“A rede básica tem uma alta capacidade de resolução de problemas (entre 87% e 85%). Mas eu não consigo sentir isso aqui no hospital, porque Porto Alegre é muito grande e a gente não percebe. Não se consegue nem para a Unidade de Saúde própria que a nossa universidade tem aqui numa vila aqui próxima de 8 mil habitantes. Pode morar aqui do lado e se tiver vaga lá no Hospital Conceição não vem pra cá. A Central vai mandar o usuário para lá (...) A ideia nunca foi que o HE₃ ficasse só pra quatro distritos de Porto Alegre com o porte que tem, mas que prioritariamente ficasse como referência de alta complexidade, por exemplo, ser referência para outras áreas. Mas isso o município nunca levou pra frente”.

Nos hospitais anteriores, não havia uma expressão tão clara de preocupação com o tema da regionalização e hierarquização dos serviços de saúde, definindo um papel mais preciso do hospital dentro do sistema de saúde, como bem expresso pelo diretor acadêmico:

“Faria diferença se tivesse território, faria porque na faculdade eu trabalhei território, no Promed a gente ensinou em território. Nós tivemos alunos na saúde coletiva, por exemplo, em território. E a gente tem produção de pesquisa em território. Na ciência do ensino tem território. O município aceitou que a gente trabalhasse num distrito de 100 mil habitantes em que a gente produziu conhecimento, diagnóstico amplo, a gente capacitou a rede daquele território. Agora oito faculdades fazendo isso. E no hospital não vejo isso exatamente. Não mudou nada do ponto de vista da demanda.”

Parece que a lógica do sistema de saúde real, entretanto, construído por atores reais, entre os quais os usuários do SUS, insiste em furar qualquer esquema

funcionalista, racionalista, de organização do “sistema” de saúde.

Percebe-se claramente o desejo (não realizado) da direção do hospital em definir uma área territorial para a qual a oferta de serviços do Hospital seria dirigida. Chegam a propor que sejam adotados os quatro distritos de saúde que têm sido utilizados pelo Prosaúde. O diretor acadêmico afirma categoricamente:

*“Porque eu acredito em território, uma palavra mágica pra organizar o sistema de saúde, né? Então, se eles conseguirem investir bastante, ampliar essa rede de saúde da família, que trabalha com território, investir bastante na capacidade de resolução, em 85%. Eu acho que eles poderiam estudar sim a territorialização e com referência direta para o HE₃. Nós pedimos isso mil vezes para eles (...) **Acho que a contratualização ficou no meio do caminho. O grande toque seria a territorialização, mas ela ficou no meio do caminho. Tenho curiosidade de ver se algum local realmente conseguiu territorializar de forma consistente. Aqui não, em Porto Alegre, não**”.*

Ou seja, propõe a criação de um território para sua universidade e seu hospital. Segundo o diretor acadêmico, isso permitiria integrar ensino e assistência, mas não acontece por não encontrar eco entre os gestores. Em função disso, recai toda a lamúria contra a demanda espontânea que ocorre ao hospital por meio do PS:

*“**A contratualização não mudou muito a questão da demanda. Não fez mudar. A demanda aumentou e está aumentando cada vez mais, mas não é por causa da contratualização.** Diferentemente do Clínicas e da Santa Casa, que se colocaram mais na alta, ficamos com a maior responsabilidade em atender a média complexidade. (...) Foi um pedido do município porque precisava da média”.*

Nessa discussão sobre regionalização e territorialização, a visão dos gestores municipais se difere da que é apresentada pelos dirigentes do HE₃. Para eles, esse estabelecimento hospitalar tem uma peculiaridade que é estar localizado geograficamente em uma ponta da cidade, próxima de Viamão, um município pobre e populoso, com cerca de 250 mil pessoas, com estrutura de saúde bem aquém da existente em Porto Alegre e que tem no HE₃ sua porta de entrada. Segundo um dos gestores:

“É uma cidade-dormitório. As pessoas moram lá e trabalham aqui. Como tem o trabalho aqui, passam pelo HE₃. Param os ônibus ali, ou então passam todos os dias. Fica muito difícil avaliar porque, na verdade, o HE₃ sofre um impacto brutal de Viamão. Não temos muito como segurar. A pessoa vai lá e entra. Eles tendem a procurar o HE₃ como uma saída”.

Para outro gestor municipal:

“O HE₃ está na zona que tem muito serviço. A zona sul não tem quase nenhum serviço. Regionalizar simplesmente é complicado aqui em Porto Alegre. Só o Hospital Conceição tem 44.523 internações. Foram feitas em 2008, 884.000 internações em Porto Alegre. Metade das internações são para fora de Porto

*Alegre. Nós somos a referência para diversos municípios. Porto Alegre é uma cidade-padrão brasileira, mas atende praticamente todo o Estado. Acaba sendo referência para dez milhões de pessoas. **Acho que a regionalização é impossível**".*

Lembram, ainda, que a insuficiência da regionalização e da territorialização não interferiu no impacto da contratualização. Os gestores municipais entendem que a regionalização não pode ser desconectada da análise de capacidade instalada.

"Se a gente tem a capacidade instalada em um só lugar, vamos ter que ofertar para todo o Estado. Veja o exemplo da genética. Nós tínhamos um prestador fazendo genética. Ou seja, o número de variáveis que vão entrar nisso é imenso. Regionalizar, por exemplo, a obstetrícia, é possível, pois temos seis maternidades. Isso é fácil de fazer. A assessoria de planejamento e a política da saúde da mulher queriam isso há muitos anos. Agora, como é que nós vamos fazer para neurocirurgia, neuropediatria, ortopedia de ombro, de joelho? Como é que nós vamos regionalizar isso?"

Os gestores municipais entrevistados assumem que não conseguiram medir e avaliar se houve algum redirecionamento, a partir da política para os HEs, da demanda da atenção básica que procurava o hospital, a despeito do incremento de equipes de saúde da família em Porto Alegre (de 40 para 100 equipes). Apontam, ainda, sem uma percepção clara do significado em termos de regulação, a tradicional dicotomização que é característica do sistema de saúde brasileiro, com fragmentação da atenção básica em relação à assistência de média e alta complexidade:

"É que a atenção básica é um setor diferente, tem uma coordenação de rede que lida com todas as informações da atenção básica. Nós cuidamos da média e da alta complexidade, mas não da atenção básica. Então, eu acho, não sei exatamente. Se o número de postos de saúde aumentou, portanto, aumentou também o atendimento".

Para o diretor técnico e clínico do HE₃, entretanto, houve efetivamente uma mudança no perfil de atendimento do hospital no que diz respeito aos usuários de Porto Alegre, em virtude da ampliação da rede básica de saúde no município e do desenvolvimento do sistema municipal de regulação, que garante a regulação das internações de urgência e eletivas e procedimentos ambulatoriais eletivos. No entanto, destaca que o impacto potencial dessas melhorias não pode ser sentido em função da enorme demanda ainda oriunda do interior do Estado e da própria região metropolitana, que, por meio da procura espontânea ao PS, continua mantendo o hospital lotado e com perfil de atendimento centrado na pequena e média complexidade. Segundo o diretor técnico e clínico,

"(...) mesmo que haja uma melhora na regulação, a procura ainda está acima da

nossa capacidade de oferta contratualizada. Nós temos uma emergência com uma grande procura de pacientes que deveriam ir aos postos de saúde e não vão. (...) Para algumas áreas, que desde o seu início se diferenciaram mais, tem uma procura um pouco maior porque são referências para usuários de outras cidades. Mas como um todo, o hospital tem atendido desde unha encravada até transplante de rim. Nós temos uma gama de atendimento bastante grande e ela é muito mais regulada pela demanda do que pela nossa oferta”.

Na entrevista com o diretor técnico e clínico, é possível perceber claramente que **o HE₃ não experimentou nenhuma mudança em seu perfil assistencial com a contratualização**. É ele que afirma:

“A unha encravada continuou sendo atendida de forma semelhante à que ocorria antes”.

A demanda espontânea excessiva que acessa o hospital por meio do setor de urgência insiste em desorganizar os marcos regulatórios estabelecidos e afrontam os interesses do gestor e do prestador. Para estes, o ideal desejado é contar com uma demanda regulada e enquadrada dentro do volume contratualizado, mantendo o hospital disciplinado e controlado. Entretanto, mesmo sob gestão da central de regulação, o setor de emergência, aberto, acaba atendendo pacientes além da capacidade acordada, superlotando com a demanda espontânea.

Analisando o recente e grave impacto causado pela epidemia de Influenza H₁N₁, a supervisora de enfermagem relata que nesta situação específica foi possível evidenciar a falta de estrutura da própria SMS, repercutindo de forma muito intensa no atendimento prestado pelo HE₃.

Na verdade, fica claro que, apesar das mudanças introduzidas pela expansão e organização da atenção básica em Porto Alegre e nos municípios da região metropolitana, mesmo com a submissão de parcela significativa da demanda que vem do interior à regulação da Central de Vagas do município, a rede continua enfrentando no fluxo de atendimento às urgências (reais ou eletivas ‘urgenciadas’) um significativo potencial de desorganização, para desespero de gestores e diretores dos hospitais envolvidos. Por ali ‘vazam’ os mecanismos de controle e as estratégias estabelecidas pelos gestores públicos e dirigentes do estabelecimento hospitalar. No setor de urgência, os usuários ‘subvertem’ a ordem, a organização do sistema e criam novos fluxos de acesso. É também o espaço onde os médicos triam seletivamente a demanda desviada para os consultórios particulares, que os funcionários do hospital utilizam sua

rede de relacionamentos para pequenos favores, que extrapolam os controles normativos. É na urgência também o lugar onde professores, residentes, alunos e pesquisadores escolhem os casos que lhes despertam o interesse acadêmico e que serão transformados em conhecimento, tenha ou não alguma serventia para o sistema de saúde e a melhoria das condições de saúde da população. A declaração abaixo, obtida da supervisora de enfermagem do HE₃ é reveladora:

“O grande problema da contratualização é que não se faz avaliação, um acompanhamento melhor dos processos para pensar em algumas soluções, tanto em nível de gestão quanto de recurso. Acho que têm que se atualizar algumas coisas. Não sei dizer se é bom ou se é ruim a contratualização, mas a gente tem problemas simplesmente de demanda. Acho que a emergência é um grande problema, é uma das grandes portas de entrada e acaba sendo uma porta de facilitação para os atendimentos. E isso quebra, né? Quebra todas as regras, as possibilidades que você tem de fazer um trabalho realmente... Então, se burla muito o sistema, acho que a emergência é um ponto que tem que se olhar com um pouquinho mais de atenção”.

Muitas vezes o tempo de espera para que um paciente possa obter uma internação ou procedimento eletivo é muito grande. A forma utilizada para agilizar a internação ou realizar o procedimento moroso é o atendimento na emergência, por meio da “urgencialização” do paciente eletivo. Ou por demanda judicial, cada vez mais presente no cenário sanitário brasileiro.

Nota-se, a partir do estudo de caso do HE₃, que o problema de relacionamento do HE com o SUS não se justifica pela ausência de protocolos e fluxos assistenciais. Os pacientes internados na instituição têm relatório de alta, são dispensados com guias de contrarreferência para o ambulatório ou a UBS ao qual estejam vinculados (quando isso existe). Segundo a supervisora de enfermagem do HE₃:

“Nós temos todo um processo bem construído de referência e contrarreferência na área de obstetrícia, inclusive nós somos referência para Porto Alegre, funciona muito bem. Nas outras áreas a gente consegue fazer, muitas vezes, mas eu não sei te dizer se a rede sente isso. Ainda é um processo que a gente vai ter que melhorar. Mas, também, melhoramos muito nesses últimos anos”.

De acordo com os gestores entrevistados:

“Acontece no Clínicas, no HE₃, na Santa Casa. Existe uma nota de alta que é feita no prontuário eletrônico que faz uma orientação. A marcação de consultas pós-alta depende disso. Acho que eu não diria que todos os pacientes saem com marcação de consulta, mas saem com orientação sim. Orientação de marcação de retorno, retorno na UBS ou ficar no ambulatório do hospital. Se o paciente enfartou e entrou lá no HE₃, ele fica direto no ambulatório do HE₃”.

Questionado se a política de contratualização teria trazido algum impacto para o

sistema de saúde no que diz respeito à assistência prestada, o diretor-geral e administrativo revela com franqueza:

*“É difícil responder. Acho que tem um objetivo importante, mas não creio que na prática isso tenha sido realmente complementado. **Não creio que tenha havido mudança.** Acredito que, com a contratualização, houve um direcionamento com metas mais específicas a serem atingidas, tanto em nível de internação como em atendimento ambulatorial, consultas, exames e diagnóstico. Isso, provavelmente, deve ter agilizado o atendimento para a população. Agora, comparar o antes e o depois da contratualização, não tenho como fazer...”*

A Central de Regulação de Internações Hospitalares de Porto Alegre, inaugurada em 2002, funciona 24 horas por dia ininterruptamente, mas não regula a totalidade da oferta de serviços. A descrição efetuada pelo próprio gestor municipal dá a noção da fragilidade do processo regulatório nessa importante capital brasileira:

“Neste momento nós não regulamos todos os leitos. É o objetivo regular mais adiante. Nós regulamos traumatologia, UTIs neonatal, pediátrica e adulto, alguma coisa de infecto e psiquiatria. O que é essa regulação? Quando há uma solicitação de leito, nossos médicos entram em contato com os prestadores para ver onde é que tem leito. Essa é a regulação”.

Fica evidente, também, que não houve nenhuma mudança no *modus operandi* ou na própria lógica de regulação com o processo de contratualização: *“Não acho que tenha interferido, eles não nos disponibilizaram mais leitos ou menos leitos por causa da contratualização”*, refere o diretor-geral do HE₃.

Destaque-se que, quando há interesse, o gestor descobre as potencialidades da regulação e da contratualização. Por exemplo, em função da contratualização, procuraram disciplinar algumas iniciativas tomadas pelo HE₃, como o fechamento do setor de urgência por decisão da direção do hospital, sem comunicação prévia aos gestores:

“O HE₃ é marcado por uma característica de fechar a emergência. Não fechar, mas chegar para o gestor e dizer que a emergência está lotada e que teriam que segurar um pouco. E aí conversamos com eles, mandamos ofício, e chegamos a colocar no termo aditivo regras para fechamento da emergência, obrigando comunicar o gestor, que deve realizar uma vistoria e aí sim comunicar a nossa Central de Regulação. Embora a gente saiba qual é a situação do Hospital, por exemplo, o HE₃, que tem Viamão em volta e mais o nosso município, que vive com as emergências lotadas, mas foi uma coisa que a gente usou, o instrumento da contratualização, para disciplinar uma regra de fluxo de atendimento.”

Os gestores criticam a política do MS para habilitação de serviços na alta complexidade, que condiciona ao atendimento também de demanda de média complexidade por parte dos prestadores. Destaque-se que essa era, exatamente, a

intenção do governo federal, à medida que se observava importante estrangulamento no acesso para a média complexidade e a dificuldade em convencer as redes pública e privada a prestar atendimentos na área de média complexidade. Essa confusa crítica reflete-se na lógica de discussão dos planos operativos:

“Nós temos determinada área de estrangulamento no ambulatório de consultas e aí nós conversamos com eles para ver se podem nos oferecer alguma coisa a mais para colocar no contrato. Normalmente, o que acontece é que gostariam de fazer só mais alta complexidade, a exemplo de todos os prestadores. Dizem que gostariam de aumentar o teto da alta complexidade porque a média complexidade já está toda contratualizada. Nós, normalmente, dizemos que temos um limite financeiro repassado pelo ministério. Para fazer mais, teríamos que ampliar o repasse no teto e o nosso problema é que as filas de espera acontecem na média complexidade. Nós não temos filas de espera na alta complexidade”.

Embora as observações até aqui efetuadas apontem para uma baixa capacidade do gestor no que se refere ao uso do instrumento legal para a gestão dos serviços e monitoramento das metas contratualizadas, percebe-se que, quando há interesse da SMS, por exemplo, de ampliar a oferta de média complexidade, o gestor lança mão da contratualização como ferramenta para conseguir esse objetivo. Uma aparente contradição, pois a ‘não competência do gestor’ não pode ser compreendida apenas pelo viés da capacidade de governo, no sentido matusiano, mas também se funda na dimensão política, em que se agregam elementos como projetos, interesses e disputas.

A contratualização na esteira da racionalização da vida hospitalar

A estrutura organizacional do HE₃ comporta uma hierarquia diretiva composta por diretores, supervisores, coordenadores e encarregados, distribuídos em dois níveis de gestão, com 32 gestores de Unidades Macrofuncionais e os gerentes de Unidades Funcionais.

Do processo de planejamento participam, segundo foi possível apurar, todos os níveis hierárquicos, com distintos graus de envolvimento. Aos encarregados atribui-se a função de colher às expectativas dos funcionários de uma maneira geral. Para o planejamento interno, utilizam-se de um ‘mapa estratégico’, com a definição dos objetivos estratégicos e das grandes ações, seja na área de recursos humanos, investimentos ou na área da produção. Esse mapa é elaborado uma vez por ano com a

participação dos gestores que definem metas. O controle é efetuado pelo “Escritório de Qualidade”. Mensalmente, os gestores participam de reunião com a direção para avaliação e crítica dos resultados atingidos. Essa lógica de planejamento é fruto da implantação do programa de qualidade em 1996.

Segundo o diretor-geral e administrativo do HE₃, a contratualização também permitiu que o hospital ampliasse seus controles sobre a produção de serviços para o SUS para além do que vinha sendo “comprado” pelo gestor, à medida que a oferta contratualizada passou a ser estabelecida no Plano Operativo do Contrato de Metas:

“A contratualização permitiu que a gente tivesse um plano de metas para o sistema público que antes não tínhamos. Agora nós temos esse acompanhamento mês a mês, sabemos a meta que temos que atingir no ano e a gente acompanha se isso é feito. Inclusive a gente manda para o gestor. Então ela trouxe essa vantagem. Antes da contratualização, o hospital produzia uma demanda excedente que vinha absorvendo e emitindo faturas. A contratualização trouxe uma visão melhor nesse sentido”.

Na entrevista com o diretor técnico e clínico, foi possível constatar que a contratualização não permitiu maior abertura e transparência para a comunidade e que a questão do planejamento hospitalar envolvendo a equipe multiprofissional, previsto na política, que permitiria elaborar planos, definir metas e avaliar o impacto na qualificação do próprio planejamento, é confundida com a presença de um número maior de cursos de graduação para além da medicina e a utilização do HE₃ como cenário de ensino de várias áreas. Ele reconhece que *“na gestão propriamente dita, não há esse trabalho multiprofissional (...) a gestão é mais centralizada. Existe a participação, mas não que a gente tenha uma gestão descentralizada”*.

Segundo a supervisora de enfermagem, **as ações de planejamento e de elaboração dos planos são desenvolvidas à margem do processo de contratualização.**

Segundo seu relato:

“Tem o planejamento estratégico e em cima dessas metas institucionais fazemos os desdobramentos do planejamento para o ano. Aí sim, todos os gestores participam do planejamento. Constroem o planejamento sempre voltado para as metas principais que são estabelecidas. Mas não sei responder se a política da contratualização teve algum impacto na qualificação desse planejamento”.

Questionada sobre como é feito a articulação entre o planejamento e a contratualização, a supervisora refere que:

“Essas discussões são passadas sempre nessas reuniões. A diretora apresenta e discute conosco os índices. Então, a gente sabe a nossa receita e a despesa. Se a gente está atingindo as metas traçadas no início do ano. Quer dizer, nós temos

metas financeiras e metas ligadas a processos, metas ligadas a RH, de forma ampla. Então, por exemplo, uma das metas é a média de permanência. Essa é uma meta importante, que inclusive estou na linha de frente desse processo”.

De acordo com o diretor acadêmico, o HE₃ acompanha os princípios da qualidade do Programa Gaúcho de Qualidade e Produtividade, que possui uma história muito forte em todo o Rio Grande do Sul. Trabalha com ‘três linhas de gestão’: uma linha de planejamento estratégico baseado em gestão de resultados, uma linha de gestão de processos e outra de gestão de pessoas. O hospital chegou a ser premiado pela excelência em planejamento.

Atualmente, o HE₃ não tem participado mais do Programa Gaúcho de Qualidade e Produtividade e está buscando a acreditação. Para tanto, contratou o IQG de São Paulo, que fez um diagnóstico a partir do qual o HE₃ busca a solução de ‘não-conformidades’.

Há uma reiterada preocupação em dar consistência aos processos do hospital (processos operacionais, clínicos, etc.). Ou seja, **trazer ordenamento, controle e regularidade a uma instituição tão complexa como o hospital, reproduzindo os padrões de racionalidade já observados nos casos anteriormente estudados.** De acordo com o diretor acadêmico,

*“Toda a política, o projeto que montei como diretor acadêmico, para aproximar a academia de uma forma mais consistentes do hospital ampliar a capacidade de gestão. Uma coisa interativa, não é como era há muitos anos que o hospital era invadido por alunos e ninguém sabia onde estavam. **Agora não, é tudo, vamos dizer assim, registrado e bem direcionado.** E a gente quer avançar mais. Então os processos, aí eu volto aos processos, passaram a ser um trilha forte. Para isso, tem que estar muito consistente e muito transparente e muito bem construídos. Para que os alunos e os docentes se enfiem neles e até se insiram nas equipes, pelo menos os alunos mais avançados no curso e os docentes. Isso é o proveito que o hospital pode tirar, inclusive ajudando na maioria dos processos e o proveito que os alunos podem ter, porque são processos bem definidos e eles podem aprender sem ficar perdidos. E falo de processos tanto organizacionais de serviços, como protocolos técnicos. Essa é a nossa gestão de processos. Voltando a gestão, visa um caminho que está se buscando, tanto que a gente quer trabalhar com círculos de serviços agora. Dá essa consistência pra outra sustentação do hospital, são os resultados, e para favorecer também o ensino, e tirar proveito dele aqui dentro. A universidade até criou uma coordenadoria especial dentro da Pró-Reitoria de Graduação só de saúde, para articular a direção acadêmica do hospital. Dentro da Universidade tem 45 unidades/cursos de graduação e a gente imagina que 22 poderiam vir pra cá e hoje está em torno de dez. A questão dos processos pra nós é importante por esses dois lados”.*

Embora entenda horizontalização da gestão como uma ferramenta gerencial que qualifica e enfrenta as questões corporativas, incluindo rotinas e tal, o diretor

acadêmico acaba confirmando que o processo de gestão do HE₃:

*“Tem metas, tem reuniões periódicas com os gestores, **mas não chega a discutir contratualização em si**, até porque a gente não tem esse comitê-gestor, quer dizer, não existe a premissa ali de ter a instância específica que possa puxar essas coisas todas. **Não existe um movimento específico pra discutir contratualização dentro do hospital**, fica sempre em nível das instâncias e da direção de quem atua nas áreas”.*

Refere ainda que na lógica de gestão da instituição a *“unidade funcional é a célula gestora, sendo ela que organiza os processos”* e que a direção do HE₃ estimula que os processos assistenciais sejam interdisciplinares, fazendo com que os serviços e equipes tenham que se organizar de uma forma interativa. Entretanto, confirma que **todo esse processo não guarda relação com a contratualização:**

*“**Não vejo nenhuma mudança depois da contratualização no jeito de planejar a instituição.** O que existe são reuniões mensais. Às vezes falha uma, mas em regra são reuniões mensais, onde a gente apresenta os resultados. **Agora, de novo, nada a ver com a contratualização”.***

O HE₃ centra suas estratégias de gestão no aumento da produtividade a partir da otimização do uso dos leitos, com redução do tempo médio de internação e outras medidas administrativas e assistenciais. Isso não se deu, entretanto, em função da contratualização ou da necessidade de ampliar a oferta de serviços para o SUS. Segundo o diretor técnico e clínico do HE₃:

*“No geral, a média de permanência já foi dez dias. A gente já consegue com o mesmo número de leitos um número muito maior de internação, **mas não por causa da contratualização**, foi uma maneira de poder sobreviver também. Quero chegar a 5 dias de média de internação”.*

Outro ponto que merece ser destacado é a dificuldade declarada em constituir uma rede hospitalar de fato. Mesmo uma cidade como Porto Alegre, que tem todos os gestores sob gestão municipal e conta com diversos hospitais certificados e contratualizados como de ensino, não consegue estabelecer um sistema integrado e regionalizado e, mesmo numa perspectiva mais gerencialista, articular seus distintos prestadores para obter maior racionalização e otimização, tanto da oferta como dos custos implicados. O diretor-geral e administrativo do HE₃ destaca:

“Percebe-se, também, a enorme dificuldade em articular os serviços. Se pudéssemos fazer reuniões, numa simples conversa, a gente poderia trocar experiências. Porque eu sempre digo que eu fui várias vezes, mas ainda não conseguimos avançar. Por exemplo, todos os quatro hospitais têm plantão de emergência na área de hemodinâmica. A gente poderia ter em um só, e na outra semana outro. Então, tem um custo de saúde muito alto”.

Como já ressaltamos na introdução deste capítulo, ao analisarmos as entrevistas com gestores e dirigentes do HE₃, não foi possível observar a mesma importância atribuída nos HEs anteriores aos sistemas de informação e à informatização. Apenas a supervisora de enfermagem, questionada sobre a existência de um sistema de monitoramento das metas contratualizadas, afirmou que

*“A gente recebe, muitas vezes, vários instrumentos para avaliar. Alguns chegam para gente também participar nas respostas e até para indicar questões práticas do nosso cotidiano. Eu só não sei te dizer se os instrumentos estão ligados à Secretaria de Saúde ou a própria vigilância. **Eu não sei te dizer se são instrumentos de avaliação das metas propostas na contratualização.** Isso eu não sei te dizer. Provavelmente o diretor vai conseguir te responder melhor, porque tudo isso chega à direção”.*

Os indicadores utilizados após a contratualização são indicadores restritos à produção, produtividade e gestão financeira e são acompanhados no nível da alta direção do HE₃.

Por se tratar de um hospital que está em pleno processo de acreditação, afeito ao tema da qualidade, chama a atenção também a pouca relevância dada pelos atores entrevistados aos indicadores de desempenho hospitalar.

A supervisora de enfermagem, ao longo de sua entrevista, quando questionada sobre a compatibilidade dos indicadores utilizados na contratualização, principalmente os relativos ao processo de gestão, revela que:

*“Desde que estou aqui, em 2005, trabalhamos com vários indicadores de gestão. **Não sei se houve acréscimo em função da contratualização.** A gente trabalha com vários indicadores de gestão, sejam eles financeiros, de processos, de internação, enfim... Talvez seja esse que vocês estão se referindo, que já existia e que se mantém. São indicadores que são acompanhados e analisados sempre. **Agora, não sei te dizer se houve uma mudança ou acréscimo de algum, em função da contratualização**”.*

Já os gestores municipais destacam muito superficialmente as dificuldades encontradas em instituir um sistema de monitoramento e avaliação da política de contratualização, bem como a implementação de um novo sistema de regulação. A aposta é que um sistema informatizado possa resolver parte dos problemas enfrentados:

“(...) não é simplesmente um software, um sistema de regulação. Cada vez a gente tem que, com o mesmo grupo de pessoas, tentar fazer isso. Com a informatização, a gente acredita que deveria ser mais fácil enxergar tudo, mas o problema é que cada vez a gente tem mais coisas novas, novos softwares para colocar isso, tem que ter um comitê para isso, um comitê para aquilo. É difícil”.

Contratualização e micropolítica do hospital

À semelhança do que se observa nos estabelecimentos hospitalares antes estudados, o diretor-geral e administrativo do HE₃ se refere aos avanços relacionados à implementação da Política Nacional da Humanização reportando que a contratualização foi um incentivo nessa direção, mas que o hospital já tinha um programa muito consistente de humanização, sendo inclusive referência para outros hospitais:

“O hospital já tinha, antes da contratualização, cuidado disso. Antes da contratualização já éramos chamados no Ministério da Saúde, inclusive ganhamos prêmio, como uma entidade facilitadora do Ministério da Saúde na área da humanização. Sempre há um avançar, mas não é que a contratualização trouxe a humanização”.

Na avaliação dos gestores municipais, no que tange à política de humanização:

“Os HE normalmente já faziam quase tudo isso aí. Essa questão já estava bem avançada na época. Desde quando veio a política, praticamente eles já faziam tudo”.

O diretor acadêmico também confirma que a política de humanização já estava implantada no HE₃ e que o estabelecimento foi um dos primeiros a fazer isso. Lembre-se que dois anos depois do lançamento da política de humanização houve uma pesquisa nacional e o HE₃ foi premiado pelo MS. Para o diretor técnico e clínico o HE₃:

“Por ser um hospital que tem como mantenedora uma entidade religiosa, acho que sempre foi muito preocupado com a humanização. Não vejo que a contratualização tenha mudado esse aspecto. Acho que se manteve na mesma linha de ter um serviço de humanização, uma comissão que trata da humanização. Não creio que a contratualização tenha sido um marco para mudanças disso”.

Os gestores municipais são categóricos em afirmar que **o HE₃ não tem participado de iniciativas integradas formação e Educação Permanente para os trabalhadores do SUS**. O mesmo ocorre em relação à avaliação e incorporação tecnológica. O diretor-geral e administrativo é taxativo ao afirmar que não há qualquer avanço ou mudança em relação à avaliação e incorporação tecnológica resultante do processo de contratualização:

“Não! Isso tem sido um esforço natural da nossa parte. Todos temos que evoluir tecnologicamente. Mas não existe ainda um programa assim, seja do gestor municipal, estadual ou federal de evolução (sic) tecnológica. Não está funcionando essa parte...”

A política de contratualização aparenta não ter produzido impacto significativo

na vida da organização, mas seu potencial indutor, por sua vez, passa a ser reconhecido quando há um benefício concreto para o HE₃ ao ser tipificado como um hospital de ensino. Por exemplo, por ser contratualizado como HE, pode participar da Rede Nacional de Pesquisa Clínica e captar recursos junto à Finep e o MS para constituir um centro de pesquisa clínica. Segundo o diretor técnico:

“Nós apresentamos um projeto, fomos uns dos hospitais contemplados e usamos esse recurso para ter um Centro de Pesquisa, para fazer pesquisa tanto de interesse do governo, como da indústria, que pode nos contratar para fazer um projeto. Para entrar nesse edital, teria que ser um Hospital contratualizado. Então a contratualização beneficiou. Nós estamos, agora, com uma parceria também para criar o Instituto do Cego, que é uma das áreas que a gente tem desenvolvido e o fato de sermos um hospital contratualizado facilita o entendimento...”

Observa-se que a interlocução empreendida com os dirigentes do HE₃ trouxe poucos elementos para análise no campo da micropolítica.

O diretor acadêmico destaca em sua entrevista as dúvidas geradas na reitoria quando tiveram que tomar a decisão de certificar o HE₃ como hospital de ensino e contratualizar com o gestor. Temia-se que não desse certo. O HE₃ era o primeiro hospital filantrópico a contratualizar. Não havia outro no Brasil para avaliar as vantagens e dificuldades. Segundo o diretor acadêmico:

“Depois de muitas idas e vindas, de conversas na universidade, foi tomada a decisão. E a gente, hoje em dia, acha que foi bem”.

Questionado sobre os processos de mudança e resistências enfrentados pela direção na implementação de metas contidas na contratualização, o diretor-geral e administrativo do HE₃, à frente da coordenação do estabelecimento há muitos anos (elemento comum a outros grandes hospitais de ensino no País) revela que:

*“A gente tem avançado, todos os anos. **Obviamente que procuramos não fazer mudanças abruptas porque senão perde a direção e o foco.** Temos evoluído e procurado sempre construir um planejamento estratégico e fazer pequenas alterações para que possamos ter mais sucesso no próximo ano”.*

Reproduzindo o que também foi observado no HE₁, os processos de mudanças empreendidas pela alta direção do hospital são lentos, graduais, medidos, de tal forma que gerem menor resistência possível e não comprometam a governabilidade dos experientes dirigentes. Também para o diretor acadêmico não houve resistências internas ao processo de contratualização:

*“Não, não, mesmo que tivesse havido a territorialização. E quando tiver não creio que vai haver. **Não consigo visualizar que tipo de resistência poderia haver. Até tenho curiosidade para saber se tem alguém contra a contratualização”.***

A supervisora de enfermagem, da mesma forma, corrobora a visão de que não houve resistências internas no Hospital com relação à política de contratualização. As grandes dificuldades perceptíveis para ela são:

“... essas que existem, tem a ver com demanda, com atuação na área da rede pública, com uma sobrecarga de algumas instituições hospitalares, mas de outras ordens não”.

Segundo o diretor-geral e administrativo (ao menos no plano discursivo, já que não apresenta elementos que sustentem a assertiva), o ‘hospital dos médicos’ começa a dar lugar ao ‘hospital da equipe multidisciplinar’:

“Tem gente que sempre diz que é da época que o hospital era de médicos. Hoje nós temos uma ação muito forte multidisciplinar. Hoje o hospital, basta nós caminharmos pelo hospital, tem uma ação muito forte porque a gente também descobriu que a gente faz melhor com outros profissionais interagindo com o grupo maior. Isso dá uma troca de informações e até de questionamentos”.

Essa mudança é atribuída pelo diretor-geral e administrativo a um conjunto de fatores:

“Antes a universidade só tinha medicina e psicologia. Depois nós tivemos curso de enfermagem, nutrição, fisioterapia e farmácia. A própria escola fez com que o hospital se agigantasse e depois com os programas do governo, como o Premus e o Prosaúde, isso enriqueceu. Hoje nós temos um programa fantástico”.

É possível, por outro lado, que a modalidade de organização do quadro de pessoal e de direção do HE₃ possa ajudar a compreender essa “aparente tranquilidade” no campo da micropolítica.

As chefias dos serviços são constituídas por profissionais que são também professores. Os serviços médicos do hospital são chefiados por professores das respectivas áreas. Os médicos são professores na maioria dos casos. Por outro lado, menos de 40 de um total de 180 professores médicos atuam em tempo integral. A maioria é *horista* e nenhum possui dedicação exclusiva. A maioria atua no Centro Clínico que pertence ao HE₃ ao lado do hospital, garantindo, nos dizeres do diretor acadêmico, *“um tempo integral geográfico, pois os médicos estão aqui sempre atendendo pacientes ou estão no consultório do centro clínico”*. Não têm vínculo com a universidade e nem com o hospital. Alguns apenas têm contratos com a universidade para jornadas parciais dedicadas ao ensino. Os professores são basicamente do corpo clínico do hospital, ‘credenciados’ e remunerados por produção de serviço, sem contratos com o hospital, modalidade muito frequente na relação entre médicos e

hospitais privados que prestavam serviços ao Inamps e que ainda persiste nos dias de hoje, sob o rótulo de ‘código 7’.

Quando questionada sobre o tema, a supervisora de enfermagem relata que a questão do poder médico na tomada de decisão não é só no Rio Grande do Sul:

*“... É uma questão histórica no Brasil, talvez no mundo. Eles têm um papel ainda muito importante. **A enfermagem tem trilhado um caminho de construção de um conhecimento para que a gente possa participar desse processo de decisão. Mas ainda participa muito pouco perto do potencial que a gente tem hoje de convívio, de presença 24 horas, de linha de frente 24 horas na assistência**”.*

Segundo ela, ainda:

*“O hospital tem trabalhado muito nos últimos cinco anos neste sentido. A enfermagem participava muito pouco e hoje tem uma discussão multidisciplinar, a própria assistência cotidiana das unidades. Hoje se discute muito o cuidado, a assistência que vai ter, inclusive a própria alta, **a tomada de decisão para algum procedimento conta com a participação da enfermagem. Mais num local, menos no outro, que também é perfil do grupo. Às vezes tem limites para que isso aconteça. Tem áreas que tem arraigado essa questão do poder muito forte.** Mas isso é uma mudança que no hospital tem sido muito importante. No nível de gestão maior, acho que a gente vem conquistando alguns passos, porque antes não se tinha muita participação e acho que nos últimos anos a gente tem conseguido. Não é o ideal ainda, mas a gente tem conseguido trilhar algumas coisas”.*

A despeito do discurso assumido por todos os dirigentes entrevistados dando conta que a política de humanização tinha sido implementada antes mesmo da certificação como HE, que o hospital acumulava prêmios e havia se constituído em referência para outros estabelecimentos hospitalares, observa-se que não foi capaz de implantar o acolhimento e a classificação de risco em seu PS. Com ou sem a contratualização como hospital de ensino, embora a humanização e a implementação das diretrizes da política nacional de urgências constassem das diretrizes prioritárias da contratualização, esse ponto nevrálgico para mudar o modo de produzir cuidados na área mais crítica do HE₃ não foi até agora enfrentado.

A supervisora de enfermagem, para explicar esse fato, busca elementos comuns aos já observados no caso do HE₁, apontando o impacto financeiro para custear a contratação de enfermeiras como fator impeditivo. Não problematiza, entretanto, a oposição dos médicos como fator determinante para a não-implementação da classificação de risco na área de urgência.

“O acolhimento e a classificação de risco, a gente começou a discutir esse ano e o nosso impeditivo para essa implantação ainda está sendo o quadro de pessoal. Na última discussão, via escritório de qualidade, a gente tentou mas não conseguiu ainda implementar. Esse é um ponto bem importante que a gente tem, assim,

pendente, né? Não conseguimos implantar. A gente tem uma determinação com protocolo de Manchester, mas não conseguiu. O que a gente tem hoje na emergência é uma avaliação de risco que não está vinculada a esse protocolo formal, feita pelo próprio médico, já que não temos o enfermeiro nas 24 horas para essa avaliação”.

Questionada sobre possíveis resistências oriundas da corporação médica à política da humanização, a supervisora de enfermagem considera que os médicos estão começando a discutir alguns aspectos da política. Segundo ela:

“Tem algumas coisas que a gente tem dificuldade sim, pela própria cultura. Acho que esse poder do médico e do paciente, do médico e dos outros profissionais. Isso complica um pouquinho ainda na nossa realidade brasileira. A gente enfrenta, aqui no Sul, também um pouco isso. Mas o que eu tenho percebido é que estão vindo muitos profissionais que têm um pensamento um pouquinho mais aberto e que estão se aliando. Com isso a gente trabalha em equipe e tem feito trabalhos muito interessantes, com vários profissionais. A gente está construindo protocolos em conjunto. Desde que estou aqui construímos 8 protocolos e são protocolos que não são médicos, nem de enfermagem, nem de fisioterapia, nem de nutrição. São protocolos que a gente chama de protocolos assistenciais e que ali está dito o que todos nós temos que fazer. Desde o agendamento, da organização do material, do procedimento em si, das avaliações, até todo o contato com a família está descrito nesse protocolo. E a orientação para alta que a gente tem que fazer durante a internação. Então são oito protocolos interessantes que foram construídos nessa modalidade aí, multidisciplinar”.

Outras ferramentas tecnológicas utilizadas, tais como o cuidado produzido por grupos interdisciplinares, a evolução do usuário contida em um prontuário único em que todos os profissionais fazem a evolução do paciente, permitem vislumbrar a força e o investimento efetuado pela alta direção do HE₃ para a introdução de valores úteis ao seu projeto racionalizador. Os dirigentes destacam que isso traz muitas vantagens e ganhos para assistência. Segundo a supervisora de enfermagem:

“Isso é fantástico, o médico chamando a enfermeira. Nós temos aqui um grupo interdisciplinar”.

A instituição médica se rende? O médico ‘chama’ enfim a enfermeira para dividir as responsabilidades na produção do cuidado? O material coletado no HE₃ aparentemente não permitiu caracterizar, como no caso do HE₁, movimentos internos de resistência. Por que os membros da alta direção dessa organização hospitalar não falam de resistência? Por não terem efetuado mudanças para valer na micropolítica, no modo de se fazer a gestão do trabalho e do cuidado? Como apontamos antes, o “ponto de corte” da observação, restrito à alta direção, deve ser considerado ao se ler tais achados. Com certeza, novos estudos, como os conduzidos por Abou-Jamra (2010)

precisam ser produzidos para uma melhor compreensão de tais questões.

A análise dos dados em processo: aperfeiçoando o conceito de equação

Para o estudo do HE₃, foi utilizado o mesmo roteiro de entrevista aplicado nos hospitais anteriores. O que, aliás, foi feito em todos os hospitais. Ao produzir a análise do material empírico, procurou-se tanto “confirmações” de tendências ou de “achados” referentes à política de contratualização, como verificar se eles agora compunham uma nova equação.

Qual a **equação** do HE₃?

A primeira coisa que nos chamou a atenção nesta *estação* foi que a categoria empírica “financiamento” aparecia “conectada” à questão da competência do gestor local com uma força que não aparecia nas *estações* anteriores. Algo como se os problemas ou insuficiências do financiamento tivessem que ser apreendidos, imediatamente, em sua conexão com as insuficiências do gestor local, coisa que não aparecia com tanta evidência anteriormente. Ou seja, para além das **intensidades** das categorias empíricas, era interessante observar a **força de ligação** entre as categorias, coisa que não havíamos percebido antes. Olhando retrospectivamente as equações anteriores, e para exemplificar melhor este achado, podemos ver, claramente, como a **força de ligação** entre a política de contratualização e estratégias racionalizadoras já em curso no hospital é visivelmente forte no HE₁, onde o seu superintendente faz uso dos instrumentos da política para impor novos mecanismos de controle sobre os médicos, principalmente os docentes, no contexto de uma escola médica muito tradicional. Já no HE₂, onde os processos de racionalização já avançaram muito e as estratégias racionalizadoras alcançaram uma surpreendente capilarização, tal ligação tem menos força, sendo quase inexpressiva. Ou seja, a **força de ligação** entre as categorias nos parecia funcionar, de fato, como um componente diferenciador das equações e tínhamos que estar atentos a elas.

No HE₃, a grande intensidade da equação é o “confronto da política”, digamos assim, do gestor municipal com um grande hospital privado, que atua numa lógica financeira mais marcada, mais pesada. Evidencia-se, nesse confronto, o gestor com toda a sua fragilidade. Não há Estado que dê conta de controlar, acompanhar e cobrar para valer – um pressuposto da política de contratualização –, mas não só dela, e sim de todo esse movimento que temos vivido de transferência de responsabilidades do Estado para entes privados, de base fortemente contratualista. Fica um jogo de “faz de conta”, um jogo de atores ausentes como identificado nas equações anteriores, mas, que assume grande **intensidade** na equação do HE₃, exatamente evidenciar os limites do papel regulador do Estado. A fragilidade do gestor no caso do HE₃ aparece mais marcada, com maior intensidade do que nos HEs anteriores, mas, particularmente em relação ao HE₂, porque, de um modo ou de outro, neste último hospital há a percepção de que o contratado soma esforços ao lado do gestor, ou, como diz explicitamente um de seus dirigentes: *“Somos uma OS do bem!”*

No caso do HE₃, a insuficiência (ou inadequação) do financiamento desnuda e acaba por revelar a fragilidade do gestor local. A falta de flexibilidade ou agilidade do MS, a fraqueza do gestor local, a complexidade das necessidades locais, a lógica financeira privada, tudo isso termina compondo um cenário de baixa sustentabilidade da política de contratualização, pelo menos como ela foi pensada.

Em Porto Alegre, encontrou-se um campo de prova, um lugar onde o enfrentamento duro se evidencia, onde o jogo é para valer, em que a força e debilidade, os interesses e o jogo real dos atores ficam mais contrastados, uma vitrine para observar a complexidade do que a política de contratualização tem que enfrentar. Como já destacado anteriormente, mais como uma política aparentemente bem clara para os formuladores no âmbito do governo federal se torna ‘confusa’ ou ‘mal-interpretada’ pelos operadores/gestores locais.

Até o estudo de caso do HE₃, a questão da relação hospital/sistema e da configuração do modelo assistencial não tinha aparecido tão nitidamente. No HE₃, esta categoria assume uma intensidade bem diferenciada em relação aos hospitais anteriores, evidenciando o desenho insuficiente de rede básica, com a integração entre os serviços não se processando nos moldes desejados (ou idealizados). Nessa *estação*, e com muita nitidez, evidencia-se que um dos elementos mais “idealizados” e formalistas da política de contratualização é supor ou desejar que ocorram mudanças no perfil dos hospitais a partir de elementos externos de controle ou da modelização proposta pela política.

Em regiões metropolitanas como a de Porto Alegre, com forte movimentação da população, concentração regional de equipamentos hospitalares contrastando com áreas de vazios assistenciais, baixa cobertura de atenção básica, interesses dos médicos e dos professores, tudo isso cria um quadro muito complexo, que escapa às pretensões racionalizadoras.

O HE₃ é reconhecido, nacionalmente, como um estabelecimento hospitalar que há anos vem avançando na racionalização e qualificação de suas práticas. Diversos processos em curso buscam trazer ordenamento, controle e regularidade reproduzindo os padrões de racionalidade já observados nos casos anteriormente estudados. Não guardam, entretanto, relação direta com a contratualização, ou seja, a categoria empírica “*contratualização e racionalização da vida hospitalar*”, é de baixa **intensidade**, pouca expressiva na sua equação, como era no HE₂. Ou seja, a racionalização pretendida pela política de contratualização dos HE fica diluída e resulta em “sinergia de baixa intensidade” com processos anteriores. Por outro lado, é notável a semelhança entre as “matrizes discursivas” dos dirigentes dos três hospitais visitados sobre **o que** deve ser feito, **como** o novo hospital deveria funcionar, em particular como imaginam um mundo organizacional ordenado, previsível, eficiente, no qual parrudos sistemas de informação sejam capazes de propiciar uma visibilidade plena da vida do hospital. Um hospital racionalizado, no qual haveria uma perfeita adequação entre meios e fins. Um hospital funcionalizado e ordenado, pois tudo funcionaria como previsto e normalizado, sempre, é claro, de acordo com o projeto, a visão e os interesses da direção. Impressiona como dirigentes de hospitais de regimes jurídicos tão diferentes (um hospital público federal ligado ao MEC, uma organização social

ligada a uma SES e um hospital filantrópico) estejam falando a mesma linguagem, projetando organizações hospitalares tão semelhantes. E, não menos importante, como a própria política de contratualização contém marcados elementos de tal matriz discursiva, convergindo em muitos pontos com ela.

Ia ficando cada vez mais claro que os formuladores da política de contratualização de alguma forma se inspiraram na mesma fonte de todas essas práticas que vêm sendo experimentadas nos hospitais e isso nos parecia que precisava ser compreendido melhor. Por que vai se impondo uma certa pauta obrigatória, um discurso, um paradigma ou modo de se pensar a gestão, que vai se tornando uma verdade a ser seguida por todos? Uma política que, embora tenha resultado em alguns impactos positivos no desempenho organizacional global, não tem sido objeto de reflexão e estudo sobre seus reais impactos e transformações micropolíticas, restringindo-se aos estudos avaliativos clássicos.

Portanto, nesta *estação*, **sua singular equação se destaca por três intensidades**: a marcada deficiência do gestor governamental para fazer a regulação, a desimportância ou pouco impacto da contratualização no processo de racionalização da vida hospitalar e uma marcada explicitação das deficiências da rede de serviços do SUS para sustentar uma nova inserção do hospital de ensino do sistema locorregional de saúde como pretendido pela política. Nela, duas **forças de ligação** são muito evidentes: a das insuficiências do gestor local e os problemas de financiamento e, elementos da micropolítica e articulação do hospital com o sistema locorregional de saúde.

CAPÍTULO 5:

QUARTA ESTAÇÃO

O Hospital de Ensino 4 (HE4)

A última *estação* que visitamos foi um hospital público federal pertencente a uma universidade federal. Trata-se, portanto, de um estabelecimento vinculado ao MEC, cuja administração financeira é feita por meio de uma fundação de apoio (fundação privada de direito privado) criada pela antiga Faculdade de Medicina, encampada pela universidade após a federalização, ocorrida na década de 60. Naquela época, o curso de medicina e de várias outras áreas, todos particulares, juntaram-se à Faculdade Federal de Engenharia para a criação dessa universidade. Com a encampação, a Fundação da antiga Faculdade de Medicina foi transformada na atual fundação de apoio (aqui denominada simplesmente fundação), sob controle de pessoas da cidade que contribuíram para a criação da faculdade de medicina, sendo o presidente da fundação sempre designado como reitor desde sua criação.

O HE₄ está sob gestão municipal desde 1996, quando o município, ainda na vigência da NOB/93, assumiu a gestão semiplena.

Inaugurado em 26 de agosto de 1970, o hospital iniciou suas atividades em outubro do mesmo ano com apenas 27 leitos. Transcorridas quase quatro décadas após sua inauguração, o HE₄ se transformou no único hospital público de referência para média e alta complexidade da região, prestando atendimento para uma população de quase três milhões de pessoas de 86 municípios do Triângulo Mineiro e do Alto Paranaíba.

Com área física ativada de mais de 51.600 m², o HE₄ é um hospital de alta complexidade, que possui capacidade instalada de 510 leitos. Destes, 34 são destinados à terapia intensiva.

O hospital realiza por dia uma média de 2.659 atendimentos, sendo o maior hospital prestador de serviços pelo SUS de Minas Gerais. Segundo dados do setor de estatística, em 2008, foram admitidos para internação 21 mil pacientes. No PS, foram realizados quase 207 mil procedimentos e, nos ambulatórios, cerca de 670 mil atendimentos. O centro obstétrico realizou 3.900 procedimentos ginecológicos e obstétricos e o centro cirúrgico realizou mais de 12.500 procedimentos cirúrgicos, além de 1,12 milhão de análises clínicas. Para tanto, conta com 3.385 funcionários,

contratados como servidores públicos federais (RGU) ou como empregados da fundação (em regime CLT).

Conta, ainda, com o Hospital do Câncer, fruto de uma parceria entre o Grupo Luta pela Vida, a universidade e a fundação. O prédio do Hospital do Câncer possui cinco pavimentos e até 2009 eram ocupados apenas os dois primeiros pisos: o primeiro andar com a internação de adultos e o térreo com uma estrutura ambulatorial para tratamento de quimioterapia e radioterapia. Em 2008, antes mesmo da conclusão dos pisos superiores, foi necessário aumentar o número de consultórios e a área de atendimento localizada no térreo. A obra também incluiu um corredor de ligação com o HE₄ que melhorou a logística dos suprimentos e pessoas que transitam no complexo hospitalar. Essa ligação permitiu ainda acolher, temporariamente, no terceiro andar, o setor de pediatria do HE₄, cuja área original passa por reformas. Os demais andares estão inacabados e a continuidade das obras depende da ajuda da comunidade.

O HE₄ explicita sua missão como: *“Desenvolver indissociavelmente e com qualidade, atividades nos níveis de graduação, pós-graduação e educação continuada; promover atividades de pesquisa, extensão, consultoria, administração e assistência à saúde; respeitar e subsidiar a elaboração de princípios constitucionais do sistema público de saúde; participar da rede de saúde macrorregional como referência dos diferentes níveis de atenção, preferencialmente de maior complexidade”*.

Tem por visão: *“Prestar assistência de qualidade, em todos os níveis de atenção, valorizando o processo educativo e o autocuidado, promovendo a desospitalização e reservando as internações aos processos de maior complexidade; Dispor de infraestrutura de ensino que garanta um perfil educacional coincidente com o perfil ocupacional dos profissionais de saúde, valorize o espírito de trabalho em equipe multiprofissional e a integração ensino-serviço, garantindo, ainda, o enfoque epidemiológico no planejamento do ensino, da pesquisa e da assistência à saúde; Estar com seus processos administrativos automatizados ao máximo e ter implantado a gestão por processos; Ter documentadas e atualizadas todas as suas rotinas, incluindo as condutas médicas; Dispor de um sistema consistente de processamento da informação, que disponibilize informações das diversas fontes possíveis, garantindo às equipes e aos profissionais em formação substrato para uma sólida base de*

conhecimentos”.

Destacamos, mais uma vez, que assim como nos demais hospitais estudados, **não há no material institucional do HE₄ qualquer menção ao fato de ser certificado e contratualizado como hospital de ensino.**

As entrevistas com dirigentes do HE₄, com o Secretário Municipal de Saúde e o levantamento do material de campo para a pesquisa nesta *estação* foram realizadas em 14 e 15 de outubro de 2009, por pesquisadores vinculados à Linha de Pesquisa Política, Planejamento e Gestão em Saúde, do Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina da Unifesp. Foram entrevistados:

- 1) O **diretor-geral do HE₄**: médico formado pela universidade, em 1974, professor do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade, mestre e doutor em Cirurgia pela UFMG, membro titular e especialista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões e do Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva. Há dez meses no cargo, não participou do processo de contratualização.
- 2) O **diretor administrativo**: no cargo há nove meses, é pedagogo e administrador. Doutorando em Educação, mestre em Educação e especialista em Gestão Empresarial. Pós-graduado em Psicologia, Hotelaria e Administração Hospitalar. Exerceu a função de gerente de hotelaria hospitalar nos últimos oito anos.
- 3) O **diretor técnico**: no cargo desde fevereiro de 2009. Cirurgião torácico formado pela UFSM (RS) em 1981. É professor da Faculdade de Medicina da universidade e exerceu o cargo de chefe do centro cirúrgico do HE₄. Participou apenas da formatação do quarto e quinto termos aditivos do contrato de metas.
- 4) A **diretora de enfermagem**: enfermeira formada pela Faculdade Adventista de São Paulo, em 1980. Tem especialização na área médico-cirúrgica e é pós-graduanda em estomoterapia. Já ocupou a chefia da Enfermaria Cirúrgica II e a coordenação do Setor de Capacitação e Desenvolvimento Técnico Científico, atual Cepepe. Assumiu o cargo há dez meses.
- 5) O **diretor clínico**: no cargo há dez meses. Graduado em medicina pela universidade em 1978, é especialista em doenças infecciosas e em gastroenterologia pela USP. É chefe do Serviço de Moléstias Infecciosas e

docente da universidade. Não participou do processo de certificação e contratualização.

6) O gerente de finanças do HE₄, há dez meses no cargo.

7) O gerente do pronto-socorro, há três meses no cargo. Atua como médico no setor de urgência do PS há nove anos, sem ter ocupado cargos anteriormente.

8) O assessor da reitoria no hospital: médico sanitarista que era responsável pela área de regulação na SMS, até o final de 2008, tendo participado desde 2004 de todo o processo de certificação, contratualização e confecção dos termos aditivos e planos operativos. Em 2009, passou a trabalhar no HE₄.

9) O Secretário Municipal de Saúde, no cargo desde 2007. É professor de histologia da universidade e ocupou vários cargos na instituição, entre os quais o de diretor do HE₄ por oito anos e reitor pelo mesmo período. Foi também diretor da Sesu/MEC e do Departamento de Hospitais Universitários do MEC na década de 90. Na época da contratualização, em 2004, não tinha nenhuma função diretiva e não participou do processo.

Tendo em vista a necessidade de compreender em detalhes alguns aspectos contraditórios destacados a partir da análise das entrevistas efetuadas *in loco* e obter, ao mesmo, tempo a visão da “outra parte”, proporcionando uma compreensão mais abrangente e aprofundada do funcionamento do hospital, foram agregadas ao estudo informações obtidas por meio de questionamentos remetidos por meio eletrônico ao **ex-reitor da universidade (2000-2008)**, que foi, por vários anos, o representante dos reitores (Andifes) na Comissão Interinstitucional para Reestruturação dos Hospitais de Ensino e teve participação ativa no processo de formulação da política de contratualização dos HEs.

Para a sistematização do material coletado nesta quarta e última *estação*, utilizamos as mesmas categorias empíricas anteriores, consolidando um modo de “recortar” e tematizar as entrevistas de modo a obter uma certa constância e comparabilidade das várias equações que foram sendo montadas. Entretanto, por mais que fosse possível observar repetições e diferenças entre o HE₄ e as *estações* anteriormente visitadas, nessa última tornou-se necessário constituir uma nova categoria empírica, a partir da evidência com que elementos relacionados à dinâmica da política local interferiam na análise dos dados e constituíam equações com as

demais categorias até então utilizadas.

Essa nova categoria foi denominada “*a contratualização e a dinâmica política local*”.

O impacto do financiamento

Na avaliação do gestor municipal, a contratualização teve um impacto relativo sobre a situação econômico-financeira do HE₄, pois não permitiu atingir a situação de equilíbrio idealizada no início do processo. Atribui esse quadro, assim como outros membros entrevistados da direção do HE₄, aos efeitos que a excessiva demanda de urgência e emergência acarreta nos custos do estabelecimento:

“(...) trouxe uma mudança para melhor em nível de receita, mas o hospital não conseguiu o equilíbrio financeiro que ele achava que conseguiria com os incentivos da contratualização. Na minha perspectiva, se você não regula a demanda na urgência, tem que lidar com a despesa como fato consumado. E, apesar da contratualização ter componentes que melhorariam o financiamento do hospital, na realidade local ainda deixa a desejar”.

Segundo o gestor, o hospital ainda mantém dificuldades no tocante à gestão financeira:

“Tem dificuldade para comprar medicamentos, os fornecedores embutem juros porque não têm garantia de recebimento, o prazo de recebimento vem sendo negociado, pactua-se, combina-se o pagamento para 90 dias, mas depois não é possível e eles têm sido compreensivos porque o hospital é o maior comprador da região.”

O diretor-geral, questionado sobre a situação financeira antes e após a contratualização, respondeu que não sabia prestar informações e acrescentou:

“Desde que eu me entendo por gente, o hospital passa por dificuldades. Eu acho que vai continuar sempre assim. Porque, se abre mais leitos, abre outro serviço, vai aumentar. Um exemplo claro é o déficit de uma UTI. A nossa UTI está praticamente pronta. Não temos colaboradores para abrir a UTI. Se colocarmos para funcionar o déficit anual vai dar em torno de cinco milhões. Quem vai bancar o prejuízo? A fundação não consegue fazer isso. Vai só aumentar a dívida”.

Segundo o diretor clínico, a gestão do HE₄ tornou-se mais complexa, mas a situação financeira é mais tranquila após a contratualização.

“Passamos a receber mais dinheiro, temos agora um caixa melhor, a gente pôde fazer algumas coisas melhores para o hospital”.

Para o diretor administrativo, a contratualização não trouxe impacto significativo para a situação financeira do HE₄. Segundo ele:

“Não aliviou. Não por conta das metas ou do número que a gente precisava atingir, mas do próprio custo da saúde. Se fôssemos atender ou organizar o hospital para o que é remunerado, nós não estaríamos com a qualidade que a gente oferece hoje. A gente tem um atendimento que é acima da média. É um limite muito tênue, mas a gente tem batido muito nessa questão e tem entendido que é uma questão nacional. Não é uma questão nossa com o gestor as tabelas, remuneração e tudo mais. É um problema nacional, realmente”.

É interessante notar a opinião do gerente do PS, que há três meses apenas ocupa cargo de direção e tem uma visão ainda fortemente marcada pelo olhar dos médicos que atuam na organização. Segundo ele,

“De três anos para cá, acho que o hospital tem adquirido bastante recursos materiais e tecnológicos para o funcionamento e isso tem melhorado muito”.

O diretor técnico tem uma posição mais crítica quanto à situação financeira atual do HE₄. Em sua opinião, o déficit está concentrado na oferta de serviços de média complexidade, pois na alta complexidade há equilíbrio, exceto na UTI, que é altamente deficitária, à medida que cobre apenas 30% dos custos. Dirige suas baterias contra o MS e o subfinanciamento do setor:

“A gente continua na mesma. Somos a segunda maior dívida, primeiro a Unifesp e depois nós. A contratualização não trouxe dinheiro novo. O impacto foi menor que 3%. Temos uma dívida de 37 milhões. Nós prestamos serviço e recebemos menos do que prestamos. O responsável tem nome e endereço: MS, que nos paga menos do que a gente produz. O grande problema continua sendo o subfinanciamento. Se você for perguntar para os outros hospitais, para os reitores, diretores, o MS só entra com 30% dos custos, isso tudo foi avaliado pelo MEC. Além de outros serviços que foram criados e demoram de três a seis meses para serem credenciados. Quem paga a conta nesse período? Nós ficamos um ano fazendo cirurgia cardíaca para podermos ser credenciados. Acumulamos uma dívida que hoje já é de seis milhões”.

O diretor técnico analisa duramente a situação do HE₄ e dos demais hospitais de ensino federais no País:

“Se você olhar no Brasil inteiro, eu conheço a grande maioria dos hospitais federais e todos são sucata. Poucos hospitais fora de São Paulo e Porto Alegre não são sucata. Esse hospital é uma sucata. Vocês andaram aqui por dentro? E dá-lhe “puxadinho pra cá, puxadinho pra lá”. Tem serviço, tem qualidade, não tem é uma estrutura física para comportar isso aqui. E a população paga muito caro por isso (...) Eu acredito nessa política de contratualização, acho que é o caminho. Acho que vamos ter que levar isso para frente. O problema é financiamento, dinheiro. Mas também não adianta colocar muito dinheiro onde não tem gestão, senão vai tudo pelo ralo. Por isso que eu acho que esse é o caminho, começou regulando, remodelando, depois informando, qualificando, organizando. Acho que a próxima fase é o dinheiro”.

Quando questionados sobre a evolução do processo de endividamento da instituição, pode-se perceber que, embora sejam profundamente críticos, os membros

da alta direção do HE₄ ou se esquivam de responder a questão ou apresentam valores díspares. Tal qual observado nos casos estudados anteriormente, **há uma não-apropriação de elementos-chaves para a gestão**, como, por exemplo, reconhecer o nível atual de endividamento. Pode-se observar, pelos relatos apresentados a seguir, que cada entrevistado refere um valor diferente ou alega desconhecer o volume da dívida. Não se trata de saber como vem se comportando historicamente esse indicador financeiro, o que seria admissível em se tratando de uma diretoria nova, há dez meses dirigindo o hospital. Não parece razoável, entretanto, que a alta direção não chegue a um acordo sobre o nível atual de endividamento.

Como se pode ver, o diretor técnico aponta esse valor em 37 milhões de reais. Já para o diretor clínico, o endividamento do HE₄ diminuiu para um valor estimado entre 8 e 9 milhões de reais e melhorou consideravelmente após a contratualização.

“Melhorou muito. Hoje nós não somos mais a segunda maior dívida. A nossa dívida hoje, ligada à fundação, é em torno de 8 a 9 milhões”.

O assessor da reitoria corrobora a visão do diretor clínico, referindo que em relação à situação financeira do hospital, a fundação já tinha uma dívida muito grande que vinha sendo reduzida antes do processo de contratualização, em função de um conjunto de medidas adotadas. Com o processo de contratualização, a redução dessa dívida do hospital foi mais acentuada, melhorando expressivamente a situação financeira do HE₄ que, entretanto, nunca chegou ao ponto de equilíbrio. Segundo ele:

*“O contrato ajudou muito, principalmente com a parte fixa. Agora sabemos que tem pelo menos uma quantia fixa para trabalhar. **Na parte administrativa e financeira, o contrato veio trazer uma estabilidade.** Quando tinha greve, a produção caía lá embaixo e arrumava dinheiro emprestado. Agora o hospital já tem uma garantia financeira mensal. É uma segurança que traz para a instituição quando você tem essa parcela fixa”.*

Nem o assessor da reitoria nem o gerente de finanças do HE₄ souberam precisar os valores atuais da dívida. Ou se trata de questão “proibida” ou há dificuldades concretas em dar maior transparência e visibilidade a um evento de tal magnitude. Ambos têm clareza, entretanto, que os gastos com a folha de pessoal de cerca de 1.800 empregados contratados em regime CLT pela fundação para suprir a não-reposição de pessoal pelo MEC continua sendo determinante no perfil da dívida.

O diretor administrativo, embora se posicione favoravelmente à contratualização, sustenta que **a dívida teria aumentado após a adesão à política**. Já o

gerente do PS, pelas notícias que tem recebido, relata que ainda há dívida e que soube, pelo contato com a administração anterior e com a atual, do qual faz parte, que:

“A dívida tinha estabilizado e até diminuído um pouco na última administração. Foi o que me passaram. Nessa atual, até com as mudanças de RH, plantão, algumas coisas que foram mudadas pelo governo e que são novas, falaram que nos últimos meses ela aumentou, não muito, mas aumentou. Na verdade, a dívida não é do hospital, é da fundação. Não é mais igual ao que era antes. Pelo conhecimento que eu tenho, ela está mais ou menos estável.”

O diretor-geral arrisca avaliação diferente em relação ao endividamento do HE₄:

“A dívida da Unifesp parece que está em torno de 240 milhões. Aqui, guardada a devida proporção, não é assim tão grande. (...) Hoje está em torno de 32 milhões. No entanto, sabemos que há necessidade de uma reestruturação significativa, metodizada (...)

A diretora de enfermagem relata que não consegue se lembrar o montante da dívida, mas tem a percepção de que continua alta ainda (segundo ela, o déficit mensal é de cerca de 700 mil reais) **e que a contratualização não trouxe nenhum impacto.**

Para o Secretário Municipal de Saúde, o montante da dívida vem se mantendo na faixa de 30 milhões de reais, situando-se *“num patamar de endividamento aceitável”*. Manifesta, entretanto, o receio de que *“essa dívida vire uma bola de neve”*.

As divergências e contradições de avaliação e informação sobre o endividamento do HE₄ apontam, por si só, ainda que indiretamente, para o modo como o hospital é gerenciado e os problemas enfrentados no cotidiano.

Mesmo que fosse, como apontam alguns dos entrevistados, realmente relativo o impacto financeiro resultante da política de contratualização no HE₄, a verdade é que, na análise das falas do gestor e dos dirigentes hospitalares entrevistados, não há predominância da temática centrada no financiamento e, em particular, no endividamento. Se for levado em consideração que o HE₄ carregava a segunda maior dívida nominal entre os hospitais federais em 2004, apenas atrás do HE₁ (embora fosse indiscutivelmente a maior entre os HEs, em termos relativos e se considerado outros indicadores econômicos), e que a crise financeira era a tônica da relação e da imagem que a instituição mantinha junto aos gestores federais, há considerável mudança após cinco anos na agenda central do HE₄.

Tentando compreender melhor tão díspares informações sobre o nível de endividamento, optamos por uma consulta por e-mail ao ex-reitor da universidade e

ex-membro da Comissão Interinstitucional para Reestruturação dos Hospitais de Ensino (não prevista inicialmente no percurso metodológico planejado para o estudo), com o objetivo de esclarecer elementos da trajetória financeira do hospital nos últimos anos. De acordo com ele:

“Recebi o hospital em 2000 com uma dívida de 25 milhões de reais. Durante nossos oito anos, pagamos quase 16 milhões e entreguei para meu sucessor a Fundação em situação mais estável. Acho que eles têm dificuldade de reconhecer os méritos de nossa gestão, mas os resultados são inegavelmente melhores!”

Vale destacar que nessa *estação* não foram observados os mesmos problemas identificados nos outros casos estudados em relação ao repasse dos reajustes implementados pelo MS para o contrato. Segundo o assessor do reitor, encontra-se em vigência o sexto termo aditivo ao contrato, sendo que o quinto e o sexto não tiveram planos operativos específicos, tendo sido estabelecidos tão-somente para acréscimos financeiros decorrentes do realinhamento de valores produzidos a partir da necessidade de repassar aumentos de tabela e as alterações no FAEC, negados ou protelados para o HE₂ e o HE₃, como visto anteriormente.

De acordo com o assessor do reitor, para compreender o desequilíbrio econômico e financeiro do HE₄, além da concentração assistencial na média complexidade e do impacto gerado pela predominância de urgências, é necessário destacar também o posicionamento da direção anterior do hospital:

*“O hospital é de grande porte e tudo era ofertado aqui. O hospital credenciou uma série de serviços ao longo do processo de contratualização. **O aspecto filosófico da gestão anterior era atender o SUS e dentro do atendimento do SUS se ofertava tudo que era possível. No meu ponto de vista, ao longo do tempo isso colocou o hospital numa situação de desequilíbrio financeiro.** Porque se você vai abrir serviço, vai ter um redimensionamento de recursos humanos, de equipamentos, de estrutura e isso tem um custo. O retorno dessa produção não era condizente e isso deu um desequilíbrio financeiro com o tempo. E tem a fundação aqui, mantenedora do hospital. Como o MEC não repõe pessoal e quando aposenta contrata pela fundação, ela teve que sobreviver com o recurso da contratualização. Isso causou um desequilíbrio financeiro”.*

O diretor administrativo agrega, ainda, as implicações econômicas decorrentes da abertura de novos serviços, pactuados ou demandados pelos gestores, que terminaram por agravar a situação financeira do hospital.

“Quando vai se fazer o credenciamento de um novo serviço, isso exaustivamente precisa ser organizado e discutido internamente, mas é bastante desanimador para os administradores hospitalar, uma vez que você precisa funcionar o serviço, implementar todos os protocolos e isso gera custo, despesas e mesmo quando o serviço está devidamente organizado e reconhecido pelos órgãos de controle, não

começa a ser pago, remunerado, penalizando muito o hospital (...) Tenho que provar que funciona, que é bom, para depois ser credenciado (...) Deveria haver uma política do governo para garantir o custeio disso que não é fácil, mas é altamente resolutivo, principalmente no nosso caso que é alta complexidade”.

O diretor clínico não deixa de destacar, também, o impacto que a judicialização tem trazido ao hospital, conforme já havia sido observado em todos os casos estudados anteriormente. Sua oposição à contratualização e, em particular, à concepção de um hospital de ensino integrado à rede do SUS é de tal ordem que atribui os problemas demandados pela Justiça à contratualização, como se não fossem acontecer se não houvesse os compromissos assumidos com a política de reestruturação dos hospitais de ensino.

*“Nós temos ainda uma cobrança judicial terrível. Tanto a promotoria estadual de saúde, quanto a promotoria federal cobram de nós todo atendimento dos pacientes da cidade do município e das cidades próximas, o que vai muito além da nossa capacidade. É o único hospital SUS que tem. Nenhum hospital mais quer fazer convênio com o SUS. Não compensa financeiramente. Então esse é o único hospital 100% SUS. Nós somos cobrados dia e noite, você pode ir na minha mesa ali, tem agora pelo menos 20 a 30 petições judiciais, para atender paciente, operar paciente, e às vezes nós recebemos aqui ordens judiciais do tipo, “é pra operar fulano em 48 horas”. O juiz não quer nem saber se há condição. Ano passado, teve uma situação aqui terrível. O juiz mandou operar o paciente, sendo que a equipe de cirurgia cardiovascular contraindicou. Tentamos falar e ele disse que era para operar. Operamos e morreu. Então **hoje nós estamos sujeitos a tudo isso, por causa da contratualização”.***

A contratualização: um jogo de atores ausentes

De forma análoga ao observado nas *estações* estudadas anteriormente, percebe-se que o gestor municipal desconhece a lógica de financiamento da política de contratualização dos HEs, inclusive no que diz respeito a preceitos básicos nas mudanças no financiamento instituídas pela política de contratualização dos HEs. A SMS também não implementou instrumentos de avaliação de desempenho institucional para pagamento da parte variável do incentivo previsto. Aliás, confunde a parte variável, à semelhança do que se verificou em Porto Alegre, com a manutenção do pagamento dos procedimentos de alta complexidade por produção de serviços, ainda que limitado pelo teto financeiro. Questionado se a Secretaria Municipal de Saúde teria desenvolvido mecanismos de acompanhamento da parte variável do incentivo, o gestor municipal afirmou:

“A parte variável nós temos acompanhado de perto porque ela é por produção. A alta complexidade nós que autorizamos, a gente sabe o custo, os procedimentos todos. A média complexidade a gente tem acompanhado, mas essa não repercute financeiramente. Se o hospital produziu 600 eletros ou 900, recebe o mesmo tanto. Sob certo aspecto, eu noto o seguinte: o hospital está desestimulado a produzir a média complexidade”.

Contrariando o que foi relatado pelo Secretário Municipal de Saúde, o assessor da reitoria, que acompanhou todo o processo de contratualização como responsável pela área de controle e regulação do município até o final de 2008, refere que a prefeitura estabeleceu, sim, um sistema de monitoramento para a parte variável do contrato. Segundo ele, desde 2008, o índice estabelecido como elemento variável é da ordem de 15%, sendo que era de 10% no início do contrato. Questionado se em algum momento houve penalização em função do não-cumprimento de metas, que de alguma forma permitiria evidenciar o cumprimento do monitoramento da parte variável do valor contratualizado, o assessor da reitoria, que demonstra pleno conhecimento dos indicadores, da metas, da lógica e das diretrizes da política, aparenta pouca convicção:

“Que eu me lembre, esse ano não teve. No primeiro ano, acho que teve alguns embates, a gestão municipal trabalhou com um corte, mas isso depois foi refeito. Se teve algum nos anos anteriores, foi muito pouco”.

Confirma-se, assim, mesmo que a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) aparentemente tenha cumprido seu papel de forma mais adequada e as premissas previstas na política para a reforma dos HEs do que os gestores dos demais casos estudados, a percepção da fragilidade do gestor local – no caso, municipal – é incompatível com o tipo de gestor idealizado para a condução concreta da política. Na verdade, sob o argumento de que se trata de recursos federais, definidos pelo MEC e MS, aparentemente sentem-se desobrigados de fazer a gestão dos recursos financeiros referentes à política de contratualização, em particular dos valores implicados no incentivo à contratualização. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a), a justificativa pela qual a forma de alocação prevista foi a orçamentação mista era exatamente a de que as experiências internacionais com orçamentação fixa (a francesa, por exemplo) tinham resultado em importante desestímulo da produtividade. De acordo com o gestor municipal do município:

“A política é essa. Ele recebe três milhões produzindo ou não produzindo. O prefeito cobra isso direto. Mas isso é um acordo entre MS e o MEC, escapa ao

***nosso controle.** É um acordo de nível nacional para equacionar a política de recursos humanos, a integração do sistema de saúde e de financiamento dos hospitais universitários. O prefeito não concorda muito. A parte possível de produção é acompanhada de perto. Essa parte de incentivo fixo é a parte acadêmica. Não podemos mexer por critérios do MEC, junto com a SAS/MS, que extrapola a nossa competência de gestão.”*

O que se observa no caso do HE₄, assim como no HE₃, é uma significativa falta de interesse na prestação de serviços no âmbito da média complexidade. Se a expectativa era que houvesse mudança do perfil assistencial dos HEs para que de fato passassem a se concentrar na área de alta complexidade, isso não ocorreu em nenhum dos casos estudados. Na *estação* mineira estudada, a inexistência de outros equipamentos hospitalares na região torna essa perspectiva ainda mais distante, conforme será discutido adiante.

A percepção de que o gestor não implementa as regras definidas pela política pode ser confirmada pelo que relata o diretor clínico. O município não faz cortes quando o HE₄ não atinge as metas contratualizadas, por exemplo, quando o aparelho de tomografia computadorizada apresenta problemas técnicos, porque o gestor sabe que

“... se cortar, o pior vem pra eles. Eles têm que fazer atendimento da rede pública e só nós fazemos o atendimento. A gente tem que se virar para depois atender aquela demanda que não foi atendida.”

De acordo com o gestor, não foram desenvolvidos mecanismos de controle específicos adicionais aos utilizados para a gestão do sistema. Segundo ele, além do trabalho da comissão de acompanhamento do contrato, o número de supervisores municipais aumentou bastante dentro do hospital com a contratualização.

Aqui se tem dimensão de como o processo, assim como observado no HE₁ e no HE₂ é “fechado” e conduzido dentro dos esquemas tradicionais de poder e decisão.

O processo de certificação e a contratualização do HE₄, segundo o assessor da reitoria, foi conformado em 2004, com efetiva participação de representantes da SMS e da direção do hospital.

“No segundo semestre de 2004, nós começamos a sentar e não foi feito trabalho de uma mão, mas de duas mãos. Foi a gestão municipal e o hospital. O hospital na época tinha quatro membros. Em cima das portarias ministeriais foi estabelecido o convênio. As bases foram as portarias. Em dezembro de 2004, conseguimos fechar a negociação e coincidiu, na parte municipal, com a mudança da política. Foi o último mês da antiga administração. Em 2005 já era outra e tínhamos por obrigação terminar naquele ano para poder vigorar a partir de 2005”.

Questionado sobre a participação de outros atores, o assessor do reitor revela, aparentemente sem muita convicção, que pode ter havido também participação da direção do curso de medicina, da reitoria, da diretoria do hospital de ensino e da representação interna dos alunos. Constatamos, entretanto, pelos depoimentos colhidos, que toda a negociação foi centrada na secretaria de saúde e na alta direção do HE₄, ou seja, já **“nasceu” com baixa permeabilidade aos demais atores sociais**, o que permite compreender parte das resistências e conflitos que serão analisados posteriormente.

“Não sei como essa comissão trabalhou isso internamente, porque tinha assuntos relacionados a ensino e pesquisa dentro do contrato, mas eu acho que pode ter havido um contato desse pessoal da época com o corpo docente, corpo discente e a faculdade”.

A Comissão de Acompanhamento do Contrato é composta formalmente por quatro membros da gestão municipal, quatro do hospital, dois do Conselho Municipal de Saúde, direção da faculdade, representante dos alunos e do Ministério Público. A periodicidade das reuniões é trimestral, mas foi instituída, a partir desse ano, uma reunião mensal de trabalho entre os representantes do gestor e do HE₄. Segundo o assessor do reitor:

“Essa comissão trabalhava muito burocraticamente. Sentavam aqui internamente, prestavam o indicador trimestralmente, passavam para os setores de análise, enfim, faziam uma coisa muito burocrática. Estamos querendo fazer uma outra proposta. A comissão passou a ter reuniões mensais, os membros daqui com os membros de lá e a prestação de contas continua trimestral. Agora temos uma agenda estabelecida de atividades para essa comissão, foi criada uma secretaria executiva. Agora temos um espaço dentro da estrutura da secretaria de saúde com pessoas e estrutura designadas para isso (...) Queremos que essa comissão seja realmente uma comissão de acompanhamento? Para isso, precisamos colocar membros que tenham entendimento disso. Da parte do hospital, procuramos pessoas que entendam o processo. A nossa comissão, criada em maio de 2009, tem resolvido as coisas de uma forma pacífica, com soluções conjuntas, sem conflitos, criando uma responsabilidade maior para a comissão”.

A Comissão de Acompanhamento do Contrato do HE₄, ao contrário do que observamos nos casos estudados nas regiões metropolitanas de Campinas e em Porto Alegre, vem se reunindo com regularidade, mas sem a participação efetiva do conjunto de atores indicados na política de contratualização. Segundo o gestor municipal,

“Depois que eu assumi a secretaria é que eu fui tomar conhecimento que tem uma comissão de acompanhamento, que se reúne e avalia, da parte da secretaria e da parte do hospital”.

De acordo com o assessor do reitor, um episódio passou a ser decisivo na

“compreensão dos atores” sobre a importância da Comissão e ajuda a compreender o motivo pelo qual conta com a participação de um representante do Ministério Público:

*“Uma auditoria sobre o processo de contratualização foi realizada em 2007. Foi solicitada para o Denasus em 2005, logo no primeiro ano desse contrato, pelo gestor municipal da época, que fez denúncias para o Ministério Público Federal. Ele disse que o HE₄ não cumpria as metas. O procurador federal pediu uma auditoria para ver se estava cumprindo ou não o contrato. Foi feita em 2007. Pegou-se o convênio, os TAs e o relatório dessa auditoria apontou que **o hospital não estava cumprindo adequadamente o processo de contratualização**, no aspecto da assistência, e ainda **culpava o gestor por não estar fazendo o acompanhamento adequado, por estar sendo complacente com o processo**. Então, quando nós assumimos aqui, uma das primeiras reuniões que nós tivemos com o gestor, isso foi colocado. Mas a denúncia na época partiu de um gestor que saiu logo em seguida. A responsabilidade é muito grande em cima dessa comissão de acompanhamento”.*

Complacência é um conceito interessante para caracterizar a postura dos gestores em relação ao acompanhamento das metas. No que se refere à política de contratualização dos HEs, a complacência parece ser decorrente: a) da (não) capacitação do gestor e da fragilidade da estrutura pública responsável pela regulação; b) da “imprescindibilidade” do HE para a assistência locorregional, que inviabiliza qualquer atitude mais radical de corte de recursos; e, c) dos “acordos” entre cavalheiros feitos pelos atores.

Ou seja, por um conjunto de razões locais, estabelece-se uma pauta de indulgência entre os atores que desacredita os instrumentos de contratualização, fazendo com que eles percam sua potência de controle. Esse talvez possa ser considerado um indicativo do quanto a lógica contratualista do processo de empresariamento do Estado, fortemente ancorada em contratos de gestão entre o Estado e entes privados, pode não ter a potência esperada – estando eivados de um formalismo, de uma falsa transparência difícil de concretizar.

Segundo o diretor-geral, a Comissão de Acompanhamento do Contrato tem se reunido sistematicamente a cada três meses, com a participação do próprio diretor, do diretor da Faculdade de Medicina, do coordenador da residência e de gerentes indicados pela direção do hospital, além dos representantes da equipe técnica da SMS, sem outros atores previstos na política. Não conta, portanto, com representação dos usuários, estudantes, residentes, docentes ou funcionários. Questionado sobre a ausência de representantes de usuários, o diretor-geral argumenta:

“Eu já tenho participado do Conselho Municipal de Saúde e todas as entidades têm assento. Estamos tentando fazer um regimento interno do hospital, que até então

não foi aprovado pelo conselho universitário. Existe um regimento, mas ele tem falhas. Agora a comunidade foi convidada a participar, já houve duas audiências públicas, e está na fase de reformulação, em termos de reescrever, baseado na discussão das audiências. Ficou aberto na intranet um tempo, os grupos interessados fizeram sugestões. Isso vai pra avaliação da reitoria, para o conselho universitário, e a partir daí, desde que aprovado, ele vai ser implementado”.

Segundo os diretores do HE₄, o hospital tem, além da Comissão de Acompanhamento do Contrato, um conselho gestor. Segundo apuramos, entretanto, o conselho gestor não está funcionando. O motivo alegado é que se encontra sob consulta o regimento interno do hospital que definirá, entre outras coisas, o perfil, composição e atribuições dessa instância de gestão participativa. Para o diretor técnico, há um grupo que quer que o conselho gestor seja ampliado e outro que fique com a composição atual. Segundo ele, a tendência é que seja ampliado. Essa definição está condicionada à finalização da discussão do regimento interno, em curso. O fato é que o conselho gestor não está funcionando.

Na verdade, no HE₄ não faltam instâncias de controle formais. Além do conselho gestor e da Comissão de Acompanhamento do Contrato, segundo o diretor administrativo, o HE₄ conta:

“Com um conselho administrativo do hospital, uma instância obviamente acima da própria diretoria do hospital; a assembleia permanente da fundação, mantenedora do hospital responsável pela prestação de contas e temos também o próprio Conselho Municipal de Saúde, onde periodicamente a nossa gestão apresenta os indicadores. E também usamos para facilitar esse controle o próprio site, os próprios indicadores estatísticos, a gente tem aqui o próprio jornal do hospital que foi criado agora nessa gestão, também uma forma de dar mais transparência e facilitar o controle”.

Aqui, também, se abre uma discussão sobre o formalismo de certas instâncias de controle e sua real capacidade de intervir na política do hospital, principalmente se considerarmos a complexidade das relações de poder existentes no hospital (CECÍLIO, 2007a). No que se refere à questão da gestão financeira, a política de contratualização pressupunha uma maior transparência nos processos de gestão: *“Gestão administrativo-financeira que agregue transparência ao processo gerencial da instituição, inclusive com a abertura de planilhas financeiras e de custos para acompanhamento das partes, garantindo equilíbrio econômico e financeiro do convênio/contrato firmado e regularidade de pagamento integral e a termo da contraprestação”.* Isso não foi objetivamente observado em nenhum dos casos estudados.

O gestor municipal refere que:

*“Não tenho acompanhado nos detalhes porque as demandas da secretaria são grandes. Eu passei para a comissão e os pareceres são favoráveis. Mas há transparência completa nos recursos SUS. **Tem todos os instrumentos para isso.** O acompanhamento é técnico, nosso controle e avaliação têm todos os dados, todos os detalhes de faturamento e tal”.*

O sentido almejado no processo gerencial da instituição, no entanto, era outro. Ao analisar a transparência no processo gerencial da instituição, o diretor técnico avalia que as informações continuam concentradas no âmbito da Comissão de Acompanhamento:

“A gente não abriu isso para toda a comunidade. Primeiro porque também não temos todos os dados. Queremos colocar isso na intranet. Nós estamos criando um setor que vai fazer avaliação dos custos que não existia até agora, para podermos saber o que dá lucro, o que dá prejuízo, qual é o setor que dá lucro, qual é o setor que dá prejuízo, para a gente poder democratizar essa informação, mas ainda está em processo de construção, talvez lá para junho isso esteja concluído”.

O diretor-geral relata que o HE₄ vem também desenvolvendo um processo de “aprimoramento dos mecanismos de transparência da gestão”, tais como a revisão do regimento, a criação de um conselho de integração da universidade com a sociedade, que contará com a participação de usuários, Ministério Público, CRM, entre outros atores. Entretanto, quando questionado como via a questão da transparência da gestão, respondeu que:

*“Agora como diretor, e anteriormente como docente, não notei diferença. Existem sempre colegas e pessoas que cobram essa transparência. Mesmo em conversa com os diretores anteriores na fase de transição, foi-nos colocado que **muitas vezes decisões têm de ser tomadas não solidárias, mas solitariamente.** Infelizmente”.*

Para além da idealidade, há essa realidade da concentração do poder e da informação, da decisão por vias que não são apoiadas apenas em dados “objetivos”, mas sempre acobertados pelo mito da transparência plena. O discurso do MS que se expressa na política de contratualização é muito contaminado por esse “mito”.

A diretora de enfermagem nos dá pistas expressivas para compreender, tanto parte das resistências aos atuais dirigentes, negadas ou minimizadas por todos os dirigentes do hospital entrevistados e que serão discutidas mais à frente, como para entender porque o conselho gestor foi “desativado” à espera da reforma do regimento interno do hospital.

Para tanto, é preciso esclarecer que o hospital é um órgão suplementar ligado diretamente ao reitor. Diferente da prática do reitor anterior, que havia ficado à frente

da instituição por oito anos (2000 a 2008), os atuais dirigentes do hospital não foram escolhidos por eleição direta. As discussões que envolvem a revisão do regimento interno, o não-funcionamento do conselho gestor e a participação restrita dos dirigentes do hospital e da secretaria de saúde na Comissão de Acompanhamento do Contrato passam a ser compreendidas por outra lógica se considerarmos a dinâmica política da constituição do atual quadro de direção do HE₄. De acordo com a diretora de enfermagem:

“Essa direção atual foi o reitor que indicou. Não teve eleição, teve processo de indicação da parte dele. O que ocorreu foi que o nosso regimento estava muito arcaico, da década de 80. Ele solicitou que fosse feito um regimento e a partir daí vai se discutir processo de seleção e tudo mais. O regimento terminou, teve audiência pública dia 29 de setembro e foi apresentado agora ao reitor nessas primeiras semanas de outubro e entregamos pra ele a proposta do regimento do hospital de ensino. Aí a gente aguarda a posição dele, da questão de eleição, como ele vai encaminhar pra gente. Mas todos os diretores foram indicação dele. Antes dele, na outra gestão, o reitor ficou oito anos. Ele foi reeleito, ele fez gestão de 2000 a 2004, foi reeleito de 2004 a 2008. E houve eleição. Houve eleição para os diretores. No primeiro mandato de 2000 a 2004 houve eleição dentro do HE₄ para diretor do hospital, diretor de enfermagem e diretor administrativo. No segundo mandato, de 2004 a 2008, ele reconduziu o diretor, renomeou o diretor do hospital e houve processo de eleição do diretor administrativo e diretor de enfermagem. O diretor clínico é pelo CRM”.

Percebe-se, assim, que os arranjos de participação, democratização e controle idealizados pela política de contratualização dos HEs – e em outras apostas que um determinado campo de formuladores comprometidos com o SUS, como, por exemplo, Cecílio (1994), entre outros autores –, não conseguem induzir uma nova lógica de funcionamento mais visível e transparente do hospital, ainda que baseados em uma determinada visão política, fortemente fundamentada na “constituição de sujeitos coletivos”, na horizontalização e democratização das relações entre trabalhadores, usuários e gestores.

Alguns dirigentes não conseguem perceber sequer a existência e o trabalho da Comissão de Acompanhamento do Contrato. Para o diretor técnico,

“quando foi feita a contratualização, não foi criada uma comissão de avaliação do contrato. Agora nessa gestão tem uma comissão interna que, junto com município, acompanha e discute com os serviços. Eles são chamados para avaliar e opinar essas metas. Como o contrato termina esse ano, o próximo contrato vai ser feito com uma participação da faculdade de medicina e dos serviços todos envolvidos – alguns não são acadêmicos”.

A integração do hospital ao sistema de saúde: um jogo difícil

De acordo com o assessor da reitoria, a política de contratualização dos hospitais foi um avanço muito grande por ter estabelecido um instrumento jurídico, pactuado, baseado em portarias, que reafirmou o compromisso bilateral entre o gestor do SUS e o hospital de ensino.

*“Estabeleceu obrigações, deveres, e isso passa a ter outra conotação dentro do sistema de saúde na relação entre o contratado e o contratante, porque existe um acompanhamento da sociedade envolvida. Usuários, gestores, representantes de dentro do hospital, setoriais, a faculdade de medicina também passam a ter uma maior participação. **Não estou falando que tudo isso está 100%, porque não está.** É um trabalho longo. Mas pelo menos foi estabelecida uma base jurídica dentro dessa contratualização que **reforça esse mecanismo de inserção dos hospitais de ensino dentro do SUS, enquanto uma política de Estado** e dá uma conotação com a base mais concreta de todo processo, tentando fazer com que haja a parte assistencial, não esquecendo o ensino que é uma obrigação dos hospitais universitários. E aí, **no meu ponto de vista, não sei se foi encontrado o balanço adequado. Acho que tem ainda muita coisa para caminhar**”.*

De acordo com o diretor administrativo, a qualidade dos serviços prestados pelo hospital, de uma forma genérica, melhorou. Atribui essa mudança a questões simples como, por exemplo, o planejamento dos agendamentos. Reflete, entretanto, que algumas metas, formuladas há cinco anos, foram superdimensionadas, o que põe em risco a qualidade. Segundo ele, *“encontrar a medida certa para uma meta é fundamental e eu vejo que foi positivo, melhorou muito”*.

Essa visão idealizada, no entanto, não é compartilhada pelos demais membros da alta direção do HE₄ entrevistados e nem pelo gestor do SUS.

O HE₄, diferentemente do que foi observado nos casos anteriormente estudados, tem papel central e exclusivo na oferta de serviços de saúde ao SUS em âmbito regional, à medida que se trata, em primeiro lugar, do único hospital de referência para a região na área de alta complexidade. É, ainda, o único hospital público da cidade e da região que conta com um serviço de urgência qualificado que oferta serviços ao SUS, atendendo a uma população de referência de cerca de três milhões de habitantes e mais de 80 municípios que se situam em sua área de abrangência. De acordo com o gestor municipal,

“É o único hospital público da cidade, da região. O único pronto-socorro. É o único lugar onde se faz alta complexidade. Não temos instituições filantrópicas na cidade, não temos hospital estadual e municipal. O hospital sofre uma pressão de demanda e a gente não tem como mudar. É uma realidade muito diferente dos outros

*hospitais de ensino de outras universidades federais. Você às vezes quer determinar outros padrões de qualidade, de metas, e aqui você vive uma política de fatos consumados. **A porta do PS é aberta e o hospital é atropelado no seu planejamento pelas demandas, porque pela porta larga da urgência/emergência você não tem como regular. Nem eu como gestor e nem o diretor do hospital***”.

Na visão do Secretário Municipal de Saúde, o HE₄ tem seu perfil assistencial absolutamente moldado pelas características advindas da sua participação no sistema regional de urgência e emergência, a tal ponto que chega a defini-lo como um “hospital de urgência”. Tal pressão, resultante da demanda que ocorre ao serviço de urgência, chega a ser apontada como fator impeditivo do pleno cumprimento das metas acordadas no contrato:

*“A visão que eu tenho é de que o hospital, a rigor, é um grande pronto-socorro. E aí você quer fazer cirurgias eletivas, melhoria da qualidade, etc., mas não tem espaço físico. **Você tem um hospital universitário muito comprometido com a assistência e com a pressão de demanda.** Por mais que queira fazer tudo de forma programada, porque há uma enorme fila nas cirurgias eletivas, não tem como programar no centro cirúrgico porque, de repente, a urgência chega e temos que cancelar as cirurgias programadas que não têm risco de vida. A UTI é a mesma coisa, tem apenas 15 leitos de UTI adulto. É difícil avaliar o caso de maior gravidade, então fica mesmo complicado. Até onde eu percebo, **mesmo que o contrato recomende determinadas políticas, mesmo que a direção do hospital e o gestor tenham muito boa vontade, todos nós somos pela pressão da demanda**”.*

Para o gestor municipal, a expectativa é que essa situação possa ser amenizada com a inauguração do novo hospital municipal, com 150 leitos, prevista para o primeiro semestre de 2010. De acordo com o secretário de saúde, se for instituída uma lógica de rede, a situação poderá melhorar para o HE₄:

“A ideia é ver se a gente desafoga aos poucos. Pelo menos tem um segundo hospital. Na parceria e planejamento entre os dois hospitais, a alta complexidade ficará no HE₄ e nós vamos aliviar pelo menos a média complexidade no hospital municipal. Não vai resolver porque a carência de leitos do município é da ordem de 750 leitos SUS”.

A visão geral do diretor clínico sobre a política de contratualização nos hospitais de ensino deve ser destacada:

*“Cada HE tem a sua peculiaridade. Por exemplo, você pega o Hospital de Clínicas de Porto Alegre, é um hospital que funciona maravilhosamente bem, que tem contratualização, mas é uma situação diferente. Existem outros hospitais atendendo o SUS, não sobrecarrega o hospital, **o hospital interna quem ele quer, faz o que é interessante pra ele, faz os seus planos, faz as suas coisas. Aqui somos o único e por sermos o único estamos sendo massacrados. Esse é o nosso problema.** Você vai a Belo Horizonte, ao hospital da UFMG, menor que esse aqui. Lá tem 300 leitos, mas tem dezenas de hospitais públicos em Belo Horizonte. Jamais vai sobrecarregar e vai num ritmo bom. Aqui nós estamos trabalhando no limite”.*

Sobre a repercussão dessa realidade sobre o ensino, a educação permanente, a

pesquisa e a incorporação tecnológica, reconhecida pelo gestor como outras finalidades “esquecidas” do HE₄, refere:

*“Isso prejudica até o ensino. Você tem um farto material didático de urgência, mas isso não é tudo, porque eu queria ensinar outras coisas. Mas não tem como. A gente está numa realidade gravitando em torno do serviço de urgência. A urgência invade o hospital, o trauma invade o hospital, na UTI... Isso é a realidade do hospital. **Você tem uma política pública, quer fazer determinadas coisas e às vezes escapa à vontade do dirigente** porque na realidade do município esse hospital gravita em função das demandas da cidade e da região”.*

O gestor tem a convicção que o HE₄ tem uma situação muito característica, que não se reproduz comumente em outros HEs:

“Acho que o HE₄ já está fazendo muito mais do que seria normal. Você vai ao hospital da UFMG e não existe pressão de demanda nenhuma. Tem um grande PS ao lado e a Santa Casa do outro e por isso o hospital acadêmico é todo programadinho, porque não tem PS. No hospital acadêmico tudo flui com normalidade e aí vão fazer ensino, pesquisa e pós-graduação. É muito diferente”.

Essa visão é corroborada pelo diretor técnico, para quem o HE₄ tem uma característica *sui generis* se comparado com outros hospitais federais, à medida que é o único hospital terciário da região, sendo, assim, fortemente marcado pelo viés assistencial. Segundo ele:

*“Antes mesmo da contratualização, embora estivesse ligado à Faculdade de Medicina, já era um hospital de forte caráter assistencial, porque somos responsáveis pelo atendimento desses 50 e poucos municípios. Se fechar esse hospital, não tem atendimento SUS nessa região toda. PS de porta aberta, todo atendimento de alta complexidade feito dessa região, de quase três milhões de habitantes, é feito aqui. **Na parte de assistência não modificou muito, nós continuamos fazendo o que a gente já fazia**, que é assistência forte. Esse hospital tem assistência muito forte. É diferente dos outros hospitais do Estado, como a UFMG, o de Porto Alegre, o Hospital São Paulo. Se eles fecharem não tem impacto na saúde da região porque tem para onde distribuir. Já a gente não tem”.*

Segundo o assessor do reitor, um dos avanços verificáveis com a contratualização é que o hospital de ensino, do ponto de vista assistencial, se inseriu mais efetivamente no SUS. Ressalta, entretanto, que o dimensionamento das metas do contrato centradas na assistência não permite um dimensionamento mais equitativo entre os quatro eixos.

A diretora de enfermagem apresenta uma visão um pouco diferente dos demais dirigentes entrevistados. Para ela, o processo de contratualização, de uma maneira geral, tem aspectos positivos e negativos, mas termina apresentando diagnóstico semelhante aos demais dirigentes entrevistados:

“Eu acho que o usuário teve um ganho, porque aumentou o número de

*atendimentos e exames. Por outro lado, percebemos que a demanda aumentou muito e que em algumas áreas nós não estamos conseguindo atender com certa facilidade as internações do SUS. Hoje nós estamos praticamente sem vaga. Tem dia que não tem uma vaga no hospital. Foi implantada uma central de leitos interna que busca onde tem leito vago no hospital para colocar esse paciente. **Antes o médico tinha muito essa visão de que o leito era dele e só internavam paciente dele.** E com isso mudou, foi um pouco difícil, ainda está sendo, mas **eles estão começando a entrar no ritmo. O leito é do SUS e não da especialidade.** A demanda tem que ser estudada, mas nós não conseguimos elaborar um planejamento”.*

Na análise do discurso da diretora de enfermagem, já é possível antecipar parte das resistências observadas quanto à contratualização e o desejo de instituir processos racionalizadores na vida do hospital que ampliem a capacidade de controle e previsibilidade da coordenação do hospital. Mas o hospital de ensino teima em escapar à lógica desejada pelos seus gestores, em particular o de ser reorganizado a partir de uma “lógica SUS”, com critérios de equidade no atendimento a partir do estabelecimento de fluxos mais racionais interserviços de saúde, sempre se utilizando de critérios racionais, claros e pactuados. O HE₄, tensionado por uma demanda que escapa aos mecanismos regulatórios, impõe relações diferentes das estabelecidas no que tange ao poder do docente/médico, mexe com a instituição médica, desorganiza os controles e espaços de poder instituídos até então, como se verá adiante. Afinal, o discurso de que a oferta foi tomada de assalto pelo SUS e capturou toda a possibilidade de ensino na organização hospitalar sequer é verdadeira, à medida que uma parcela significativa dos leitos ainda é ocupada a partir de diferentes lógicas que interessam à corporação médica, movida por interesses privados, acadêmicos ou pela disputa de poder e projetos que se estabelecem na micropolítica.

Embora a contratualização tenha melhorado em alguma medida a situação financeira do HE₄ – ainda que não tenha alcançado o mesmo impacto observado no caso do HE₁ – e, na opinião do diretor clínico, alguns avanços terem sido observados, à contratualização são atribuídas, de alguma forma, todas as “desgraças” do hospital:

*“Uma coisa que a gente repara muito é a insatisfação de muitos profissionais, porque o profissional vem aqui, particularmente o docente, vem para ensinar, e aí se depara com uma assistência que não devia ter. Ele é um professor, com a especialidade dele, ele vem, ele quer discutir os casos com os internos e residentes, mas na verdade chega aqui e têm 30 a 40 casos em cima dele e ele não quer isso. Acho que houve um impacto muito grande nesse sentido. **O profissional não entende e não quer saber de contratualização, de nada. Ele não quer saber se um doente que ele quer internar, que é importante para o ensino, se tem que passar pela regulação.** Acho que o impacto foi grande nesse sentido, porque muitas vezes eu sinto que **o docente não está mais satisfeito com o impacto da assistência aqui dentro (...)** O que nós temos observado desde que estamos aqui é que a assistência*

‘estrangulou’ as outras partes. O objetivo do hospital em termos assistenciais ‘estrangulou’ o ensino”.

Para o diretor clínico, o HE₄ é o único hospital público que existe na cidade e tem a responsabilidade de resolver os problemas de saúde também de toda a região, o que extrapola a capacidade do hospital. Em sua opinião, a contratualização é responsável pela decadência do ensino e da pesquisa, o que é fortemente percebido pelos médicos e docentes vinculados à instituição.

*“Essa contratualização jogou praticamente o ensino para baixo. Porque isso aqui se transformou num hospital assistencial, voltado mais para a assistência e ninguém está mais preocupado com o ensino. Esse é o objetivo da nova diretoria que entrou aqui, aliás não tem nem um ano, de tentar fazer renascer o ensino aqui dentro, porque diminuiu muito. O médico vem aqui, ele tem tanto serviço para fazer, tantos pacientes para atender, que ele não tem tempo pra ensinar aluno. Eu pessoalmente sou totalmente contra isso. Pra mim esse hospital tinha que ter 250 leitos ou 300 leitos para o ensino, porque eu sou professor há 28 anos. Acho que **o ensino decaiu muito depois da contratualização. Na época que foi feita a contratualização, a situação não estava como está agora.** A cidade era menor, se mandava menos gente de cidades próximas, que também eram menores, só que agora nós crescemos muito pouco e a população cresceu muito e isso gerou um desequilíbrio muito grande”.*

Em relação à assistência, a diretora de enfermagem avalia que o impacto dessa política de certificação e contratualização na assistência é muito marcada pelo perfil do HE₄, um hospital regional, que recebe os casos mais graves da região, que possui a equipe mais bem preparada, mas que não foi capaz de enfrentar a mudança do modelo de cuidado. Segundo ela:

“A gente percebe que a qualidade do serviço foi um pouco prejudicada, principalmente nos últimos meses, pelo fato da gente não ter conseguido repor o quadro de funcionários. Isso gerou um acúmulo de serviço e a qualidade sofreu uma queda. Mas eu vejo também que algumas medidas têm que ser tomadas por conta da questão da assistência. O nosso modelo de assistência aqui no hospital é um modelo fragmentado. A assistência de enfermagem é feita assim: um cuida da medicação, um do soro, um da imobilização... ela é fragmentada. Nós temos propostas de fazer algumas mudanças. mas precisamos ter um quadro de pessoal correto e capacitado. Por outro lado, já está implantado no hospital o que a gente chama de sistematização da assistência de enfermagem, que seria a avaliação pela enfermagem do cliente, a identificação de sinais e sintomas, o diagnóstico de enfermagem, a prescrição de enfermagem, já implantada em 70% dos setores. Ele também auxilia na assistência do paciente. Porque é uma forma documentada, é uma assistência planejada, então isso também muda a característica da assistência para o usuário”.

É a única entrevistada que consegue formular, ao longo de toda a investigação levada a cabo nesta *estação*, alguma preocupação para além do excesso de demanda e da desproporcional ocupação do HE₄ com a média complexidade, embora apenas

tangencie o tema do cuidado e, ainda assim, a partir dos modelos tradicionais e racionalizados do cuidado de enfermagem. Não há como deixar de destacar que o tema da “gestão do cuidado” ou os processos mais micropolíticos da organização dos trabalhos das equipes, não aparece com destaque, e de modo espontâneo, entre as preocupações dos membros da diretoria do HE₄ que foram entrevistados.

Vale a pena registrar a posição do diretor técnico do HE₄, ainda que sua opinião não seja a mesma dos demais entrevistados, para quem a política de contratualização determinou uma mudança no perfil de atendimento do hospital:

*“Não modificou. Ela organizou. **A mudança da contratualização foi o surgimento das regulações. E isso melhorou o atendimento.** A gente deixou de ter demanda espontânea e passou a ter uma coisa regulada, começamos a conhecer o sistema de regulação. E **aí passamos a nos preocupar com meta, com coisas que a gente não sabia. De repente, eu fiquei sabendo que eu tinha uma meta de atendimento que tinha sido pactuada por mim, e aí nós começamos a fazer isso**”.*

Note-se que a ênfase em sua fala, na verdade, é muito mais a de chamar a atenção e estabelecer uma crítica ao fato de que as metas foram construídas sem a participação dos atores que atuam nas diferentes áreas do que propriamente caracterizar a organização do hospital decorrente da regulação. Uma posição que ainda reflete mais sua posição de docente/médico do que a de gestor, função que só recentemente passou a ocupar.

De qualquer forma, temos no estudo do HE₄ uma nova ênfase: a política de contratualização e o modelo assistencial do hospital, em particular como opera a urgência/emergência.

O HE₄ mantém em seu ambulatório central o serviço de atenção básica destinado à população do distrito de saúde no qual o hospital está localizado, um serviço tocado pelos professores e profissionais da área de medicina preventiva. Essa tratativa compõe o Contrato de Metas do HE₄, ou seja, reflete uma pactuação estabelecida em comum acordo pela secretaria de saúde e pelo hospital de ensino na época da contratualização.

De acordo com o assessor da reitoria, no que diz respeito aos compromissos assumidos pelo HE₄ em relação à atenção básica,

“o hospital se responsabilizou nessa contratualização por uma área de abrangência na atenção básica e aí foi estabelecido um per capita a partir de uma série histórica. Foi avaliado um valor que foi colocado no contrato para ser feita essa atenção básica dentro da área de responsabilidade para essa população adscrita”.

Antes da política de contratualização, segundo o diretor técnico, os usuários vinham de qualquer lugar da cidade procurar os serviços do HE₄:

“Hoje não, mas também o município se organizou para isso. A cidade hoje é dividida em distritos sanitários e cada distrito tem um “hospital” que aqui se chama UAI, Unidade de Atendimento Integrado, que tem um corpo médico de plantão que faz pronto-atendimento, com dez a 12 leitos de observação. Os mais graves são transferidos para cá e o atendimento de algumas especialidades como ginecologia, pediatria, urologia, cardiologia, fica nesses mini-hospitais”.

Cabe aqui destacar que, assim como já havia sido observado no estudo do HE₁, a criação de unidades de urgência pré-hospitalar fixas (unidades de pronto-atendimento – UPAs) parece ter resultado em impacto positivo na demanda do hospital, coisa não pensada explicitamente na política de contratualização.

O diretor-geral confirma que no hospital é realizado o cuidado à atenção básica para uma pequena área da cidade em torno do hospital-escola. No restante, 90% recebem atendimento primário nas UBS e no PSF do município.

Para o Secretário Municipal de Saúde, o redirecionamento da atenção básica para a rede não se deu ainda em função da disputa que se estabelece entre distintos grupos na universidade e que expressam diferentes concepções sobre o modelo assistencial para a rede básica. Não há, aqui, como deixar de antecipar alguns pontos que serão discutidos posteriormente. A passividade do gestor, em termos, pode ser explicada pela posição de “mediador de conflitos” que assume e em virtude de sua dupla militância, à medida que é fortemente implicado com a universidade e seu hospital de ensino. Parece-nos, todavia, uma posição extremamente cômoda a da SMS, ao deixar a decisão de reorientar ou não as ações de atenção básica para o próprio HE₄ e à mercê das disputas internas da Faculdade de Medicina. Essa decisão, que está a seu alcance (destaque-se que refere claramente que a SMS não tem maiores impedimentos para assumir o território que se encontra sob responsabilidade do HE₄), é de sua competência e responsabilidade, ainda que destaque sua insatisfação com a qualidade dos serviços prestados:

*“O grupo de medicina preventiva, dentro do próprio hospital, faz toda atenção primária no ambulatório central para a população de uma área de abrangência definida no planejamento do município. O grupo que quer que fique assim é minoritário. Tem o grupo majoritário que acha que o hospital não deveria fazer atenção básica, que deveria ficar mais no nível secundário e terciário. **Tenho me posicionado, quando chegam até mim, que é uma decisão do hospital.** Se ele quiser fazer atenção primária nessa microrregião, tudo bem, está definido que faz. Só que não está fazendo direitinho, do jeito que a gente queria, comparado com o*

*que nós fazemos em outras regiões do município, pelos nossos parâmetros e indicadores. Por outro lado, se ele não quer fazer, ele abre mão, fala que não vai fazer, que **nós temos todas as condições no município de assumir essa área e fazer a atenção primária**: visita domiciliar, vacinação, fazer o que precisa ser feito de atenção primária, pré-natal, etc.”.*

Essa visão, comum ao gestor e à maioria dos dirigentes do hospital entrevistados, não é professada pelo diretor clínico. Na qualidade de “representante dos médicos” e como docente, explicita sua visão de oposição ao processo de contratualização, fundamentada em conceitos equivocados sobre a participação do HE₄ na assistência. Expressa uma concepção de hospital de ensino em contradição com os princípios da política de contratualização dos HE e a de mudança curricular que vem sendo discutida nacionalmente. Considera que o HE₄ não realiza mais ações de atenção básica e que elas foram redirecionadas para a rede municipal. Assim, para ele, deixou de existir no HE₄ o espaço para ensinar alunos e residentes a cuidar “das coisas básicas”. Em nenhum momento cogita a possibilidade de utilizar novos cenários de ensino, fora do ambiente do hospital universitário. A oposição é tão contundente que transforma o HE₄ em um hospital voltado para a alta complexidade, quando os demais atores são categóricos em afirmar que o hospital está totalmente voltado para as urgências e à média complexidade. Segundo ele:

*“Houve sim o redirecionamento das ações de atenção básica para a rede municipal. A atenção básica está lá na rede pública, o que é muito ruim para nós, porque o nosso aluno tem que aprender o básico também. O que fica vendo aqui são só doenças complexas. Ele não vê um ‘arroz-com-feijão’: o aluno e o residente só veem aquilo que é complicado. Depois, ele se atrapalha porque não viu a coisa simples aqui. Nós estamos vendo a necessidade até do residente fazer estágio em unidade básica, só pra ele aprender o básico, que ele não aprende aqui. Só fica vendo doença rara aqui, porque o que vem pra cá é só aquilo que a rede pública não conseguiu resolver, é complexo, precisa fazer cirurgia, transplante, doenças raras, sem diagnóstico, e isso ele aprende, aprende muito bem. Quando ele sai, sente dificuldades. Nós temos residentes que saem daqui e não tem acesso à coisa básica (...) **Depois da contratualização, tudo acabou, porque nós tivemos que dar espaço para a alta complexidade**”.*

Segundo ele, a responsabilidade por esse “atraso” é da contratualização. Aqui, é possível perceber uma visão ou projeto claramente em disputa com o projeto do Governo Federal, advindo, nada mais nada menos, de um “representante da voz dos médicos”. Note que ele também não compreende com clareza o que é a residência multiprofissional. Em todo o caso, expressa a opinião de um importante segmento da organização hospitalar que não pode ser desconsiderado:

“Agora vai abrir a residência multiprofissional e acho que vai melhorar. O residente vai passar por todas as áreas para ele aprender um pouco de cada coisa, ele vai passar na rede básica, ele vai ser um médico mais geral, principalmente para atender PS e essas coisas”.

Segundo o diretor administrativo, a manutenção da atenção básica no HE₄ reflete a tensão existente entre a assistência e o ensino nos 39 anos de existência do hospital, criado para ser um cenário de ensino, e nos 40 anos da faculdade de medicina (o curso de enfermagem é mais novo e o de nutrição foi criado em 2009), difícil de ser administrada apenas no âmbito da própria instituição:

“Qual a percepção de algumas pessoas? A assistência tem perigosamente engolido a parte acadêmica, a formação. Nós não somos um hospital exclusivamente para a assistência. Nós pertencemos à academia, que é fundamental para garantir exatamente à população a formação de novos profissionais. Você vê, agora com a implementação da própria residência multiprofissional, significa a entrada de mais pessoas dentro do hospital e que tem acompanhamento técnico. Será que nós não vamos cometer o mesmo erro de encaminhar todos os nossos profissionais em formação para a assistência somente? É uma avaliação que precisa ser feita em hospitais do tipo do nosso, porque é uma tensão interna que existe. Na verdade, é mais uma questão para ser administrada internamente, mas que eu acho importante que outros órgãos também, como Ministério da Saúde, da Educação, participem mais ativamente disso. Obviamente que já devem ter conhecimento disso, mas precisa tensionar um pouco mais essa discussão”.

O gestor municipal, com o senso crítico apurado pela militância institucional de anos como reitor, diretor, professor e médico do HE₄, introduz interessantes elementos no campo da micropolítica que permitem compreender melhor os limites, resistências e dificuldades quando a política de contratualização passa a ser disputa em ato pelos atores concretos que constroem e dão sentido ao cotidiano da organização hospitalar.

Sobre a disputa em torno da manutenção ou não das ações de atenção básica no interior do Ambulatório Central do HE₄, o gestor municipal nos brinda com as seguintes reflexões:

*“Acontece que o hospital tem dificuldades para decidir. Uma hora é uma coisa, outra hora é outra. **O processo decisório num hospital universitário é muito complexo. Eu digo isso porque eu conheço bem todos os “caciques e as tribos” e não é muito fácil decidir.** O fato é que há uma ambivalência: o contrato fala para fazer, mas na prática há muitas falhas na execução da atenção primária na área de abrangência. Alguns acham que é vocação do hospital. Com esse problema todo, ele está muito inserido na urgência e emergência e não está sobrando condições para querer fazer isso para uma determinada área de abrangência. Tem uma área cinza que nem nós estamos fazendo, nem o hospital está fazendo, está meio indefinido. Isso em nível de atenção primária”.*

Ressalte-se que embora haja o reconhecimento da inadequação da manutenção

das ações de atenção primária no seio do HE₄, a política de contratualização dos HES aponta claramente para o redirecionamento dessas atividades para a rede municipal. A decisão se deverá ou não haver mudanças está nas mãos do gestor municipal. Não enfrentar as disputas internas e deixar que a instituição resolva a situação a partir de sua correlação de forças internas acaba sendo uma forma de (não) tomar decisão e que expressa a maneira como esse gestor, especificamente por ser médico e ligado ao hospital, opera no âmbito da micropolítica, participando do jogo interno da organização hospitalar.

Além das ações de atenção básica para sua região, o HE₄ também se constitui em referência regulada para as UPAs existentes em vários distritos da cidade. Os atores entrevistados afirmam que o PS se manteve, ainda, como porta de entrada sem controle da regulação para a demanda oriunda do município e da região.

Para o gerente do PS, refletindo sobre as demandas básicas que chegam diariamente, se o hospital não tivesse porta aberta e se o acesso fosse restrito à demanda referenciada, a situação seria muito diferente. Entretanto, alega que, por se tratar do único hospital do SUS, tanto a direção como a promotoria não permitem fechar as portas para atender demanda referenciada de alta e média complexidade, motivo pelo qual se mantém essa demanda excessiva de atenção básica. Em sua opinião, a abertura do hospital municipal e a implantação, em curso, da classificação de risco, não serão capazes de reverter esse quadro.

Nitidamente é possível perceber que os atores entrevistados destacam **a regulação como o fator mais positivo do processo de contratualização no HE₄**. Contudo, o assessor do reitor relembra que desde 1997 o município criou a Central de Marcação de Consulta de Exames, colocando sob controle do município uma programação instituída a partir da série histórica. Os procedimentos ambulatoriais especializados eletivos passaram a ter o fluxo de encaminhamento via central de marcação de consulta de exames do município, sendo que as internações e procedimentos de alta complexidade já seguiam o mesmo fluxo desde o ano anterior.

“Esse processo de regulação já existia, ou seja, o próprio SUS trouxe ferramentas que fez com que isso avançasse. Na ambulatorial, quem trouxe essas vertentes foram as APACs, que é um documento que já é um processo extremamente regulatório. Você tem um laudo, permissão da APAC, processo de autorização que é feito pela gestão municipal, então isso passou a ter uma regulação, dentro de uma programação físico-financeira também. Então, quer dizer que o hospital tem a sua

programação, ele já vinha atendendo uma programação físico-financeira preestabelecida. A contratualização apenas reforça isso mais. Os processos de internação, os procedimentos de internação do hospital, desde que o município se habilitou em semiplena em 96, todas as internações tinham a obrigatoriedade de ter um processo de autorização da secretaria”.

De forma muito clara, o PS oferece duas maneiras de acesso ao hospital: a demanda espontânea e a que vem via regulação municipal. Na opinião do gerente do PS, foi possível observar, a partir de 2004, uma evolução no processo de regulação.

“Nos últimos quatro anos, a regulação está bem mais ativa, funcionando mais e ajudando. Eu lembro que, há dez anos, quando eu era residente aqui, não existia a regulação. Até 2001, era tudo aberto, descontrolado e complicado. Depois ela foi implantada, mas não funcionava tão bem. Nesses últimos quatro anos, ela está bem mais eficiente, bem mais ativa”.

No que se refere à regulação, prevista como uma das diretrizes centrais na política de contratualização, pudemos observar que a SMS procurou estruturar, à semelhança do que se observou em São Paulo e no Rio Grande do Sul, sua Central de Regulação e Vagas, ampliando sua capacidade de regulação. O município é o único da região que faz regulação, à medida que os demais são regulados pelo gestor estadual.

Trata-se, no entanto, de um tema que gerou enormes conflitos entre a SMS e a direção anterior do hospital, até a posse do atual secretário. Conforme pudemos observar na *estação* anterior, quando foi estudado o caso do HE₃, em Porto Alegre, os dirigentes municipais que construíram a certificação e idealizaram o primeiro contrato de metas foram substituídos a partir da posse dos novos prefeitos em janeiro de 2005. A disputa política que se estabeleceu entre o secretário empossado em 2005 e o diretor do HE₄ foi destacada por vários entrevistados como decisiva para compreender diversas dificuldades e limites do processo de contratualização. O Secretário Municipal de Saúde afirma:

“A gente regula em parte. Até onde eu saiba houve um impasse muito grande a partir de 2005 quando entrou um novo gestor, um novo mandato no município. Houve um impasse grande entre o gestor e o hospital. Quando eu entrei, após dois anos de administração municipal, havia uma guerra entre as duas autoridades. O gestor clamando por internações que o hospital não conseguia atender. Eu entrei como uma pessoa para superar esse impasse. O diretor do hospital me recebeu bem, fui para a prefeitura e aí distensionou o relacionamento porque eu não vou pedir para ele fazer coisas que eu sei que não dá conta. Eu vou criar outras soluções para o município”.

A partir de 2007, já com o atual secretário à frente do órgão de gestão municipal de saúde, reconhecendo os “limites” do HE₄, passou a contratar serviços privados para

complementar a oferta de serviços que antes era exigida do HE₄. Segundo o gestor municipal:

“Leito de UTI, por exemplo, não adianta pressionar que não tem no HE₄. Passei a comprar na rede privada 30 leitos. Está onerando a prefeitura, mas não tem jeito. Eu conheço a UTI do HE₄. A gente ao longo do tempo foi encontrando caminhos e o relacionamento melhorou. Agora melhorou exatamente por isso, porque eu conheço bem as limitações, as instalações físicas, os equipamentos, recursos humanos, setor por setor e a dificuldade que eu esclareci aos técnicos da secretaria que acompanham é o problema da urgência. Você chega e o hospital está lotado. Você quer que ele faça uma programação e regular, mas quem vai regular a porta aberta da urgência 24 horas? Não estou vendo jeito de regular, porque as ambulâncias dos municípios da região chegam e despejam o paciente na porta do PS, sem regulação. Há vários gestores municipais que eu tenho acionado o Ministério Público daqui para que fale com o de lá porque mandam sem aviso, sem nada. Por mais que você reúna com eles na CIB e peça, ele sabe que se fizer esses caminhos vai encontrar o hospital lotado. O que ele faz? Chega lá na porta do PS e despeja o doente, porque não vamos ter jeito de não atender, senão é omissão de socorro. Com essa ótica, chegando assim mais claro a toda estrutura da secretaria, isso distensionou bastante. Tem risco de vida? Gravidez de alto risco, o bebê que vai nascer precisa de uma neurocirurgia imediata, quer você queira, quer você não queira, regule ou não regule, como é que faz? Lá em Ituiutaba não tem jeito, não tem neurocirurgião, não tem UTI neonatal que vá resolver esse problema. O hospital vive um sufoco em termos de urgência. Aquelas macas no corredor do PS, eu não vejo a hora de acabar com elas, mas são 60, 70, 80, 90 macas. Todas no corredor. Só que é melhor estar no corredor do que não atender. É um hospital que difere da maioria dos hospitais universitários do MEC”.

A estratégia central da SMS, pelo que pudemos constatar, tem sido, nos últimos dois anos, a de romper com a total dependência do sistema municipal de saúde em relação ao HE₄, por meio da ampliação da rede própria de serviços de saúde e a compra de serviços privados para oferta aos usuários do SUS. De acordo com o gestor, a SMS

*“... aumentou enormemente, à medida que eu assumi, a oferta de consultas especializadas e SADT fora do hospital. **Não quero ser refém do hospital, vendi o peixe para o prefeito.** Deixa o hospital com os problemas dele, com a capacidade dele, com o que nós estamos regulando, porque não adianta. Aí aumentei enormemente, hoje é metade para o HE₄ apenas. **Dependo menos do hospital. Credenciei a rede privada, clínica de oftalmologia, clínica cardiológica e fui credenciando e contratando especialistas para a rede,** para os nossos ambulatorios. EEG, por exemplo, está pactuado 600 e eles já estão fazendo 900. **Não adianta ficar esse conflito, pressionando o hospital a produzir mais do que já está pactuado.** Em determinados itens, 50% além e o que é que vai fazer? A demanda é maior, então vamos criar outra alternativa de modo a deixar o hospital mais equilibrado dentro da sua capacidade instalada. Na minha percepção, como é o único, você quer que ele atenda tudo e todos e resolva o problema, principalmente. Não dá mais conta. Dava quando a cidade era menor, mas o PS de hoje é o mesmo de 1976! Não foi ampliado. A realidade mudou muito”.*

No que diz respeito à regulação de casos novos, consultas de especialidades e exames, a maioria dos atores entrevistados alega que 100% são regulados pela SMS.

De acordo com o gestor municipal a SMS:

“... regula tudo. Todos os casos novos nós regulamos. O que a gente tem proposto e o hospital tem se adaptado é que os retornos sejam todos internos, que eles só devolvam para a rede depois que tiver resolvido tudo”.

O assessor do reitor confidencia, entretanto, que a regulação não se dá de fato sobre a totalidade dos leitos, embora 100% dos procedimentos de alta complexidade realizados pelo hospital, ambulatoriais e hospitalares, e quase a totalidade dos demais procedimentos já estejam sob controle da central de regulação municipal.

Segundo o diretor técnico, as vagas novas dos ambulatórios de especialidades e SADT são 100% reguladas pelo município, mas com uma reserva de 10% para o ensino, destinada à microrregião sob responsabilidade do HE₄, referente aos bairros próximos que vêm diretamente ao ambulatório.

O diretor-geral, entretanto, talvez motivado por sua falta de experiência administrativa, talvez movido por se sentir ainda mais médico e docente do que gestor na organização em que trabalha há mais de três décadas, assume explicitamente que o hospital é de fato 100% SUS, mas que os leitos não estão 100% sob regulação do gestor, como refere a maior parte dos entrevistados, inclusive o gestor municipal:

“Existe uma reserva técnica para o ensino nos nossos 510 leitos. Disponibilizamos em torno de 15 a 20% desses leitos voltados para o ensino porque aqui existe uma faculdade de medicina e o laboratório de ensino é o complexo hospitalar. Então isso tem sido mantido, embora no transcorrer dos anos, infelizmente, em decorrência de ser o único hospital da região que atende SUS, a assistência foi cada vez crescendo mais. Infelizmente, acho que nós crescemos muito além da nossa capacidade de atendimento”.

Admite claramente que de 15 a 20% dos leitos estão sob “gestão acadêmica” e que há uma regulação interna que faz a mediação com a Central de Regulação do Município e do Estado.

*“O que nós temos é uma regulação interna aqui dentro do hospital. Agora existe uma regulação municipal. Por exemplo, um paciente que vem de uma cidade próxima. Ele entra no sistema SUS-Fácil, entra em contato com a regulação do município que entra com a regulação interna do hospital. E pede a vaga. **Se a regulação interna diz que tem vaga, o paciente vem**”.*

O diretor clínico confirma o depoimento do diretor-geral e atribui à regulação o mecanismo pelo qual o gestor controla o hospital e retira dos médicos e professores o poder sobre o “hospital que lhes pertence”. Mas reconhece que os serviços não estão todos sob regulação municipal e parte permanece sob controle da lógica acadêmica, diferentemente do que foi apontado pelos demais entrevistados. Com muita

franqueza revela:

“Agora nós somos muito dependentes do gestor. Já que todo o dinheiro que nós precisamos para movimentar o hospital vem do gestor, o gestor praticamente manda aqui. Fomos abrir uma UTI nova e o gestor requisitou 10 leitos só para prefeitura. Quer dizer, parece que nós não temos mais gestão do nosso próprio hospital, nós, médicos, professores, docentes. Os outros 20 leitos são nossos. Nós que vamos controlar”.

De acordo com o diretor técnico:

“A regulação só teria normatizado algumas coisas. Eu deixei de ter demanda espontânea, o paciente não chega mais na minha porta direto, ele tem outras portas de entrada até chegar nesse hospital, mas não mudou nada no meu atendimento. O pronto-socorro continua cheio, o centro cirúrgico continua cheio e as UTIs continuam lotadas”.

Para o diretor técnico, como o HE₄ é o único hospital público da região, todos os serviços criados (saúde auditiva, cirurgia bariátrica, transplantes hepáticos e cardíacos, por exemplo) foram no próprio hospital, em função da demanda do gestor municipal ou estadual, por falta de outra opção disponível na região.

Os mesmos problemas relativos ao excesso de demanda de urgência são alegados para justificar as dificuldades inerentes à pactuação de novos serviços entre a SMS e o HE₄.

Por fim, a despeito dos mecanismos formais de regulação, o gerente do PS confirma que as relações com os gestores – que resolvem parte significativa dos problemas cotidianos – são instituídas por meio de uma rede de relações não-formais que se estabelece a partir de outras variáveis, fora dos contextos organizacionais tradicionais.

“O mais comum é o informal. Você entra em contato com as unidades e vai resolvendo. Às vezes tem uma reunião, mas o mais comum é esse informal. De acordo com o momento, as situações, as necessidades, a gente tem contato. Até porque o assessor do secretário, a gente tem contato, é um colega nosso aqui do hospital também e a gente acaba sempre conversando muito. Às vezes está de plantão no mesmo dia que ele... Já os coordenadores, nem tanto. Eu conheço um deles, que faz endoscopia para os meus pacientes, mas não é muito informal”.

A análise dos elementos contidos nesse tópico permite questionar se não estamos diante de uma situação de transição, de intensa disputa entre uma lógica mais “livre” anterior, onde prevalecia o comando médico – mas, que já vinha sendo modificada antes da contratualização – e um funcionamento mais regulado do hospital.

Parece haver uma ambiguidade nas falas, mas é possível dizer que permanece,

ainda, um componente importante de autorregulação no hospital. A questão que se coloca é: pela natureza do hospital e o modo como os médicos atuam, pelo menos nas atuais condições históricas, seria possível uma heterorregulação (pelo gestor) plena? Outra questão: ela seria conveniente? Uma parcela de autorregulação, a despeito das iniquidades que conhecemos, não poderá ser um elemento da gestão do cuidado que pode ser positiva?

O fetiche da informação: a “irracionalidade da racionalização”

Em relação a essa categoria empírica, cabe destacar que não se observou no HE₄, assim como no HE₃, em Porto Alegre, a mesma ênfase destinada ao tema da tecnologia da informação encontrada no HE₁ e no HE₂, localizados no Estado de São Paulo. Ainda que de forma não intensa, no entanto, foi possível perceber que também está presente no HE₄ a aposta de que investimentos em tecnologia de informação ampliem a capacidade de controle e tragam maior ordenamento ao sistema.

Nesse hospital, diversos sistemas de informações também são empregados, conforme já destacado nos casos estudados anteriormente. Segundo seu diretor técnico:

“Agora o MEC está nos dando outra ferramenta para a gestão, que é um sistema de informação hospitalar. Já temos o nosso muito bem desenvolvido, mas muitos hospitais ainda não têm. O sistema que o MEC oferece vem do RS. Nosso padrão é o ministro e ele tem o direito de saber o que acontece aqui dentro. É ele que vai mandar o dinheiro. Nós temos que utilizar os recursos oferecidos”.

O diretor administrativo, por exemplo, considera que a contratualização motivou os atores do HE₄ a melhorarem a gestão administrativa e financeira, mas que a maior transparência no padrão de gastos é um desafio para a instituição que só será resolvida com maior controle das informações:

“Estamos atualmente num trabalho básico para ter uma transparência maior com o cidadão-usuário. A relação com nossos parceiros, com quem firmamos os convênios, é muito transparente, até porque eles são do meio administrativo de saúde. Nós queremos chegar num nível de transparência com o cidadão-usuário. Nós estamos fazendo um trabalho difícil agora que é nos apropriar, definir e construir os custos do hospital, por clínica, por procedimento e tudo mais porque são 39 anos de vida e 39 anos que o hospital não conhece os próprios custos. Se fosse fácil, já teria sido feito. Então concluímos no mês passado uma comissão formada por um administrador, uma pessoa formada na área contábil, um enfermeiro com especialização em auditoria em saúde para nos ajudar realmente a construir esses custos. Clínica por clínica, procedimento por procedimento, aí vou

chegar na transparência (...) A ideia nossa é no momento da alta fornecer um extrato para que cada paciente saiba qual foi sua despesa. Queremos mostrar um custo confiável. É uma ideia que assusta as pessoas, mas acho que isso é a exacerbação mesmo da transparência”.

Aqui reaparece mais uma manifestação do “fetice da informação”, a promessa de um mundo perfeito, com controle e visibilidade, faltando “apenas” e sempre aperfeiçoar os sistemas de informação e monitoramento. No nível discursivo, há sempre uma “idealidade consensual” do que se quer, mas que parece ser sempre uma quimera, na prática, uma “miragem da racionalização absoluta”!

A contratualização na esteira da racionalização da vida hospitalar

De novo, o desenho e os resultados esperados para a política de contratualização parecem atuar de forma bem sinérgica com processos anteriores de racionalização da vida hospitalar. Um bom exemplo de uma forte política de racionalização já em curso quando da contratualização é o Programa de Melhoria e Fortalecimento dos Hospitais de Minas Gerais (Pro-Hosp) que, segundo dados disponíveis no *site* da SES-MG, é um programa do governo estadual que procura ***“modificar a lógica da relação convenial para a da relação contratual, entre o Estado e os hospitais públicos e privados sem fins lucrativos, que prestam serviços pelo SUS”***.

O Pro-Hosp procurou consolidar a política estadual de regionalização da saúde, investindo nas 75 microrregiões e 13 macrorregiões sanitárias. O objetivo é que o paciente se desloque o mínimo possível de seu município para receber assistência médica necessária, evitando ter que viajar ou ser transportado para os grandes centros ou para Belo Horizonte.

Segundo a SES-MG, entre 2003 e 2007, foram investidos 273 milhões de reais, beneficiando 128 hospitais espalhados por 106 municípios de todas as regiões mineiras. A partir de 2008, o volume de recursos foi ampliado, alcançando 100 milhões de reais e, até 2010, serão aplicados no Programa cerca de 620 milhões de reais, provenientes do tesouro do Estado. Suas aplicações são direcionadas em percentuais, sendo 40% para melhoria da qualidade da assistência, com os investimentos na manutenção e ampliação da capacidade instalada (instalações físicas e equipamentos) e 50% livre de vinculação, podendo ser usados no aumento de qualquer uma das

funções programáticas anteriores ou em custeio hospitalar. **Os outros 10% devem ser aplicados na melhoria da gestão dos hospitais.**

Segundo a SES-MG, o programa tem proporcionado o aumento da eficiência dos hospitais, tanto pelo instrumento contratual, que se traduz pela **formalização de um termo de compromisso entre a SES-MG, os gestores municipais e os hospitais, por meio do qual se pactuam compromissos e metas, quanto pelo fortalecimento da gestão dos hospitais**, sendo que já foram formados 260 gestores no Curso de Especialização em Gestão Hospitalar, com a elaboração de 119 planos diretores dos hospitais participantes. Entre os 128 hospitais contemplados no Pro-Hosp, 35 estão sediados nos 18 municípios-polos das macrorregiões de saúde e os restantes em municípios-polos das 75 microrregiões. Essas unidades receberam recursos financeiros para ampliação de sua capacidade de atendimento, reforma da infraestrutura, compra de equipamentos, **modernização gerencial** e custeio hospitalar.

Os trechos destacados acima permitem perceber, em síntese, que se trata de um discurso gerencialista, “modernizador”, de base contratualista. Um discurso que orienta políticas públicas de investimento e, com certeza, tem algum impacto na melhoria do hospital na perspectiva da sua gestão, torna o hospital mais “racional”, mais previsível, menos “sequestrado” pelos interesses médicos.

Tal discurso está presente na gestão de todos os quatro hospitais visitados – de forma espantosamente regular pelo menos no discurso dos seus dirigentes –, sejam eles públicos ou privados. De acordo com o gestor do município:

*“Além da contratualização, o Estado passou a ter determinadas ações de investimento via Pro-Hosp, o que não é comum. O Estado investindo num hospital federal, todos estranham no primeiro momento, mas eles regionalizaram o Estado, viram o problema e também sabem que o nosso hospital é o único da cidade. Ou investem lá ou então não têm como reordenar o sistema. O Pro-Hosp contemplou investimento, tanto na área de treinamento do pessoal, quanto recursos do próprio contrato que deveriam ir para isso, mas eu acho que **o apoio do Estado se somou com a contratualização e realmente a diretoria que saiu, que trabalhou quatro anos esse modelo, ela pôde acompanhar resultados**. Se você for perguntar para pessoas daquela direção, eles acham que estava progredindo uma série de coisas. Agora, com a nova administração, não têm tempo hábil ainda para avaliar”.*

Segundo o assessor do reitor, o Pro-Hosp não se sobrepõe à contratualização, mas atua sinergicamente:

*“O Pro-Hosp é uma das fontes de recurso que tem ajudado muito o plano diretor do hospital, a sua sustentabilidade (...) **O hospital tem que cumprir algumas metas para fazer jus a esses recursos**”.*

Na opinião do gestor municipal, a avaliação da contratualização tem sido favorável e potencializada pelo Pro-Hosp:

*“Eu não saberia dizer os detalhes porque aí é muito técnico, é mais interno na comissão. Mas ao meu nível acho que tem sido positivo. **A ação da própria contratualização acho que dá para identificar, agora realmente acho que o resultado tem sido ampliado à medida que o Estado também tem conseguido, via Pro-Hosp, financiamento, treinamento, consultores, houve um envolvimento maior do hospital em uma série de coisas da própria região.**”*

Chama a atenção, ainda, a maneira insistente com que o diretor-geral traz à tona o tema da necessidade de investir em sua própria qualificação, bem como na dos demais membros de sua diretoria. Manifesta, em vários momentos de sua entrevista, uma esperança de que parte de seus problemas deixaria de ocorrer caso pudessem fazer o Curso de Especialização em Gestão Hospitalar promovido pela SES-MG.

“Em termos de preparação, seria muito adequado se nós tivéssemos treinamento frequente, constante, etc. Só que isso aconteceu até o ano passado. Esse ano a Escola de Saúde Pública de Minas, junto com a Secretaria de Estado não direcionou para o município e região um curso de administração hospitalar e tudo mais.”

Os processos de racionalização da vida hospitalar, no sentido que vem sendo usado no presente estudo, valorizam muito o tema da “capacitação” dos gerentes, como uma solução para o enfrentamento dos problemas advindos da complexidade do hospital. Deposita-se, nessas capacitações gerenciais, como o curso de especialização em tela, uma promessa de que tudo será trabalhado com “objetividade”, de modo “técnico”, o que resultaria em práticas gerenciais mais eficazes. A “pouca qualificação” dos gerentes é sempre apontada como explicação importante para os problemas do hospital.

Vale destacar a opinião da diretora de enfermagem sobre o cobijado curso de especialização de gestão hospitalar, feito em 2007 por vários enfermeiros, profissionais de farmácia, assistente social, etc. Partindo da percepção generalizada de que os quadros profissionais do hospital seriam “pouco qualificados”, o curso seria visto como capaz de proporcionar ferramentas que mudariam radicalmente a instituição. Segundo ela:

“Eu vejo que há uma carência muito grande, não sei se é porque nós temos profissionais antigos de 25, 30 anos e nesse decorrer ocorreram muitas mudanças e eu não vi um acompanhamento muito efetivo por parte do grupo. Acho que tem que investir muito ainda em gestão. Acho que a gente tem que trabalhar com a turma nova que vai chegar e talvez seja mais fácil por serem jovens, cabeça mais moderna. Mas eu sinto que tem uma lacuna, é uma questão que tem que ser muito trabalhada ainda (...) A gente está tentando sempre fazer reunião com as equipes

para eles poderem verificar a melhor condição de serviço deles, a melhor forma de gerenciar, alguma ferramenta que eles não conhecem, mas essa questão precisa ser melhor trabalhada, mais elaborada. PDCA, 5 S, muita gente não sabe o que é. Tem boa vontade, são muito envolvidos, mas sem capacidade”.

No tocante à formação e educação permanente, os atores entrevistados apresentam posições contraditórias, ora afirmando que a contratualização deu maior visibilidade e consistência ao conjunto de ações que já eram desenvolvidas pelo HE₄ para sua comunidade interna e para a rede locorregional, ora indicando que a contratualização tornou ainda mais precárias as ações que eram desenvolvidas.

Aqui também se evidencia o sinergismo entre várias iniciativas: as que já vinham sendo efetuadas historicamente pelo HE₄, as estimuladas pela política de contratualização dos HEs e as adotadas a partir do Pro-Hosp, uma vez que, entre as diretrizes envolvidas neste programa estadual, também consta o desenvolvimento de ações de formação e educação permanente para os funcionários do estabelecimento hospitalar e para a rede do SUS na região.

Mesmo no que se refere ao sistema de urgência, grande foco de atuação e de problemas para o hospital, a responsabilidade por conduzir a discussão sobre educação permanente tem sido atribuída pelo gestor municipal à SES de Minas Gerais.

“Nós temos apoiado fora do hospital. Dentro do hospital a gente só tem trocado informações. O Estado tem todo um plano de urgência e emergência e tem discutido basicamente com o hospital. Tem até projeto de fazer pronto-socorro. Trouxeram várias pessoas de fora para fazer palestra, visitar o hospital, planejar a urgência e emergência regional. Tomara que o hospital consiga investimento para resolver essas coisas aí. Só que a visão do Estado é regional. Eu tenho me segurado muito para manter minha visão municipal. Se você não tomar cuidado, começa a assumir problemas dos outros municípios”.

Já para o diretor técnico, o processo de contratualização teve impacto na área de formação e educação permanente, à medida que a fixação de compromissos no contrato exigiu que o HE₄ fizesse treinamentos, tanto para a comunidade interna quanto para a rede, como o plano de atenção primária, por exemplo. Deve-se destacar, entretanto, que o mesmo foi induzido pelo Pro-Hosp e não pela contratualização. O diretor técnico utiliza, ainda, como exemplo de ação bem-sucedida nessa área, outra política do governo estadual, voltada para a informatização do atendimento e regulação do sistema de urgência e implantação do protocolo de Manchester, em ação conjunta com a rede, na qual o governo do Estado financia e o HE₄ atua como multiplicador.

Pelo que foi possível observar nesta *estação*, mas também está presente nos demais casos estudados, o discurso contido na proposta de educação permanente concebida pelo MS – com todo um sentido ético-político-emancipatório que lhe é específico e expresso em diversos documentos oficiais – é “traduzido” no cotidiano dos HEs e da gestão local como educação continuada. Isso tem um sentido mais “tradicional” na linha da capacitação, corroborando a hipótese central da pesquisa, que destaca a distância entre o discurso e a prática ou entre a intenção e o ato. Apesar da imponência das formulações oficiais, há uma pobreza da discussão (não) acumulada na área.

O assessor da reitoria indica a importância do tema e algumas medidas que vêm sendo tomadas para avançar:

*“O maior problema do SUS chama-se recursos humanos. O problema financeiro é grande, mas essa questão tem uma dimensão bem maior. Esse é um dos eixos que acho que tem que ser aperfeiçoado. Essa política de recursos humanos, a educação, a capacitação e uma série de outras coisas ainda estão muito incipientes. **Agora fizemos que o contrato tenha definições dessas capacitações** e tudo mais que devem ser resolvidas conjuntamente. Pegamos uma pessoa de recursos humanos daqui e uma da gestão municipal para que possam conjuntamente realizar atividades que **venham atender ao que está sendo solicitado, o que foi pactuado**”.*

O diretor clínico, no tom crítico que caracteriza suas avaliações e numa perspectiva, sobretudo micropolítica, melhor explorada nos próximos tópicos, atribui à política de contratualização todas as mazelas do hospital e considera que o HE₄ foi muito prejudicado no que se refere à formação e educação permanente dos profissionais depois da contratualização.

“A partir da contratualização isso caiu muito. Agora nós vamos ter um diretor de ensino e pesquisa. É obrigatório ter isso. O médico, quando chega aqui, ele era o médico que vinha ensinar e agora a parte assistencial hipertrofiou e estrangulou as outras (...) Estamos com contratação zero nesse hospital. As promotorias e o reitor não querem que a gente contrate mais ninguém. Nós temos que dividir esses profissionais que já estão trabalhando nesse hospital e esse processo se deu a partir da contratualização. Isso tem prejudicado a formação e a educação permanente”.

Para atividades de formação e educação permanente, de acordo com o gestor, o HE₄ não vem sendo demandado pela secretaria de saúde, pois

*“O hospital oferta mais e a secretaria demanda menos. Exatamente porque eu tenho procurado não demandar quase nada ao hospital. **Demandas próprias do SUS eu tenho procurado atender sem demandar o hospital, porque reconheço que o hospital é “cavalo cansado”, não pressiona muito que ele está no limite de explodir.** Essa é a minha visão. A sobrecarga assistencial em todos os setores é muito grande”.*

O diretor clínico confirma que o gestor municipal não apresenta demanda para formação e educação permanente dos profissionais da rede, embora haja iniciativas isoladas:

“A secretária nunca pede apoio. Nós fizemos para as UAIs um manualzinho de condutas pelo menos para ajudá-los. Como tratar a broncopneumonia, a meningite, como iniciar o tratamento da meningite, a infecção urinária, e assim por diante. Nós ajudamos nesse sentido, porque a gente via que as condutas tomadas não eram adequadas. O pessoal que trabalha comigo e na rede fez o manual pra ajudar os indivíduos que estão lá. Nós até nos oferecemos para fazer um curso para eles. Aí a alegação é o seguinte: você vai fazer o curso, você marca para a noite, discute sobre isso e tal, aí ninguém vai. Muito complicado”.

A criação de uma diretoria para cuidar da política de pesquisa e educação permanente é destacada pelo diretor administrativo como prova de que há realmente um impacto nesse sentido. Diferente dos demais dirigentes médicos entrevistados, ele valoriza as ações de educação permanente instituídas, por exemplo, a constituição de um núcleo organizado de educação permanente na enfermagem, um trabalho consolidado há anos no hospital. Destaca ainda o sinergismo destas ações com o Pro-Hosp. Trata-se, sem dúvida, de uma avaliação destoante na direção do HE₄. Para ele,

“Não se trata mais de apenas depender da iniciativa de cada profissional. Eu poderia citar também a área de hotelaria hospitalar que também tem educação permanente. No convênio com o governo do Estado, cuidamos em garantir, por exemplo, a formação em administração para o SUS, que eu penso que é uma inovação em termos de formação de administradores. Montamos um curso que já formou duas turmas de gestores hospitalares para o SUS. Isso ajudou muito porque não só formamos profissionais daqui, mas da região toda também. É interessante pensar nessa educação, formação permanente porque ela nasce da contratualização e isso obviamente não é à toa, que na classificação geral do hospital a gente sabe o quanto isso pesa positivamente. É uma política que está mais do que sólida aqui dentro, independente de quem esteja”.

A posição da diretora de enfermagem se contrapõe, novamente, sob certo aspecto, à dos demais no que se refere a esse item.

“Eu acho que ainda existe no hospital uma falta de clareza do que é educação permanente. De forma geral, todos os profissionais, desde médicos, enfermeiros, pessoal do nível médio, apoio, não sabem diferenciar EP e Educação continuada. Eu acho que os investimentos são muito pequenos na educação permanente, muito pequenos. Tem um setor da enfermagem que se chama centro de pesquisa e desenvolvimento e educação permanente. Esse setor foi criado em 96, eu fui coordenadora dele oito anos. Nós conseguimos talvez avançar um pouco mais. Mas pela dimensão e importância que tem a educação permanente, eu acho que é muito pouco. Quando vamos para um curso, temos que usar dinheiro do bolso, porque não tem verba. Para a rede, toda capacitação, temos que dar 10% de vaga. Mas eles dizem que não tem ninguém interessado por essa parte”.

A diretora de enfermagem consegue identificar a diferença aludida

anteriormente entre educação permanente e educação continuada, de estilo mais “tradicional”, que é fundamental e precisa ser realizada. O problema é que o MS trabalha com o conceito de educação permanente na perspectiva de “formar sujeitos”, “produzir coletivos” com maior capacidade de autogestão e protagonismo na defesa do SUS. E a análise possível a partir das entrevistas remete para um distanciamento dessa perspectiva de educação permanente.

Segundo o gerente do PS, não têm ocorrido cursos específicos financiados para o setor de urgência. Da mesma forma, revela que não há integração com os profissionais que atuam na rede de urgência do município. O diretor-geral confirma que não são realizadas ações de educação permanente voltadas para a urgência e emergência, apesar da predominância do setor no perfil do hospital.

A diretora de enfermagem, analisando a questão especificamente no que se refere à área de urgência e emergência, entende que todo o esforço de capacitação tem sido bancado com recursos pessoais dos profissionais. Segundo ela, foi possível implantar a classificação de risco 24 horas e haverá uma reforma em todo pronto-socorro. Contudo, não foi possível conseguir até agora realizar nenhuma capacitação no PS.

Percebe-se, claramente, ao final deste tópico, que há sempre o mito de “ferramentas” relacionadas a programas de qualidade que, se apropriadas, abririam os segredos do hospital. Uma espécie de caixa de pandora moderna: postura relativamente contraditória quando se observa a falta de prioridade da alta direção do HE₄ às ações de educação permanente, embora transpareça que esses dirigentes hospitalares não se veem incluídos nas estratégias de educação permanente. Aliás, nem a direção, nem o corpo clínico e nem seus docentes.

Contratualização e micropolítica do hospital

O HE₄ conta com um plano diretor quinquenal, criado pelo mesmo grupo dirigente que elaborou a contratualização no âmbito do hospital. Sua formulação foi suscitada pelo Pro-Hosp, que exigia que o hospital tivesse um plano diretor para que pudesse ser contemplado com recursos do governo estadual.

Segundo o diretor administrativo, o plano diretor nasceu, portanto, em 2007, do

relacionamento do hospital com o governo do Estado, mas o que continua sendo o grande norteador das ações e do direcionamento do HE₄ é a contratualização. Para ele, a política de contratualização trouxe um impacto importante com a certificação, que exigiu que o hospital cumprisse parâmetros definidos externamente, minimamente seguros. Segundo ele, em função disso, houve grande aceitação, mas sua implementação não depende apenas de aspectos “culturais” e sim de investimentos substanciais que não foram até aqui programados. Traz novamente à tona, portanto, a questão do financiamento.

“Agora, todos os passos que devem ser dados em relação à certificação e tudo mais dependem não só de comportamento, mas também de investimentos. Não dá para organizar um hospital, atender a própria certificação, sem disponibilidade de recurso. Quer dizer, o hospital como o nosso aqui, que a grande característica tem sido a assistência, garantiu nos últimos 20, 22 anos, sobretudo, a própria fundação de apoio tem sido duramente penalizada para manter os custos, com um déficit mensal muito grande. Há algo a ser atingido que não depende só da mudança de comportamento, da concordância das equipes que estejam administrando, dependem de algum investimento e, nesse momento, há realmente uma grande dificuldade”.

Destaca, ainda, que a contratualização não deve ser sequer questionada – quando muito, aperfeiçoada – pelo que representa em termos de avanços na gestão e na capacidade de planejamento do hospital.

“A contratualização é um caminho sem volta – e que bom que seja um caminho sem volta –, porque permite ao administrador traçar suas diretrizes, junto com suas equipes, para atingir aquelas metas. Ou seja, sabemos para que estamos trabalhando, sabemos como o hospital vai se organizar para 2010 e nos próximos cinco anos para atender às grandes metas. Uma coisa que eu acho interessante e muito inteligente da contratualização é a flexibilidade, ou seja, não é uma camisa de força que tem que ser cumprida a “ferro e fogo” com todo sacrifício. Há formas de negociar. Eu vejo que essa própria forma de regular, vamos dizer a relação entre o prestador de serviço e o gestor, já permite sobretudo o desenvolvimento de pesquisas, porque aí entra um eixo importante”.

Esse posicionamento demonstra-se, entretanto, idealizado e descolado da realidade: pelo menos é o que se apreende das entrevistas realizadas com os demais dirigentes hospitalares. Não há efetivamente processo de planejamento em curso sendo desenvolvido pela atual direção. Questionado sobre sua participação no planejamento da instituição, o gerente do PS, área crítica da organização, foi taxativo: *“Não, diretamente não”.*

O diretor-geral deixa transparecer que, mesmo desejando estabelecer uma ruptura com a lógica de planejamento da gestão anterior e implementar mudanças no

rumo do hospital, materializando os interesses do grupo alçado ao poder da organização a partir de janeiro de 2009, não vê necessidade de alterar significativamente os rumos da instituição.

“Nós já assumimos um esquema vigente. Estamos tentando, dentro do possível, implementar a nossa visão de tal forma que mantenhamos princípios básicos, mas tendo nova cara. Nós temos uma outra visão. Principalmente pela nossa formação. O diretor técnico é cirurgião, eu sou cirurgião, então, não deixa de existir às vezes uma certa tendenciosidade para as áreas cirúrgicas”.

Tal visão acaba se sobrepondo e valendo mais do que qualquer formalidade do planejamento, ou seja, o “planejamento” real é feito por vias mais informais, menos explícitas, ao sabor do jogo de interesses dos atores reais e das parcelas de poder de decisão que controlam.

Deixa claro que o hospital de ensino é parte inexorável da instituição acadêmica e, ainda que represente os interesses de grupos em disputa por hegemonia na instituição, tende à reprodução dos valores instituídos.

Sobre o processo de planejamento da alta direção do HE₄, a diretora de enfermagem confirma que o plano diretor realizado em 2007 pela diretoria anterior foi induzido pela necessidade de captar os recursos do Pro-Hosp, mas não foi apropriado pela direção atual nem substituído por outro:

*“Não foi feito planejamento da direção, não tem uma coisa estruturada ainda, no sentido de “olha, a direção fechou nesse planejamento”. Nós temos, assim, projetos de enfermagem, mas eu ainda não elaborei o planejamento, não reunimos o grupo ainda, até por causa da demanda. Como nós estamos com uma demanda muito alta de resolutividade das questões de vigilância sanitária, primeiro nós estamos tentando resolver isso e com um prazo pra cumprir. Mas estamos elaborando com a equipe algumas coisas já para implementar. **Na alta direção, não foi feito um planejamento ainda não**”.*

No que se refere ao planejamento, o assessor de diretoria corrobora a percepção geral de que a contratualização reforça iniciativas em curso, mais do que se constituir, para a organização hospitalar, enquanto um dispositivo a serviço das mudanças.

“Reafirmou o que já acontecia, muitas coisinhas já vinham acontecendo e deu um certo dinamismo, ainda não na totalidade do que deveria, mas são avanços que estão acontecendo”.

Observa-se, assim, que o “planejamento” proposto pelo Governo Federal na política de contratualização dos HEs é outro “mito de racionalização”, de promessa de alinhamento, de controle, de previsibilidade, que parece nunca se realizar. Afinal, qual é o “planejamento” real do hospital e quem o faz efetivamente? A ideia de

“planejamento” é uma das mais emblemáticas manifestações da racionalidade (ou do discurso da racionalidade) que foi se impondo desde o século passado.

Esse é o planejamento que não vê, ou, pelo menos, não se apresenta com as roupagens racionalistas do planejamento tal qual se tem usualmente pensado. Há um certo discurso formal, racionalista, que impregna mesmo as melhores políticas e formulações (uso da informação, indicadores, instâncias formais de “participação e controle”, o “planejamento”, formas de cogestão muito “abstratas” que não levam a relação real dos atores que constroem “complacências”, “pautas de indulgências”).

O gestor municipal reconhece a complexidade do HE₄, a disputa em torno das relações de poder e *o papel de seus médicos-professores na definição dos rumos da instituição*. Quando questionado sobre o processo de planejamento interno do HE₄, apresenta interessantes elementos da micropolítica, reconhecendo que a disputa entre os atores internos da instituição acadêmica e da instituição médica são determinantes, para além das ferramentas de gestão mais ou menos modernizantes e racionalizadoras:

“Tenho feito alguns pequenos comentários da minha experiência, em uma ou outra oportunidade, informalmente. Oficialmente não tem nada, nenhuma ingerência. O hospital segue o rumo dele, é complexo demais, é difícil, depende das lideranças. O hospital já sofreu muito com a secretaria cobrando coisas que o hospital não dá conta de fazer. Por outro lado, a secretaria gasta muito pouca energia construindo soluções que deem alternativas à população, porque esse hospital não dá conta de atender todo mundo. Então eu tenho gastado mais tempo e energia pra construir alternativas e não pressionar mais o hospital”.

Na visão do diretor técnico, a qualificação do processo de gestão é fortemente estimulada pela oportunidade de formação e poderia ser potencializada pela contratualização, que dá sentido e organização ao hospital ao exigir uma série de conformidades, estruturação de comissões, etc., e pelas ações amparadas pelo Pro-Hosp:

“Dentro desse valor que a gente recebe, tem um percentual para qualificar a gestão hospitalar. Há um ano diversos elementos do hospital fizeram o curso de pós-graduação, curso de especialização em gestão hospitalar. Os professores vinham de BH dar aula. Ações estão sendo desenvolvidas na parte da farmácia (que é uma parte muito ruim nossa), estamos contratando um curso de gestão de farmácia clínica e farmácia hospitalar. Ativamos todas as Comissões obrigatórias, estão tendo reuniões regulares e são órgãos que auxiliam a gestão”.

A profissionalização da gestão é uma questão considerada de fundamental importância pelos dirigentes do hospital, embora seja evidente a pouca experiência e a

baixa capacidade da equipe dirigente do HE₄ no que se refere à gestão hospitalar.

“Anteriormente dependíamos muito da sensibilidade de quem estava administrando e hoje não depende tanto da sensibilidade porque se você tem embasamento, tem condições de tomar decisões no mínimo mais baseadas. Vejo esses dois eixos aí bastante importantes da contratualização”.

Outro tema recorrente nas entrevistas é a necessidade de identificar os custos do hospital, medida que, segundo os dirigentes do hospital, dará oportunidade a um “novo estágio” de gestão e cuja ausência é considerada impeditiva da tomada de muitas decisões.

A maior parte dos membros da alta direção do HE₄ tem uma avaliação muito rudimentar, distante, das questões que dizem respeito à situação econômica do hospital, cuja gestão fica centralizada na fundação. Embora não tenham domínio sobre esse tema, têm uma percepção comum, qual seja, a inexistência de sistemas de apropriação de custos que permitam administrar os serviços com um **grau de previsibilidade e controle** apontado como extremamente importante por todos, sem exceções. De acordo com a diretora de enfermagem:

“Não se sabe bem o custo de um paciente quando está no hospital. O paciente chega aqui tendo que fazer cirurgia de apêndice e qual será o custo dessa cirurgia? Não temos clareza desse custo, apenas de custos parciais. Eu sei quanto custa a comida, o custo que envolve todos os demais fatores, a parte médica, a enfermagem, mas a composição global de custos, não. Acho que há uma falha e precisamos melhorar isso.”

O gerente do PS confirma que a gestão administrativa do hospital continua com muitas deficiências, por exemplo, em relação à gestão de custos.

“Eu não sei e acho que nem eles sabem. Não existe um levantamento de custo do pronto-socorro. Isso não existe no hospital”.

Um dos limites apontados para a qualificação da gestão no HE₄ é sua subordinação administrativa e financeira à fundação. A necessidade de uma administração descentralizada é reconhecida pelo secretário de saúde do município:

*“O contrato hoje é com a universidade, mas internamente a universidade não tem estrutura para administrar o hospital. Todos nós reconhecemos isso. O HE₄ precisa de uma estrutura privada para tocar o pessoal e compras. **A mecânica pública limita muito o hospital.** E com essa pressão da demanda de urgência, se você não for rápido, fica mais difícil ainda de dar resposta”.*

Entretanto, há queixas quanto à falta de autonomia dos dirigentes do HE₄ para enfrentarem as necessidades e prioridades de gestão. Segundo o gestor municipal, que se expressa aqui a partir de sua experiência como docente e ex-dirigente universitário:

“A fundação, nos últimos anos, sempre teve um diretor executivo, nos últimos oito ou nove anos, não-médico, com uma visão muito de finanças. A fundação tem dívidas, não tem fornecedores... E o problema da gestão do hospital fica com a direção do hospital, mas a direção do hospital não tem os meios, não tem os recursos. Quem ordena a despesa a rigor não é a direção do hospital, quem ordena a despesa é a fundação. É uma peculiaridade local que a gente não identifica muito”.

O diretor clínico se queixa, por exemplo, do rígido controle financeiro exercido pela fundação, com respaldo do reitor. Em sua opinião, isso determina uma incongruência, à medida que ficam sem capacidade de dar respostas às metas contratualizadas:

“O médico hoje não pode baixar o número de pacientes do ambulatório por causa do contrato de metas. Só que o médico não assinou o contrato. O médico quer passar de 40 para 20 horas, mas quem vai fazer as outras 20 horas? Não tem outro profissional pra atender. O contrato diz que você tem que atender. Mas ele precisa passar para 20 horas e é um direito dele. Então se você fizer um inquérito hoje sobre os profissionais de saúde, médicos, que estão aqui dentro do hospital, o que você acha do contrato da prefeitura, você vai ter 90% de reprovação”.

Compreender os limites da política no eixo da qualificação da gestão implica o clareamento das relações de poder internas da instituição e menos das potencialidades e da maior ou menor capacidade indutora, implícita nas estratégias desenhadas pela política de contratualização.

De acordo com o Secretário Municipal de Saúde, que fala também “por dentro” da “instituição acadêmica”, da qual tem pleno domínio, a política de contratualização tem impacto limitado na qualificação da gestão em virtude, entre outras coisas, das relações de poder que se estabelecem na organização, que interferem sobre seu destino, o que não é exatamente considerado pela visão gerencialista.

A visão gerencialista apresenta o mito do “choque de gestão” como saída para produzir as mudanças almejadas na organização hospitalar. A questão dos centros de custos, por exemplo, é uma obsessão para a maioria dos dirigentes. Na prática, pelo menos na tradição pública, a coisa não funciona tão bem como se apregoa.

Quanto às resistências internas ao processo de contratualização e a implementação dessa política, o diretor técnico, em tom de crítica à gestão anterior, afirma que, como foi operada em ambiente restrito pela direção do hospital, a ação não teria gerado resistências.

“Agora a gente está informando. Como termina o contrato agora, os colegas estão sendo chamados para discutir como atingir suas metas. Acho que agora esse processo é irreversível”.

Já o diretor clínico avalia que, para os médicos e docentes, a contratualização é a causa dos problemas e da insatisfação profissional no hospital.

*“A contratualização pode ser muito benéfica. **O que nós podemos melhorar é o que ela com o tempo estragou.** Temos que arrumar uma maneira de melhorar, por exemplo, o ensino e pesquisa, que é uma obrigação. Se nós conseguirmos integrar isso, acho que a contratualização vai ser uma coisa boa para nós. **Hoje a maioria diz que é muito ruim.** Aumentou o nosso trabalho, aumentou a pressão, é o promotor em cima da gente. Nós não estamos dando conta do nosso trabalho. Ontem tivemos demissão de toda a cirurgia pediátrica. Não querem mais trabalhar aqui. Três pediram demissão, dá 50%. Porque não querem mais, não têm descanso, a assistência tornou-se massacrante para eles”.*

De acordo com o diretor administrativo, a discussão sobre o impacto e a predominância do perfil assistencial forjados na urgência e na média complexidade é tão grande na organização hospitalar que se estabelecem, por vezes, pressões que se espelham na demarcação de espaços físicos, na cartografia do HE₄:

“Há momentos em que essa tensão entre ensino e assistência é muito presente, por exemplo, na hora de construir um prédio, como nós estamos fazendo agora, em convênio com o governo do Estado. Como está se focalizando naquele prédio a formação e educação permanente dos profissionais, com a construção de seis miniauditórios, houve uma queda de braço interna por uma corrente que dizia que lá tinha que ser consultório.”

Para o diretor administrativo, um dos poucos membros da diretoria do hospital que não é médico, a contratualização representa uma ruptura com o antigo modelo que facilitava o empirismo. Com a contratualização, o estabelecimento tem uma definição mais clara de metas a cumprir e é possível organizar administrativa e tecnicamente o hospital,

*“garantindo o mais importante, que é o atendimento de qualidade à população, ao cidadão, o que, antes, **por não haver uma contratualização clara, levava ao improviso.** Essa discussão e implementação da municipalização, estabelecimento da celebração dessas metas a serem cumpridas, facilitou muito. Eu vejo de forma muito positiva, vejo que a gente precisa ainda avançar muito, principalmente na **determinação mais objetiva** daquilo que é possível atender, porque **ainda essa contratualização é algo que eu considero novo, é uma prática nova no Brasil, penso que já avançamos muito, mas ainda temos algumas imperfeições para serem corrigidas** que eu imagino que agora nesse novo contrato vai ser aperfeiçoado”.*

Ao contrário dos demais entrevistados, o diretor administrativo refere que a contratualização no início desencadeou muitas resistências, em particular dos docentes que se sentiam “donos dos leitos”. Em sua opinião, este tensionamento vem arrefecendo nos últimos anos, expressando-se de forma menos intensa e demonstrando a vitalidade e a irreversibilidade da política de contratualização.

*“Parece que o próprio tempo está se encarregando de resolver, ou seja, é grande a vitalidade da contratualização, porque provavelmente acreditavam os mais pessimistas que isso seria apenas algo político, de momento, que a contratualização não levaria a nada. O SUS tem evoluído sim e a olhos vistos, a gente nem consegue acompanhar. Não é à toa que vocês ouvem aí o tempo todo que é o melhor sistema do mundo, porque ele é muito vivo, ele passou por uma evolução muito bonita até chegar aonde chegou. **Agora ele ganhou, ao meu modo de ver, vida própria**”.*

Os diretores anteriores do HE₄ utilizaram, à semelhança do que observamos no HE₁, a contratualização como um dispositivo de persuasão para as mudanças almejadas. Para tanto, lançaram mão da instituição de metas, abriram gradualmente serviços para a demanda do SUS e foram enfrentando, progressivamente, as resistências encontradas entre médicos e docentes, tendo o contrato de metas como dispositivo (e até mesmo a pressão do Ministério Público sobre os termos contratualizados).

O diretor administrativo chama a atenção para um aspecto que passa absolutamente à margem do discurso de todos os entrevistados: a relação *público x privado*. Em sua visão, por trás de muitas disputas “academicamente justificáveis”, existem outra ordem de interesses não explicitados em disputa:

*“A instituição é relativamente nova. O Hospital fez 39 anos agora, a faculdade de medicina fez 40 no ano passado. Os primeiros docentes, organizadores do ensino, das enfermarias, vamos dizer assim, eles se sentiam como proprietários, donos dos leitos, acho que isso é um fenômeno mais ou menos geral. Ainda tem resquício disso, quer dizer. **O grande norte, a grande salvação para o administrador na época foi exatamente se referir ao contrato de metas que foi assinado com o gestor. Nós precisamos e não podemos nos dar ao luxo de atender isso ou aquilo, porque essa tensão e o desgaste de assistência também não é tão linear como eu falei inicialmente. Ela também tem as suas especificidades e às vezes vem travestida de outra coisa. Muitas vezes eu ouvia relatos verbais, que diziam que o interesse era didático..., mas não era. O público e o particular se misturavam muito. Acho que essa questão ajudou muito o administrador porque antes era uma coisa que ia muito para o lado pessoal e essa queda de braço ela aconteceu**”.*

Considera a contratualização a grande salvação dos hospitais brasileiros, à medida que permite diluir o poder médico e o fortalecimento de outros profissionais na coordenação dos hospitais e produz um norte para o caos gerencial que reina no setor.

*“Não temos tradição em administração hospitalar, não temos no País grandes administradores hospitalares. A administração hospitalar em determinados momentos dependeu e depende até hoje dos médicos que dispõem a deixar seus consultórios para administrar os hospitais. Então, com a contratualização, outros profissionais somados aos médicos podem ajudar. A vinda da contratualização veio como grande norte para os hospitais, ou seja, **quem não sabia o que fazer em um hospital, a partir do momento que tem a contratualização, ele precisa saber, e para***

saber precisa ter o concurso de outros profissionais. É uma avaliação muito positiva, acho interessante mesmo quando a gente tem oportunidade de conversar com pessoas lá de outros hospitais, principalmente do exterior – eles ficam encantados com isso, como que o Brasil tem conseguido caminhar”.

À semelhança do que já tinha sido observado nos demais HEs pesquisados, pode-se constatar que, no que se refere à implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, o HE₄ também já havia tomado várias iniciativas antes mesmo do início do processo de contratualização. Segundo os atores entrevistados, a contratualização teve a capacidade de consolidar, fortalecer e dar mais visibilidade, mas não foi determinante.

O diretor técnico destaca que o HE₄ tem desenvolvido ações destacadas no campo da humanização:

“Temos mais de 30 programas de humanização tanto para usuário, estudantes e funcionários. Nós somos o único hospital de ensino, com certeza, que tem uma inserção dos alunos dos cursos em programas de humanização, na Câmara de Humanização. Nós temos 30 alunos da medicina, enfermagem e nutrição fazendo parte desses programas. Isso começou agora e estamos ampliando. Acho que é o nosso diferencial. Dentro dessas políticas do SUS, a que mais nós estamos voltados é a de humanização”.

Já o diretor administrativo expressa posição muito clara em relação aos avanços obtidos ao longo de nove anos em relação à política de humanização, confirmando que as ações na área já tinham uma direcionalidade que precedia à contratualização.

“Não tenho como avaliar isso em termos comparativos com outras instituições, mas avançamos muito nessa política de humanização, sobretudo criando uma Câmara de Humanização. Nós temos uma equipe multiprofissional que está encarregada de pensar a humanização, pensar formas de materializar essa política de humanização, esse HumanizaSUS, que é o grande norteador dessa política. Outro avanço significativo foi em 2001, quando nós criamos a hotelaria hospitalar, porque na verdade a hotelaria é uma adaptação das técnicas hoteleiras nos hospitais. Hoje o HE₄ é um dos poucos reconhecidos como um hospital bem-sucedido. A Câmara de Humanização é encarregada de pensar humanização, de disseminar essa política, essa filosofia de trabalho aqui, mas também a hotelaria também tem ajudado e carregado muito isso aqui. Penso que nós avançamos muito em termos de humanização”.

Contudo, de acordo com o assessor do reitor, o HE₄ já trabalhava antes com humanização:

“... depois do processo de contratualização reforçou ainda mais essa ideia política de humanização, em consonância com a política nacional. Acho que houve uma melhora na questão da humanização. Não tenho parâmetros, mas acho que melhorou”.

Aqui, novamente, cabe destacar o sinergismo com o programa estadual (Pro-

Hosp). Pelo menos é o que se depreende da opinião do gestor municipal, para quem a contratualização teve papel secundário no que se refere à política de humanização:

“Houve feliz coincidência do Estado, desde 2007, trabalhar no município com o plano diretor de atenção primária. Ao mesmo tempo eles passaram, via Pro-Hosp, a ter uma política também de humanização de atendimento, de qualificação de pessoal. Houve uma série de programas, de treinamento de pessoal, ora financiado pelo Estado, ora financiado pelo próprio hospital que eu acho que ajudaram bastante. Uma coisa potencializou a outra. Talvez se ficasse só por conta do hospital os resultados não seriam os mesmos alcançados, porque o Estado passou também a estimular esse tipo de meta”.

A forte presença da política de humanização e a instituição de mecanismos de controle da autonomia das áreas podem ser percebidas na avaliação do gerente do PS:

*“Eu estava achando ruim o horário de visita à noite que estava atrapalhando um pouco a avaliação nesse questionário. Tem que ter, mas é uma questão de mudar o horário porque está prejudicando a avaliação do paciente no plantão da noite numa situação de emergência. Eu estou querendo mudar, mas existe toda essa política, **um grupo de humanização onde tudo tem que passar por eles**. Nós estamos vendo o que pode ser feito para humanização, desde o horário de visita até mesmo no pronto-socorro”.*

A diretora de enfermagem aparenta, entre todos os entrevistados, maior domínio sobre as ações de humanização desenvolvidas no HE₄ e tem, ao contrário dos demais, uma visão não tão otimista:

“O hospital participa ainda de uma forma muito tímida. Precisamos melhorar mais. O que é humanizar realmente? Vejo que nós estamos muito ruins ainda nisso. A equipe da Câmara de Humanização é composta por um psicólogo, dois auxiliares de enfermagem e mais um grupo de auxiliares de enfermagem em readaptação profissional”.

Entretanto, vale a pena destacar, em termos de política de humanização, que o diretor clínico não conseguiu opinar sobre o tema. Mais: aparenta não se tratar de assunto do domínio dos médicos e professores. Para o diretor-geral, novamente se pronunciado mais como docente e cirurgião do que como gestor hospitalar,

*“A contratualização já está imposta há bastante tempo. Eu prestava serviço como cirurgião e docente da faculdade. **Não nos preocupamos com esse tipo de coisa**. Porque a nossa área cirúrgica eu já trabalho com alunos no final do curso, já residente, eu não trabalho lá na base. Então assim, eu não posso dar dados, eu não tenho dados concretos, reais, porque eu não vivi essa mudança. Mas ela está funcionando”.*

No que diz respeito à incorporação de tecnologia, pesquisa e produção de conhecimentos em adequação às necessidades dos usuários e do SUS, uma das diretrizes da política para os HEs, o diretor técnico afirma que a aptidão do HE₄ é produzir assistência e que a produção de pesquisa é nula, embora o hospital, por seu

grande volume de atendimento, tenha muito campo e possibilidades para realizar pesquisa. Destaca, por exemplo, que o centro cirúrgico é o que mais produz em todo o País:

*“Esse é um hospital que foi criado para ser um hospital assistencial. Não tinha nenhuma preocupação com a pesquisa. Estamos aqui desde fevereiro tentando criar diretoria de ensino e pesquisa e até agora não foi criado. Estamos numa discussão interna, não está ainda dentro do grupo essa cultura de pesquisa, conhecimento, tecnologia. **Existem dois ou três indivíduos que são pesquisadores, mas não tem nada que faça multiplicar isso, que socialize isso pelo grupo inteiro. De vez em quando, tenho que autorizar umas pesquisas que são feitas aqui, mas a instituição não oferece nada para o pesquisador a não ser a casa. Essa é a nossa deficiência**”.*

A mesma atitude é assumida pelo gestor no que se refere à incorporação tecnológica e pesquisa. O gestor avalia como muito boa a qualificação do corpo funcional da secretaria de saúde e que não pretende gerar novas demandas para o HE₄. Reproduz-se, aqui, a mesma situação já observada nos outros casos estudados, ou seja, a enorme dificuldade dos gestores do SUS de reconhecerem e introduzirem, nas suas agendas, temas como a avaliação e a incorporação de tecnologias, a pesquisa e a produção de conhecimentos a partir das necessidades do SUS. Segundo o gestor, nessa área não foi possível observar nenhum impacto a partir da política de contratualização porque as linhas de produção de conhecimentos do HE₄ estão distantes dos objetos de interesse da SMS e do SUS.

*“Acho que tem sido muito mais no âmbito dos próprios recursos humanos que o hospital tem. Nós da secretaria, eu já discuti isso e penso que se o hospital tiver potencial para propor algumas coisas, nós aceitamos, vamos discutir, vamos olhar. E nessa área, mais do que nas outras, eu não tenho gerado nenhuma demanda para o hospital. A ideia é que os pesquisadores do hospital proponham os temas. Se pudermos ajudar estamos às ordens. As propostas que vierem do hospital serão aceitas liminarmente, não tem problema nenhum. Agora, eu não estou pedindo que o hospital resolva esses problemas **porque a cultura científica do hospital, em grande parte, é muito hospitalar. E não é bem a ótica de saúde pública. Você tem um pequeno grupo de medicina preventiva que tem outra visão, mas a maioria dos professores tem a visão muito intra-hospitalar, que para o sistema de saúde, nós não conseguimos identificar as interfaces até o momento**”.*

Para a diretora de enfermagem, o HE₄ caracteriza-se por ser muito mais assistencial do que de ensino e pesquisa, embora reconheça que hoje são produzidas mais pesquisas que no passado. Destaca, entretanto, que as enfermeiras assistenciais que estão produzindo pesquisas o fazem com recursos próprios, fora do horário de trabalho.

Em relação à produção de conhecimentos, o diretor clínico, novamente às turras

com a contratualização, refere que o volume de pesquisas caiu muito e atribui isso ao fato do HE₄ estar absolutamente envolvido com a assistência.

“A pesquisa caiu muito, principalmente a dos médicos. Isso é que está nos assustando. As áreas que publicavam não publicam mais. O diretor agora vai tentar ver se ressuscita isso no hospital”.

Na opinião do gerente do PS,

“Acho que é algo que é deficiente em geral no hospital, em todos os setores e principalmente no pronto-socorro”.

O diretor-geral admite que apesar da baixa produção científica, há predominância da pesquisa centrada em especialidades. Destaca, ainda, a total dissociação entre o ciclo básico e o profissionalizante, que caracteriza ainda o modelo atrasado de muitas instituições de ensino superior em nosso País:

“O que eu tenho visto, porque eu participo de trabalhos de mestrado da pós-graduação da faculdade, as dissertações todas têm sido direcionadas para áreas especializadas. Não posso te dizer das cadeiras básicas, porque existe um distanciamento do curso profissional e do básico, parece que são duas faculdades independentes. E o que eu posso ver é que, agora com o regimento, provavelmente nós vamos criar um centro de pesquisa dentro do hospital e essas ações provavelmente vão propiciar que nós tenhamos realmente um núcleo de produção científica, com a amostragem que nós temos que é oriunda da contratualização pelo SUS. Então isso talvez vá propiciar novos direcionamentos para melhorar, por exemplo, atendimento etc., ao paciente”.

Para o diretor-geral, a Faculdade de Medicina ainda é uma escola que forma seus alunos para serem especialistas. Docentes, residentes, alunos e seus familiares têm essa concepção e expectativa.

“Sou cria dessa escola. A visão vigente aqui, a visão ainda das famílias e dos médicos que estudam aqui, é ser especialistas. Não é trabalhar em rede. Minha filha está em São Paulo fazendo três anos em mama. É o que a maioria pensa. Agora, por outro lado, o grupo da medicina preventiva, eu tenho visto, tem implementado ações, participa ativamente, mas essa tentativa de ampliar o cuidado básico merece aprimoramento. Os nossos alunos aqui, se você for fazer uma enquete, 90% querem fazer residência em especialidade. Mudar depende realmente da vontade da direção superior da instituição porque não somos autônomos. Somos um órgão suplementar ligados à reitoria. A política dominante é a política da reitoria”.

Para o diretor administrativo, muito antes da contratualização, a universidade já tinha um ritmo de pesquisa que não foi alterado. Em sua opinião, a baixa produção *“não desqualifica a contratualização”*.

Em relação à incorporação de tecnologias, o diretor administrativo destaca as ações em curso, como uma área de bioengenharia bem-estruturada que, em sua opinião, foi indiretamente estimulada pela contratualização, visto que dependeram

muito mais de esforços e opções internas. Reconhece que não há relação com o gestor para definição de uma nova tecnologia. Em sua visão, os poucos avanços na área são oriundos das parcerias com o governo do Estado e a própria Universidade.

De acordo com o diretor-geral, as ações de incorporação de tecnologia não são efetuadas no HE₄ e se restringem ao grupo denominado internamente de “gerência de risco”, sem relação com o gestor. Já o assessor do reitor é direto e objetivo: **“Se você pergunta o que eu tenho a dizer sobre tecnologia: NADA!”**

Analisando os motivos que impedem a equivalência entre os quatro eixos propostos pela política, o assessor do reitor produz interessante crítica à política de contratualização:

*“É uma somatória de fatores. A parte de ensino nos hospitais universitários se encontra dissociada do SUS. Por mais que se tenha o instrumento, a ferramenta, metas estabelecidas para a parte de ensino desse contrato, ainda existe um buraco no meio disso para que ocorra a integração. E se o ensino também não participar adequadamente disso não vai funcionar. **Essa parte não está bem formatada. E aí vale para pesquisa também e a parte tecnológica. Esses quatro eixos ainda não estão adequadamente formatados de uma maneira que estejam integrados. Falta integração da assistência com os outros eixos. Acho que há uma dissociação disso**”.*

Essa última estação visitada permitiu, ainda, no campo da micropolítica, aprofundar um tema que também se apresenta nos demais casos estudados: a não-capilarização da política de contratualização. De acordo com o assessor da reitoria, um dos problemas mais importantes observados na contratualização foi a não-capilarização das metas para dentro do hospital, com cada setor e equipes, a despeito do esforço reconhecido efetuado pela direção anterior do HE₄. É o que ocorreu, por exemplo, na qualificação da gestão hospitalar após a contratualização. Reconhece que houve avanços, mas avalia que o índice de conhecimento dos termos contratualizados entre os trabalhadores da organização hospitalar é baixíssimo. Segundo ele:

*“Melhorou muito, mas ainda está engatinhando. Melhorou porque algumas coisas que já deveriam estar sendo feitas anteriormente passaram a ser feitas com a contratualização. Você tem um contrato, um documento jurídico, que estabelece parâmetros para que possa estar se adequando. Um exemplo dentro do aperfeiçoamento do processo da gestão é a implantação do prontuário gerencial. Quando a atual gestão assumiu o hospital não estavam todos os setores com prontuário gerencial, estava se trabalhando para isso. E talvez pela mudança, isso **ainda não está acontecendo na forma que deveria acontecer**. Outro dado que eu acho importante na questão interna de gestão hospitalar é **que esse documento jurídico é realizado apenas por um grupo, sem estabelecer um processo ascendente**, aí fica um pouco furado. O contrato é um instrumento para o hospital andar, porque ele estabelece o que a gente vai fazer ou não perante o sistema de saúde. E aí vocês me perguntam, internamente, **como é que está o conhecimento***

desse contrato pelos trabalhadores do hospital? O índice é baixíssimo de conhecimento e de informação. A gestão anterior fez um esforço danado tentando trazer os setores do hospital, mas houve uma dificuldade e não se consegue isso tudo. **Às vezes, quando vai medir um indicador e a comissão tem que se direcionar ao setor e fazer levantamento de várias coisas, esses setores não estão nem sabendo para que é aquilo.** Acho que essa integração interna, essa cadeia, deveria ter”.

E complementa:

“Será que todo mundo sabe o que está contratualizado? Não. O primeiro documento que eu levei para o reitor, ele nem tinha tomado posse ainda, levei o convênio do hospital. Ele não conhecia. Não tinha uma divulgação adequada”.

Entre os diversos “mitos” ou “obsessões” que assombram as organizações, inclusive as de saúde, um dos mais fortes é de que ainda falta comunicação. O problema seria, sempre, de falta de comunicação, em um sentido bem tradicional do termo (emissor-receptor), em geral pensada como topo-base, do gestor para as equipes, é claro, desconhecendo que o processo de comunicação é um fenômeno muito mais complexo que envolve interesses, focos de atenção, lugares que se ocupa – e, por que não? – também relações de poder. Ou, dito de outra forma, há *muitíssima comunicação*, informação circulando, na organização, mas não na lógica sonhada pelo gestor. Aliás, outro “mito” é que falta “avaliação”, pois parece que chegará um dia em que poderemos avaliar (e controlar) tudo e sairemos do “empirismo” e da falta de “planejamento” (outro mito, como vimos).

A pequena participação da comunidade hospitalar na elaboração do contrato de metas fez com que os compromissos derivados não fossem assumidos pelos trabalhadores, médicos e professores vinculados ao HE₄. Esses atores não se consideram artífices e corresponsáveis pelas metas. Ao contrário, atribuem sua confecção ao gestor, à direção-geral, ao Governo Federal e tratam de se opor da maneira possível, ainda que se sintam controlados por elas. Segundo o diretor técnico, que só participou da elaboração dos aditivos quarto e quinto da contratualização,

“A contratualização foi feita há cinco anos pela outra gestão e eu não participei. Sou docente, mas minha área não foi chamada. Não foi muito participativa. (...) Pactuaram por mim. Alguém fez por mim. Na época, eu chefiava um serviço e de repente o serviço foi contratualizado com uma determinada meta que eu desconhecia. Certamente foi usada uma média histórica, mas eu fazia meu atendimento e de repente não batia com a meta”.

Das declarações do gerente do PS apreende-se, mais uma vez, que o processo de contratualização não foi capilarizado. As metas são percebidas como algo construído

por alguém com poder suficiente para transformá-las em compromissos institucionais, mas não para operar mudanças conscientes e com adesão dos trabalhadores no processo de trabalho:

*“O que percebi em relação ao PS é que já tem algumas metas pactuadas. **Fiquei sabendo de várias que até atrapalham o nosso funcionamento,** mas eu não participei de nenhuma. Parece que isso foi tudo autorizado pela gestão anterior, não foi nem essa direção atual do hospital. Ficamos sabendo de várias pactuações que foram feitas recentemente. Eu particularmente não participei de nenhuma”.*

Ao contrário do que é prometido por outros dirigentes do HE₄, que relatam que a revisão do contrato que finda em dezembro de 2009 está sendo feita por meio da construção de um processo mais participativo, capaz de diminuir a alienação dos setores e trabalhadores do hospital em relação às metas contratualizadas, de forma que possam se corresponsabilizar por elas, nota-se, no discurso do gerente do PS, que há uma reprodução dos vícios denunciados:

“Se no momento está tendo alguma nova pactuação, eu não estou sabendo. Também não estou participando. Estou até procurando entrar em contato com eles porque algumas atrapalham um pouco o funcionamento”.

O gestor municipal faz uma avaliação geral da política de contratualização interessante em relação à necessidade de sua continuidade:

“Acho que é mais uma tentativa de progresso. Conheço bem essa história dos HES desde 1975, quando se fez o primeiro convênio, depois ocorreram todas as mudanças. Acho que é um avanço a contratualização. Agora, como sempre, a gente está num período de maturação. E a política pública, pelo que eu sinto, vai ter que ter uns dez anos para gente ver resultado, se houver continuidade. O problema é que você começa, daí a três ou quatro anos entra outro dirigente e muda o rumo. Ou seja, se houvesse continuidade administrativa, os frutos seriam muito bons. Minha expectativa é que haja continuidade, para ter os resultados, condições de avaliar. Mas nem sempre isso ocorre por questões políticas e partidárias. Isso prejudica o hospital. Por exemplo, no HE₄ entrou um grupo politicamente antagônico ao anterior. Haverá continuidade? Ainda bem que eu estou lá e tentando equilibrar as ideias”.

A questão do *tempo* é outro assunto interessante. É comum que os males da organização também sejam atribuídos ao tempo. Alega-se que *“o projeto ou o processo é bom, mas o problema é o tempo”*. Que tempo é esse que nunca se realiza? O diretor-geral analisa o futuro com muito otimismo e acredita que o fato novo é a postura do MEC em relação à política de contratualização:

“No pouco tempo que eu estou aqui, eu tive a oportunidade de estar até em Brasília com ministros, secretários executivos, mesmo em alguns momentos em reunião com alguns reitores, com a ABRAHUE. Meu sentimento é que por parte do governo está havendo um interesse e uma tentativa de melhorar os hospitais universitários. Esse é o sentimento que eu tenho. Nesses meus 35 anos de estrada, eu nunca vi

isso. Para mim está sendo uma coisa até impensável há algum tempo atrás, e eu sinto que realmente está sendo bom. O que eu tenho sentido disso é que o interesse por parte do Governo Federal é uma coisa inédita. Eu nunca vi isso. Nunca senti isso. E estou muito feliz por estar participando agora desse processo. Com toda in experiência administrativa, isso tem nos impulsionado para que possamos aproveitar e sugar ao máximo e com isso a gente possa propiciar um melhor atendimento. Nós precisávamos nos preparar para isso, por exemplo, ter curso de gestão, de orientação, mas até então, especificamente aqui, digamos na região, nunca houve esse tipo de ação. Está tendo agora e por isso que a gente fica um pouco perdido. Mas estamos caminhando, vai dar certo”.

Com o término do primeiro contrato previsto para dezembro de 2009 e a oportunidade de promover uma revisão mais ampla dos termos contratualizados, percebe-se que os questionamentos e críticas que os dirigentes do HE₄ fazem à contratualização deverão fortemente influir no desenho do próximo contrato. Trata-se de visões nitidamente marcadas pela lógica financeira, ou seja, marcadas pela preocupação de rever o perfil assistencial do hospital em busca de uma composição de equilíbrio na relação receita/despesa. O assessor do reitor, por exemplo, assim se posiciona:

“Estamos no momento de término do convênio. Vamos partir para outro processo de contratualização. Dentro da própria direção há perguntas como: será que vai ser positivo para o hospital continuar atendendo uma gama muito grande de demanda de procedimentos de média complexidade? Será que vai ser? A minha opinião é que não. Deveríamos diminuir os procedimentos de média complexidade, porque o equilíbrio financeiro passa a ter um horizonte melhor. Porque se você pegar a pactuação de média complexidade, a tabela de procedimentos não é compensatória. Tem que manter a média complexidade, num valor alto ainda, mas acho que não do jeito que está aqui. Para ensino não precisa disso”.

O diretor técnico, por sua vez, expressa sua convicção centrada na lógica de procedimentos para analisar a renovação do contrato que se avizinha. Nesse momento, percebe-se, claramente, que cinco anos de experiência com uma lógica diferente de alocação de recursos não alterou em nada a cultura ainda centrada no pagamento por produção e na tabela de procedimentos do SUS, que imperam em nosso sistema nacional de saúde:

“Acho que o principal objetivo para nós será diminuir o prejuízo financeiro, porque essa dívida é grande. A fundação não suporta mais, Nós temos 1.900 funcionários na fundação, que consomem mais de 50% do faturamento do hospital. Eu tenho que tentar fazer aqueles procedimentos que me remunerem melhor e deixar de fazer aqueles que me levam ao prejuízo. Isso vai ter um impacto no atendimento da região, porque sou um grande produtor de trabalho de média complexidade e a gente não tem estrutura para isso. A expectativa é pela abertura do hospital municipal. Mas eu tenho que manter um nível que satisfaça as necessidades do ensino”.

O diretor técnico reconhece que os gestores e a direção do HE₄ não tinham ferramentas gerenciais para avaliação e monitoramento do contrato. Vê, no entanto, seu desenvolvimento como estratégia de fundamental importância para selecionar aquilo que deverá compor o novo contrato. Embora use o ensino como justificativa, suas razões são claramente financistas:

*“Isso não existia, era muito por meio de suposições. Agora nós estamos criando isso pra ter um dado real e poder negociar nesse novo contrato. Se aquilo não é favorável, eu não negocio, não coloco como meta de atendimento. Vou cumprir uma meta de ensino. Como aqui no hospital tem muitas residências médicas, preciso de uma meta para que eu possa ensinar esses alunos. Estou formando para o SUS e tenho que ter uma quantidade mínima de procedimentos para esses residentes realizarem. **Nesses procedimentos deficitários, vou reprimir a oferta**”.*

O diretor-geral do HE₄ desenvolve um longo raciocínio para confirmar a mudança de perfil assistencial em curso na revisão do contrato. Segundo ele, a melhoria do atendimento ao usuário passa, obrigatoriamente, pela qualificação profissional, mas, no momento, o hospital não consegue investir nisso, pois ao liberar um profissional para que se locomova para outras cidades para capacitação, impõe um prejuízo ao serviço. Ou seja, indica que na renovação do contrato diminuirá a oferta de procedimentos de média complexidade e ampliará a alta complexidade, utilizando como principal justificativa os limites para a contratação de pessoal impostos pela legislação, pela reitoria e pelo MEC. Esse é o desejo manifesto, embora acabe admitindo que com o PS aberto não terá como impor uma racionalidade tão definida e controlada como gostaria.

“Nós dependemos realmente do Governo Federal. Se não houver liberação de vagas, na próxima contratualização talvez nós tenhamos até que diminuir alguns procedimentos de média complexidade em detrimento dos procedimentos de alta complexidade. Aqui, sendo um hospital terciário, e com a abertura do hospital municipal, esse direcionamento vai acontecer. Seja o atendimento primário e secundário, esperamos que sejam direcionados ao hospital municipal. Mas nós sabemos que não vai ter como garantir. O calcanhar de Aquiles de qualquer hospital é o pronto-socorro”.

O diretor administrativo também avalia que o principal problema do HE₄ é sua conformação assistencial:

“Muitas vezes um hospital como o nosso, que é um hospital de porte, especial, que tem uma classificação mais resolutive em alta complexidade, acaba se detendo em procedimentos que poderiam ser atendidos em outros pontos da rede e que acabam gerando um custo muito alto para nós, e que dificulta, por exemplo, em ter mão de obra, ter profissionais para atender na alta complexidade porque boa parte dos casos, alguns que trabalham na alta complexidade acabam tendo comprometimento também no básico. Eu penso que esse é um norte interessante

para sair dessa nova contratualização, definindo melhor essas medidas que é possível atender”.

No novo contrato, segundo o diretor administrativo, a instituição pretende reavaliar essa oferta “excessiva” de serviços ao SUS. Pretendem ter leitos didáticos garantidos e não contratualizar 100% dos leitos para o SUS, para **“não comprometer a academia”**. Em sua opinião:

*“Obviamente que aquela discussão que havia em alguns hospitais de uma terceira porta para convênios particulares foi descartada nessa administração. Nós não queremos retroceder. Mas é importante que a parte acadêmica seja preservada. **No momento que você tem 100% dos leitos, todos incluídos na contratualização, dificulta bastante** essa parte, mas assim, essa é uma questão mais informativa pra perceber essa tensão interna que existe aqui de assistência e a parte de formação mesmo”.*

A expectativa da diretora de enfermagem é que o próximo contrato será **“maravilhoso”**:

“Talvez seja o momento da gente poder assumir a alta complexidade e deixar a média complexidade um pouco para o hospital municipal. O que é interessante para o ensino aqui, o que é interessante para o usuário na assistência. Não posso ver só ensino, ter o foco só na pesquisa. Tem que ver todos juntos. O que vai ser mais interessante para esse usuário. Ensino é importante, assistência também é, então dentro disso, o que eu vou poder atender com qualidade, com segurança para esse usuário e não ter prejuízo. Ele vai para onde se eu não puder atender? O município pode passar algumas coisas pra gente também, como capacitação ou alguma coisa interessante que tenha para poder dividir. Não dividir só os problemas, né?”

Transcorridos cinco anos do início do processo de contratualização, a visita a esta *estação* deixa transparecer a nítida impressão de que o futuro pode significar uma volta ao passado.

A contratualização e a dinâmica política local

Um dos aspectos que devem ser considerados na análise do caso do HE₄ é a dinâmica política local. Em nenhuma outra *estação* visitada a “contaminação” da contratualização por elementos da conformação política local se vislumbra com tanta potência, ao ponto de constituir uma nova categoria empírica, não observável nas *estações* anteriores. Não que não haja sempre um contexto local a ser considerado nas experiências analisadas anteriormente, mas, no caso do HE₄, ele é determinante ou, pelo menos, tem um peso muito forte na condução da política. O peso do contexto

local é tal, que foi necessário realizar entrevista adicional com o ex-reitor, não prevista inicialmente no estudo, para um melhor esclarecimento de determinados pontos colocados pelos atuais dirigentes.

Retomando a questão dos “mitos”, o projeto de reestruturação dos HEs formulado no âmbito do Governo Federal parece trabalhar com a ideia de que a política de contratualização seria realizada em um campo neutro, esterilizado de atores, uma folha em branco onde seria possível “grafar” sua política. É mais um elemento de uma visão funcionalista.

O recente processo de transição na reitoria e na direção do hospital implica num cuidado adicional na avaliação emanada dos atores em posições de direção no estabelecimento hospitalar de ensino. Segundo o gestor, que compreende como poucos a dinâmica interna do HE₄:

“As pessoas assumiram o cargo em janeiro, fevereiro. Até isso chegar aos outros níveis, demora e é natural. Um dos problemas de hospital universitário é que você muda a cada quatro anos os dirigentes que normalmente são líderes acadêmicos e que de assistência médica e administração hospitalar conhecem bem pouco, mas esse é um problema dos hospitais do MEC”.

Compreender parte das disputas em jogo e o sentido de várias falas captadas nas entrevistas que foram compondo as diversas categorias empíricas discutidas até aqui, portanto, exige que nos apropriemos de elementos da conjuntura política local, estabelecendo conexões que nesta *estação* apareceram com forte intensidade.

Como visto anteriormente, a administração financeira do HE₄ é efetuada pela fundação, sua “proprietária”. O gestor municipal atribui os avanços limitados obtidos à situação de ambiguidade da direção-geral, que não tem efetivamente a gestão administrativa e financeira da instituição, embora assuma as responsabilidades pela gestão do cotidiano e enfrentamento das graves demandas. Em sua opinião:

“Houve avanços, mas está muito longe do que a gente gostaria que tivesse, porque você tem uma situação aqui ambígua. O hospital é administrado por uma fundação, que é o proprietário do hospital. Até 1999, quem era contratado era a fundação. Em termos de gestão hospitalar, a fundação é o órgão financeiro. (...) A estrutura universitária é complexa, não é fácil a gente aprimorar a gestão com a visão profissional que se tem hoje no setor saúde. Mas feitas as devidas atenuações do “duplo comando”, tem certas horas, eu acho, que o diretor do hospital mesmo é o administrador lá da fundação. Parece que o diretor daqui não é o diretor, porque não tem um comando único. Mas é ele que está sentindo as dificuldades da gestão. Acaba não atingindo a meta”.

Segundo o gestor municipal, novamente se expressando a partir de sua

experiência como docente e ex-dirigente universitário:

*“Nos momentos em que eu fui diretor do hospital, eu era também o diretor da fundação, porque eu não aceitei ser diretor do hospital sem poder controlar o setor financeiro. Eu fico com as demandas e não tenho capacidade de resposta. Mas acontece que **na administração de 2000 até 2008, houve um consenso que era necessário ter um profissional de administração para controlar as despesas do hospital** já que o hospital gera muita despesa, é muito caro, há um rombo, déficit... Essa dicotomia dificulta a intenção de você querer melhorar a gestão. Porque há um conflito, **você tem um raciocínio que é o do administrador, avaliando as dívidas e o disponível. E o outro raciocina sob as demandas e a necessidade de aprimorar uma série de coisas.** Quando isso fica na mão de uma mesma pessoa, você tenta conciliar o disponível com as necessidades. Acontece que a gente teve uma configuração durante a contratualização, que eu acho que dificulta querer solucionar qualquer problema. É uma crítica construtiva. Claro que com uma dívida grande, com 20 milhões de dívida, ele não vai querer entrar no hospital e saber das necessidades e prioridades do hospital. É uma peculiaridade local, mas acho que quem tá vivendo os estrangulamentos da gestão não tem capacidade de gastos e as coisas chegam para quem tem capacidade de gastos muito atenuadas, sem a compreensão das dificuldades do dia a dia. Apesar dessa configuração desfavorável, algum progresso tem havido. Quem conheceu o hospital acha que está caminhando. Mas está longe de estar onde a gente gostaria”.*

Note-se que essa decisão se reporta à estratégia criada pelo grupo político do ex-reitor, ligado à escola de engenharia da universidade, para estancar e sanear o endividamento crescente do HE₄ e para restringir a autonomia e manter sobre certo controle o grupo a quem ele sucedeu na direção da universidade, liderado por médicos-professores que dominaram por muitos anos a política institucional, no âmbito da reitoria, da Faculdade de Medicina e do Hospital Universitário.

De acordo com o ex-reitor (2000-2008), as mudanças estatutárias aprovadas ao final de 2003 diluíram muito o poder do reitor e do presidente da fundação, delegadas ao Conselho Curador, permitindo maior participação da comunidade acadêmica. Segundo sua visão, ainda se registram conflitos entre a diretoria-geral do hospital e a direção executiva da fundação, à medida que um quer e precisa gastar e o outro não tem orçamento e contingência.

O assessor da reitoria fornece importantes elementos históricos para compreender os embates entre os gestores e a direção do HE₄, que se expressam de forma explícita ou cifrada em diversas entrevistas realizadas. Para ele, as resistências são anteriores ao processo de contratualização porque envolvem uma série de questões políticas e históricas:

“O que eu lembro é que parece que houve alguns questionamentos internos. É importante recordar. Nosso município assumiu em 1996 a gestão semiplena. Até 96 estava sob a gestão do Estado. Eu lembro que na época o teto do HE₄ definido com

*o Estado, por questões políticas, era insuficiente e toda a prestação de serviço ofertada pelo HE₄ ficou dentro desse teto, logicamente insuficiente. Isso foi o primeiro embate. A produção era muito solta, o pagamento era por produção e de repente o município assume a condição de gestão, tem um recurso orçamentário e passa a controlar. O município teve que estabelecer uma programação físico-orçamentária do teto e colocar o hospital dentro do sistema de rede, que até então não estava. O hospital teria que participar de um sistema de rede municipal e regional também. **Esse processo – esse embate e as resistências – iniciou bem antes da contratualização.** Brigas homéricas com a gestão. O MEC teve que intervir várias vezes com auditorias, o MS... Aqui era um hospital que semanalmente havia uma auditoria municipal por causa dessas questões. Eu colocaria assim que **o processo de resistência é anterior ao processo de contratualização** porque envolve uma série de questões políticas. No processo de contratualização, as coisas já tinham se acalmado mais, o município passou a ter um processo de controle mais adequado, e também por parte do hospital, ele passou a aceitar mais esse processo de controle, de regulação, trabalhar com uma meta física e orçamentária, mas sempre com o impacto às vezes financeiro não suficiente para o hospital ter uma autossustentação adequada”.*

O diretor-geral não consegue analisar se houve, na época da contratualização, resistências internas, jogos de poder e conflitos em relação à contratualização.

“Meu sentimento é que não houve porque eu não estava como diretor e, digamos assim, a resistência que eu noto que nós estamos vivendo atualmente é mais em decorrência da política partidária. O reitor que ganhou não era o reitor que eles queriam. A direção está aqui, mas não foi eleita, então tem essas particularidades”.

Cabe retomar, aqui, a análise já efetuada a partir dos relatos da diretora de enfermagem. As resistências são fortemente motivadas pelas disputas internas, pelo fato de que a atual direção não foi escolhida por eleição direta. Portanto, muitos dos embates estão inseridos e devem ser compreendidos nesse contexto forjado na micropolítica.

Há outra polêmica que coloca setores do HE₄ em campos opostos e é reveladora das fissuras internas. Trata-se da discussão em torno da destinação de 100% da oferta de serviços do hospital ao SUS. O HE₄ destinava cerca de 10% dos seus serviços para o setor privado até 2000. Portanto, quando foi contratualizado, em 2004, já disponibilizava 100% SUS. O tema, entretanto, continua sendo alvo de disputa. Segundo o diretor técnico, foi uma decisão tomada pela direção do hospital, com apoio do ex-reitor, em certo contexto político, aproveitando-se das pressões que as denúncias de dupla-porta pelo Ministério Público vinham causando no Hospital das Clínicas em São Paulo, mas com forte resistência interna. A direção atual compartilha a visão de que o HE₄ não deveria ter deixado de atender convênios e particulares e acusa a direção anterior por ter piorado a situação financeira do hospital ao definir 100% da

oferta ao SUS.

Nos casos estudados anteriormente, não foi possível vislumbrar com a mesma intensidade o atravessamento da política local sobre a política de contratualização.

Chama a atenção, ao analisarmos o processo de contratualização a partir da micropolítica, o papel reivindicado pelo Secretário Municipal de Saúde de “mediador de conflitos”. Convocado para assumir a gestão municipal em 2007, em pleno contexto de crise entre o secretário de saúde anterior e o diretor do HE₄, utilizou sua experiência institucional, caracterizando-se como um personagem marcado assumidamente pela dupla-militância, para apaziguar as relações entre as duas instituições. Estabeleceu uma forte interlocução no âmbito da direção do HE₄ (tanto a atual como a anterior), destacando um dos profissionais que fazia a gestão do contrato de metas na SMS para ser o responsável pelo contrato por parte do hospital. Fortaleceu, ainda que numa relação bilateral circunscrita, a Comissão de Acompanhamento do Contrato, que passou a se reunir trimestralmente, e constituiu uma agenda de trabalho com representantes designados pelas partes mensalmente. Segundo ele:

“Só tenho cobrado dessa comissão que aja com toda liberdade e técnica, na ótica deles e eu fico só num nível político de equilibrar a relação com a direção do hospital, dada a configuração em que eu assumi, de grande conflito entre o Conselho Municipal de Saúde e as duas maiores autoridades, o gestor e diretor do hospital”.

De acordo com o ex-reitor, o diretor-geral do HE₄ no período anterior jamais teve pretensões políticas e foi “acusado” disso por ter sido filiado a um partido de oposição ao prefeito atual. Segundo ele:

“Ocorre que o jovem secretário de saúde anterior era inexperiente demais e queria mostrar serviço ao prefeito, glosando nossas contas e pagando menos ao HE₄. Assim sobrava mais dinheiro para os demais encargos da prefeitura e o HE₄ que se virasse em Brasília para arrumar mais recursos. Óbvio que o diretor-geral não aceitava esses cortes e os dois entravam em conflito, até que o prefeito perdeu a paciência e trocou de secretário. Com a entrada do atual gestor municipal, reitor duas vezes, ex-diretor do HE₄, ex-diretor da fundação, etc., enfim, pessoa sábia e com experiência de todos os lados do problema, acabaram os conflitos. O meu diretor-geral tinha razão!”

Entender os conflitos a que se refere o gestor municipal requer compreender o papel que o HE₄ representa no sistema de saúde e o poder atribuído ao seu diretor. Naturalmente é necessário ainda reconhecer outros interesses ocultos, como, por exemplo, o peso do HE₄ no que se refere aos interesses privados, da corporação

médica e das operadoras de planos de saúde pelo fato de se constituir no maior prestador público de alta complexidade da região. Segundo o Secretário Municipal de Saúde:

*“Em nosso município, a situação é muito peculiar. O diretor do hospital em determinados momentos parecia que era o Secretário Municipal de Saúde, porque ele é o dono do único hospital que resolve tudo. Tendo aspirações políticas partidárias fazia a média com a região e tudo ele resolvia. E o gestor não resolvia nem na cidade dele. **O gestor em certas horas acha que tem que esmagar o diretor do hospital. Termina sendo refém do hospital.**”*

Significa, ainda, compreender outras relações de poder que se estabelecem no âmbito da conformação das correlações de forças entre os diferentes atores a partir dos papéis atribuídos. O gestor enfrenta o “poderoso” diretor-geral do HE₄, que por sua vez é obrigado a lidar com o presidente da fundação. O gestor ainda tem que se relacionar com a organização social maçônica que faz a gestão dos contratos terceirizados da rede municipal (praticamente todos os empregados que atuam na rede básica são contratados por esta organização). De acordo com o gestor municipal de saúde:

“Tem ainda outra configuração aqui interessante: a rede de saúde pública é gerenciada por uma fundação maçônica. O empregador é terceirizado. Certas horas parece que o presidente da Fundação é que é o gestor. Você tem, em certas horas, a atenção básica, o presidente da fundação e o gestor. Quem menos decide é o gestor porque o presidente da fundação assina a carteira, é o empregador, é maçom, tem toda uma malha de poder, a corporação maçônica funciona, realmente (eu não sou maçom) e certas horas o diretor do hospital também extrapola as funções de diretor do hospital. É uma realidade muito diferente nessa situação de emergência predominando. O diretor do hospital ser único. Certas horas o gestor é refém, ora da fundação, ora do hospital. Eu tenho atenuado essa situação, me dou muito bem com a direção do hospital. Logo que eu entrei, no dia seguinte, já mudou muito o relacionamento porque eu conhecia já os diretores e eles me respeitavam muito e eu os respeitei também, e em seguida o próprio presidente da fundação. Sou uma pessoa que já fui reitor, diretor do hospital, mais velha... Acalmou um pouco”.

O gestor tem clareza de que as partes expressam interesses antagônicos e que lidar com a instituição acadêmica requer reconhecer sua complexidade, ainda mais em um hospital tão marcado pelo peso da assistência de urgência. Questionado sobre o impacto dessas relações de poder sobre a política de contratualização do HE₄, o gestor afirma:

*“As políticas públicas encontram dificuldade em vencer esses obstáculos da realidade local. Quando você traça uma linha e **chega na realidade local você encontra obstáculos não muito fáceis, que é estrutura acadêmica pesada com um ônus grande de assistência.** E quanto à comissão, eu tenho mantido assim, quando tiver algum impasse, é natural que esteja cada um de um lado e que haja conflito.*

*Eu sempre digo para eles que eu e o diretor vamos equilibrar os aspectos técnicos de impasse. Puxem a corda e deixem eles puxarem também. É da essência. **Os interesses são antagônicos.** Discutam com toda liberdade, podem cobrar resultados, o contrato e tal, o que não acontecia na outra comissão porque um tomava partido de um lado, outro de outro. Só pra ter uma ideia, **pra renovar o contrato, fui eu que renovei porque não havia consenso. Entrei e em 15 dias renovamos o contrato. Porque eu não tomei o partido dos meus técnicos. Eu quero que eles me alimentem de informações. E eu medie a negociação no meu nível**".*

Segundo o gestor, o conhecimento que possui da universidade e do HE₄ são elementos facilitadores do processo de negociação e mediação de conflitos com o hospital e sua direção. De acordo com suas convicções:

"Tem sido muito fácil negociar com o hospital porque eu sei quem é o líder do setor, qual é a capacidade de prestação de serviço. Eu ponho o dedo na ferida fácil, conheço esse hospital na palma da minha mão. Ficou muito fácil negociar porque eu falo para o meu coordenador de urgência e emergência que não adianta pedir para o hospital o que ele não tem condições de fazer, que ele não vai engolir essa fila de duas mil cirurgias eletivas de otorrino aguardando três anos. Vamos montar um esquema paralelo, se a gente quer, vamos fazer um mutirão aqui fora. Lá não tem, não adianta. Eu acho que o meu conhecimento da estrutura do HE₄ tem facilitado. Eu já sei o que eu posso pedir ou não. O que eu peço, pelo menos nesses meus três anos de secretaria, tanto ao diretor anterior quanto ao atual, tem condição de ser atendido".

O gestor reconhece claramente, para além dos limites relativos à capacidade operacional e financeira do HE₄, a complexidade e oposição manifesta da instituição médica e da instituição acadêmica, que relutam em aceitar ou aderir às mudanças que impliquem em diminuição de sua autonomia, maior controle sobre sua atuação profissional ou qualquer outra forma de ação identificada como afronta aos interesses estabelecidos.

"O meu técnico pede, começa a ter atrito, fica bravo e eu chego e arbitro. Isso não adianta pedir. Que não tem condições de fazer. Que eu conheço o professor titular, o chefe da disciplina. Não adianta, que isso não vai acontecer. É um obstáculo intransponível. Vamos ter que fazer algo diferente. Conhece os equipamentos, a idade dos equipamentos? Tem que montar esquema fora. Fiz contratualização com rede privada. Facilitou muito o fato de eu ser ex-diretor do hospital. Não tem, portanto, como ele não me atender porque nunca pedi além do razoável".

O secretário de saúde, que demonstra perceber o peso que a instituição acadêmica e seus médicos-professores desempenham sobre o HE, parece acreditar que um hospital público municipal, sem ensino, professores, residentes e alunos, livre das "vacas sagradas" e dirigido com o que há de mais "avançado" em termos de gestão hospitalar e ferramentas de racionalização (representada em seu imaginário por uma OS com mais de cinco anos de existência, acreditada no mínimo no nível II)

seja capaz de não reproduzir os mesmos problemas enfrentados no hospital de ensino e enquadrar o corpo clínico na racionalidade gerencial sonhada. Desconhece ou despreza a instituição médica e o que esta representa em termos de conservação e reprodução na vida do hospital. É o que se pode depreender de suas declarações:

*“No hospital municipal já estou trabalhando numa outra ótica. Vai começar do zero. **Será um hospital só de assistência, sem essa dicotomia de assistência, ensino e pesquisa.** Tenho sido abordado pela escola de medicina de Araguari para que o internato seja no hospital. De jeito nenhum! Lá vou trabalhar com profissionais para atender demanda, não vai ser hospital de ensino se depender de mim. Só se o prefeito tomar uma decisão política. Vai ter residente? De jeito nenhum! Eu sei que o custo do residente vai aumentar e o rendimento vai ser mais lento, a média de permanência vai ser maior... Eu estou animado pela existência de um hospital municipal para equacionar a demanda existente. Já tem um hospital universitário que é lá na universidade e está muito bom. Estou licitando a OS com experiência em administrar para assumir o hospital. O requisito é que atue na área da saúde há cinco anos e tenha acreditação, no mínimo, nível II. Mas **isso não é possível no hospital universitário, aprimorar a gestão a esse ponto. O eixo acadêmico impede.** A liderança vem dos docentes, é professor titular com doutorado, pós-doutorado no exterior, uma vaca sagrada, que você não consegue enquadrá-lo em certos procedimentos gerenciais”.*

De qualquer forma, a visão que os demais atores têm do gestor municipal é significativa para a análise de seu papel no contexto da micropolítica e pode ser evidenciada na expressão do diretor clínico, para quem **“o gestor, que é médico e já foi diretor desse hospital, “manda” no HE₄”.**

Para o ex-reitor (2000-2008), o gestor tem usado de fato sua experiência para atuar muito bem como mediador. Destaca, inclusive, que a situação política da prefeitura se estabilizou com sua ida para a SMS, contribuindo decisivamente para a reeleição do prefeito ainda no primeiro turno. De acordo com o ex-reitor,

“Todo o mundo político do município reconhece que a entrada dele na secretaria mudou a rota da prefeitura”.

Contrastando com a visão de um “gestor forte”, tem-se a figura do diretor-geral do HE₄, que demonstra, ao longo das entrevistas, um claro desconhecimento da política de contratualização e de coisas elementares, tais como: se o contrato possui termos aditivos, se foram negociados novos planos operativos, como se dão os mecanismos de controle da parte variável, etc. Note-se que ao contrário do que foi visto nos demais casos estudados, em que o diretor-geral já vinha ocupando o cargo havia muitos anos, no caso do HE₄, o gestor hospitalar tinha, por ocasião da entrevista, cerca de dez meses de mandato, embora trabalhe na instituição há mais de 35 anos.

A construção da metodologia em processo: produzindo uma nova categoria empírica

Toda a complexidade que envolve os estabelecimentos hospitalares de ensino está presente, de forma muito viva e intensa, nessa última *estação* visitada. O HE₄, em que pese suas singularidades, permitiu a confirmação da adequação das categorias empíricas que foram utilizadas para a análise dos dados das *estações* estudadas anteriormente, ainda que com variadas **intensidades**. A despeito disso, foi necessária a produção de uma nova categoria, em função de características locais muito específicas¹³.

Em relação à categoria *impacto do financiamento*, cabe destacar que não há concordância entre os atores entrevistados sobre o impacto na situação econômica do HE₄ pós-contratualização. Na verdade, não há aqui predominância de falas centradas no financiamento, como observado nos demais HE, em particular no HE₁. Se for considerado que o HE₄ tinha a segunda maior dívida nominal entre os hospitais federais em 2004 e que a crise financeira pautava sua relação com os gestores federais, pode-se considerar que há considerável impacto e um deslocamento da agenda central do HE₄. Contudo, isso não é reconhecido por todos os dirigentes entrevistados.

Em parte, isso parece decorrer das circunstâncias político-institucionais locais que envolveram as recentes mudanças na direção da reitoria e do próprio HE, embora também devam ser considerados aspectos já presentes nas *estações* anteriores, como a insegurança em torno da forma como o MS conduz a política, sem a garantia de reajustes ou o realinhamento necessário para fazer frente aos compromissos assumidos no contrato de gestão.

Não obstante tenha havido, inicialmente, perspectivas de recuperação da grave

¹³ Reiteramos, aqui, o comentário que já havíamos feito no capítulo da metodologia em relação ao quanto a categorização, na linha apontada por Bardin, será sempre um procedimento arbitrário, a depender dos interesses, referencial teórico e experiência do pesquisador, entre outras coisas. Assim, a categorização sempre sofrerá de uma “tensão constitutiva”, que lhe é própria, porque haverá o que “transborda” ou foge o tempo todo do ordenamento pretendido; aquilo que fica “fora” das categorias que estão sendo utilizadas. Estivemos conscientes disso o tempo todo, e assumimos os riscos de irmos utilizando as mesmas categorias empíricas para o recorte dos dados dos vários hospitais, trabalhando com o conceito de **intensidades** diferentes para produzirmos as nuances e as singularidades de cada HE. À medida que caminhávamos na análise do material, esses “transbordamentos”, essas “fugas” estavam sempre presentes, mas de alguma forma a subsumíamos às categorias já dadas. No caso do HE₄, em particular, as relações locais apresentaram-se com tanta exuberância, mostraram-se com tanta potência para a reflexão sobre certas insuficiências da formulação da política que foi incontornável a criação de uma nova categoria empírica que lhe desse visibilidade.

situação financeira da instituição, os atores sequer conseguem chegar a um consenso sobre a ordem de grandeza do endividamento do hospital, o que termina por refletir uma marcada força de atração entre as categorias “*impacto do financiamento*” e “*a contratualização: um jogo de atores ausentes*”, presente também em outras *estações*. Chama a atenção como os gestores e dirigentes desconhecem o nível atual de endividamento da instituição e o real impacto da significativa soma de recursos adicionais oriundos do incentivo à contratualização.

A análise dos dados do HE₄ confirma, também nesse caso, a baixíssima competência do gestor municipal para fazer a gestão do contrato e dar vida à contratualização. A fragilidade do gestor local é incompatível com o tipo de gestor idealizado para a condução concreta da política. O gestor municipal, por exemplo, desconhece a lógica de financiamento da política de contratualização dos HEs, não implementou instrumentos de avaliação de desempenho institucional para pagamento da parte variável do incentivo previsto e não se sente obrigado a gerir recursos do incentivo à contratualização. Não foram desenvolvidos mecanismos de controle específicos adicionais para a gestão do sistema, mantendo-se os esquemas tradicionais de poder e decisão. Estabelece-se, assim, em função da “imprescindibilidade” do HE para a assistência locorregional, da (não) capacitação do gestor e da fragilidade da estrutura pública responsável pela regulação (e também dos “acordos de cavalheiros” entre os atores), relações marcadas por excessiva complacência, que fazem com que o contrato de gestão perca sua potência de controle (indicativa de graves problemas na lógica contratualista do processo de empresariamento do Estado).

Por outro lado, os arranjos de participação, democratização e controle idealizados pela política, como já discutidos anteriormente, não conseguem induzir uma nova lógica de gestão do hospital.

Assim como nas demais *estações* visitadas, a *integração do hospital ao sistema de saúde demonstra-se um jogo difícil* (na verdade, difícilimo!), e, na equação do HE₄, apresenta-se como uma categoria empírica de alta **intensidade**. Em um HE sitiado pela demanda de urgência, já que o HE₄, diferentemente dos casos anteriores, tem papel central e exclusivo na oferta de serviços de saúde de alta complexidade e de urgência qualificada ao SUS em âmbito regional, toda essa dificuldade vem à tona. Para os atores, o hospital é tomado pela demanda assistencial e o ensino e a pesquisa acabam

virando “finalidades esquecidas”, motivo de forte tensionamento interno e com os gestores do SUS. É nítido, ainda, o quanto os atores atribuem ao perfil assistencial do hospital, em particular à demanda de média complexidade e às urgências, a origem do desequilíbrio financeiro da organização. A integração ao SUS e a produção de respostas condizentes com as necessidades da população, tão almejada pelos formuladores da política, é apontada como determinante para o “desequilíbrio” pós-contratualização. A percepção reinante é a de que quanto mais o hospital é “tomado” pelo SUS, maior a dificuldade em mantê-lo (e nele desenvolver atividades de ensino e pesquisa). Ou seja, na equação do HE₄, destaca-se a marcada **força de ligação**, como em nenhum outro, entre o financiamento e a articulação do hospital ao sistema de saúde.

A manutenção de parte da demanda de atenção básica no interior do HE₄, em contraposição ao disposto na política de contratualização dos HEs, é outra demonstração do quanto a integração do HE ao SUS é um jogo difícil. A decisão de promover mudanças está nas mãos do gestor municipal, que prefere não enfrentar as disputas internas e deixar que a instituição resolva a situação a partir da sua correlação de forças internas, uma forma de (não) tomar decisão, operada no âmbito da micropolítica.

Da mesma forma, percebe-se a fragilidade dos mecanismos regulatórios, ainda que, como em nenhum outro HE estudado, o tema da regulação apareça com tal **intensidade**. O HE continua com porta de entrada, sem controle da regulação para a demanda espontânea oriunda do município e da região, embora as mudanças já operadas no campo da regulação, ainda que insuficientes, sejam apontadas como o fator mais positivo do processo de contratualização no HE₄. Assim como nos demais casos estudados, a regulação não se dá de fato sobre a totalidade dos leitos. Há percentual significativo de leitos e procedimentos sob “gestão acadêmica”, ou seja, sob regulação interna (embora para vários entrevistados, a percepção é a de perda do hospital que lhes pertencia). Da mesma forma, é nítida a manutenção de relações não-formais que se estabelece a partir de outras variáveis, fora dos contextos organizacionais tradicionais, que se constituem em mecanismos microrregulatórios potentes. Ou seja, aparentemente, há uma situação de transição, de intensa disputa entre uma lógica mais “livre” anterior, em que prevalecia o comando médico – mas,

que já vinha sendo modificada antes da contratualização – e um funcionamento mais regulado do hospital. Um componente importante de autorregulação no hospital se confrontando com uma heterorregulação (sob responsabilidade do gestor).

Como se vê, mais do que em qualquer outra das *estações* estudadas, aqui a **força de ligação** entre as categorias “*A integração do hospital ao sistema de saúde: um jogo difícil*” e “*Contratualização e micropolítica do hospital*” é muito importante.

Por outro lado, assim como no HE₂, a categoria *fetichismo da informação: a irracionalidade da “racionalização”*, não aparece com **intensidade** observada no HE₁ e HE₃, embora aqui também reapareça a promessa de um mundo perfeito, com controle e visibilidade, faltando “apenas” e sempre, aperfeiçoar os sistemas de informação e monitoramento. No nível discursivo, há sempre uma “idealidade consensual” do que se quer, mas que parece ser sempre uma quimera, na prática, uma “miragem da racionalização absoluta”! Não obstante, outro fetichismo ocupa espaço na vida racionalizada desse HE: trata-se da expectativa depositada na potência em um curso de especialização em gestão hospitalar, objeto do desejo dos seus dirigentes, que “resolverá” todos os problemas da organização. Na verdade, a aposta em “capacitações” como a promessa de se conseguir o funcionamento ideal dos hospitais, foi apontada, em alguma medida, por todos os dirigentes.

No que se refere à categoria empírica “*contratualização e micropolítica do hospital*” foi possível observar a regularidade com que se expressa, também nesta *estação*, o conflito entre a lógica administrativa/financeira/racionalizadora e a lógica de funcionamento da instituição médica na instituição (o sistema dual de autoridade). A disputa se dá em torno das relações de poder e o papel de seus médicos-professores na definição dos rumos da instituição.

A análise do HE₄ corrobora a percepção de que a contratualização tem impacto limitado para qualificar a gestão, por desconsiderar as relações de poder que se estabelecem na organização e que a disputa entre os atores internos da instituição acadêmica e da instituição médica são determinantes e interferem sobre seu destino, aspecto desconsiderado pela visão gerencialista que aposta em ferramentas de gestão mais ou menos modernizantes e racionalizadoras, no “choque de gestão” capaz de produzir as mudanças almejadas na organização hospitalar, sem considerar elementos da micropolítica.

Resistências e disputas internas estão presentes com tonalidades muito expressivas nessa *estação*. A contratualização foi largamente utilizada pelos dirigentes anteriores como um dispositivo de persuasão para as mudanças almejadas (em particular, a progressiva ampliação de oferta de serviços para o SUS e o processo de regulação), desencadeando muitas resistências dos médicos/docentes que perderam parte considerável do controle sobre leitos e serviços, inclusive destinados à clientela de planos de saúde. Essa dimensão é tratada de forma velada, quase oculta, mas está no centro das disputas internas.

Nessa potente *estação*, pode-se perceber como a dinâmica política local, com suas disputas e interesses em conflito, atravessa e constitui a micropolítica do hospital. Essa percepção é tão forte, tão evidente e destacada na análise dos discursos dos atores, que acabou se constituindo em **uma nova categoria empírica no estudo: a contratualização e a dinâmica política local**, agregada posteriormente às demais categorias empíricas.

Se no HE₂, por exemplo, o que mais se evidencia é uma avançada racionalização das práticas hospitalares, no HE₄, a “contaminação” da contratualização pela política local, o provincianismo identificado nas relações entre os atores em Uberlândia, as fofocas, as redes de intrigas, as disputas entre grupos, as alianças políticas contingentes, compadrios, alianças partidárias, jogo das cátedras/clínicas, enfim, aspectos do cotidiano das relações sociais locais não vislumbrados nas *estações* anteriores, assumem uma surpreendente **intensidade**.

Os conflitos só podem ser entendidos à luz do que o HE₄ representa para o sistema de saúde, ao poder atribuído ao gestor e ao diretor do HE, além dos interesses privados em jogo (da corporação médica e das operadoras de planos de saúde). Exige, ainda, compreender que outros atores estão em cena, como o presidente da fundação e a organização social maçônica que atua no setor saúde.

A dinâmica da política local está presente e determina limites para a contratualização. O processo de transição na reitoria e na direção do hospital, a forma como se deu a indicação da atual direção do HE₄, a inexperiência da sua alta direção (confrontando-se com a longevidade dos dirigentes dos HE estudados nas *estações* anteriores), a composição da Comissão de Acompanhamento do Contrato, o não-funcionamento do conselho gestor, o processo de revisão do regimento interno, as

disputas políticas que se estabeleceram entre o secretário empossado em 2005 e o diretor do HE₄, entre os grupos do reitor anterior e o atual, os posicionamentos assumidos frente às eleições municipais, bem como os conflitos na relação *público x privado*, fruto de interesses econômicos contrariados advindos do fechamento da “dupla-porta” do hospital pelo grupo do reitor anterior, elementos fortemente constitutivos da dinâmica política local, são decisivos para compreender diversas dificuldades e limites do processo de contratualização em Uberlândia e devem ser considerados na análise de seu impacto sobre o HE₄.

Entretanto, a despeito de toda a complexidade aqui enunciada, há na política a pretensão de que a contratualização seja implantada a partir de um ideário normativo em todo o País, como se o HE e o SUS em âmbito local fossem um campo neutro, esterilizado de atores. Nessa *estação*, o campo produzido pelas relações de forças locais “deformam” os vetores racionalizantes propostos pela política. Não que a política da contratualização ignorasse isso, mas ela é formulada “como se” os dispositivos formais de pactuação, de espaços de decisão colegiada e participativa, pudessem dar conta da complexidade dessas relações. Não dão. Nesta *estação* foi possível perceber toda essa complexidade, como nenhum hospital visitado anteriormente tinha permitido.

No HE₄ observa-se, também, uma forte **força de ligação** entre a contratualização e outras políticas racionalizadoras de matriz semelhante já em curso no hospital, em particular o Pro-Hosp, do governo mineiro, que atua como fator sinérgico, potencializando os resultados esperados para a política de contratualização e dificultando a análise sobre as mudanças ocorridas em função desta última. O Pro-Hosp é tão impactante no processo de racionalização da vida do hospital que assume para o HE₄ a mesma importância que a acreditação tem para o HE₂ ou o que representa o programa de qualidade total para o HE₃. Nos três casos, evidencia-se a mesma lógica funcionalizante. No HE₄, fica claro como a política de contratualização do Ministério da Saúde apresenta muitos pontos de contato e identidade com esses processos de racionalização da vida hospitalar vividos de modo bastante homogêneo, pelo menos como desejo dos dirigentes, em todos os hospitais estudados.

Nesta *estação* foi possível, por fim, confirmar a tonalidade opaca que diretrizes e eixos estratégicos consideradas centrais pelos formuladores da política de

contratualização acabam tendo. Assim como nos demais HEs estudados, a implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização já vinha ocorrendo antes do início da contratualização. Pode ter fortalecido e dado mais visibilidade, mas não foi determinante segundo os atores entrevistados. Quanto à formação e educação permanente, também se evidencia o sinergismo entre iniciativas que já estavam em curso, as estimuladas pela contratualização e as adotadas a partir do Pro-Hosp. Vale destacar, mais uma vez, a difícil compreensão do sentido ético-político-emancipatório atribuída à educação permanente (na perspectiva de “formar sujeitos”, “produzir coletivos” com maior capacidade de autogestão e protagonismo na defesa do SUS), “traduzida” no cotidiano dos HE e da gestão local por modalidades tradicionais de intervenção, como educação continuada, capacitações, etc. Por fim, no tocante à incorporação de tecnologia, pesquisa e produção de conhecimentos em adequação às necessidades dos usuários e do SUS, reproduz-se a mesma situação observada anteriormente, ou seja, não há impacto a partir da política de contratualização. São, portanto, elementos fracos da política, que aparecem muito pouco nas falas dos entrevistados das *estações* anteriores (aqui confirmadas), que não tiveram **intensidade** suficiente para compor uma categoria empírica diferenciada. Não entram sequer na grade avaliativa (e não porque foram esquecidas). Acabam, entretanto, dando pistas importantes sobre o grau de alcance de apostas contidas na política de contratualização, o que será feito na parte 4 deste estudo.

PARTE 3

CAPÍTULO 6:

A POLÍTICA DE CONTRATUALIZAÇÃO NA VISÃO DOS GESTORES FEDERAIS

Os gestores federais entrevistados

Ao terminar o percurso pelas quatro estações, realizamos um retorno à “*estação central*”, ao polo produtor da política de contratualização dos HEs, ou seja, a esfera federal, em busca de elementos que permitissem contrastar o que vinha sendo observado até então.

Desejávamos compreender como a alta direção dos ministérios envolvidos diretamente na formulação e coordenação da política avaliava a contratualização dos HEs, quais aspectos eram considerados positivos, o que na opinião dos gestores federais não tinha atingido o êxito esperado. Mais ainda, que mecanismos de acompanhamento e avaliação da política tinham sido implementados após cinco anos, que avaliação faziam do papel desempenhado pelos gestores das demais esferas de governo. Até que ponto as questões observadas nas *estações* visitadas – a relação entre o HE e o gestor local do SUS, os limites, dificuldades e equívocos contidos na política – já eram perceptíveis para os que da esfera federal a coordenam. Procurávamos saber, também, se as apostas contidas na política ainda estavam vigentes, se tinham sido abandonadas ou se novas apostas estavam sendo forjadas.

Enfim, pretendíamos revisitar os pressupostos iniciais do estudo, só que agora com o vetor apontado em outro sentido, a partir do olhar dos gestores federais e não mais dos atores que efetivamente têm a responsabilidade e o desafio de implementar a contratualização dos HEs em nível local.

É disso que trata o presente capítulo.

O último campo da pesquisa foi desenvolvido em Brasília, com autoridades governamentais pertencentes a três ministérios implicados diretamente na formulação, condução e avaliação da política de reestruturação dos hospitais de ensino: Ministério da Saúde (MS), Ministério da Educação (MEC) e Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG).

Trata-se de avaliações feitas com bastante exterioridade à micropolítica, ao mundo do hospital, por técnicos e dirigentes do nível mais central do Governo Federal e do SUS, mas com grande vivência da política e da vida dos HEs, o que os fazem

observadores privilegiados. Nessa etapa da pesquisa, foi utilizado um questionário contendo as mesmas perguntas efetuadas para os gestores e dirigentes hospitalares investigados nos campos anteriores, acrescentado de novas questões que permitissem uma avaliação mais *(macro)política* da política.

O material de campo foi colhido em entrevistas realizadas em 15 de outubro e 12 e 13 de novembro de 2009, com os seguintes dirigentes governamentais:

1) A **Coordenadora-Geral de Atenção Hospitalar (CGAH)** do Departamento de Atenção Especializada (DAE) da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, há quatro anos no cargo e que responde, ainda, interinamente pelo DAE há dois anos. Nessa condição de “interinidade”, coordena a Comissão Interinstitucional para Reestruturação dos Hospitais de Ensino;

2) Um **consultor técnico da CGAH**, que participou, em 2003, na qualidade de Consultor Técnico do MEC, da formulação da Política de Reestruturação dos HEs. Atua como consultor técnico da CGAH/DAE/SAS do Ministério da Saúde desde 2004, tendo exercido atividades de certificação e contratualização. Em 2009, foi indicado para compor a Comissão de Certificação dos HEs, como um dos representantes do MS. É docente da área de Saúde Coletiva da UF do Rio Grande do Norte.

3) O **Coordenador de Ações Estratégicas do Departamento da Gestão do Ensino e do Trabalho** da Secretaria de Gestão e Educação do Trabalho em Saúde (SGETS) do Ministério da Saúde. Membro da Comissão Interinstitucional para Reestruturação dos HEs e representante da SGETS na Comissão Interministerial de Certificação dos HEs. É professor de Clínica Médica da FCM da Unicamp.

4) A **Coordenadora Geral de Residências em Saúde, da Diretoria de Hospitais Universitários e de Residências em Saúde do MEC**. É responsável pela Comissão Nacional de Residência Médica e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Participou da primeira equipe de certificação como representante do MEC. Atualmente é representante do MEC na Comissão Interministerial e na Comissão Interinstitucional. É docente da Faculdade de

Enfermagem da Unifesp.

5) A **Gerente de Projeto da Secretaria de Gestão do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG)**, representante do MPOG na Comissão Interinstitucional. É responsável no âmbito do Governo Federal por políticas de contratualização.

Assim como nas *estações* anteriores, procuramos produzir uma categorização dos conteúdos das respostas, com o objetivo de sistematizar os achados do campo e ir completando a cartografia do processo de contratualização. A categorização que resultou desta última *estação*, chamemos também assim, coincide, em parte, aquela produzida nos hospitais de ensino, mas apresenta especificidades próprias do “lugar” de observação:

1. Avaliação geral da política pelos gestores federais;
2. O impacto do financiamento;
3. A integração do hospital ao sistema de saúde: um jogo difícil;
4. O fetiche da informação: A “irracionalidade da racionalização”;
5. A contratualização na esteira da racionalização da vida hospitalar (e o baixo impacto da política no modo de funcionamento do hospital);
6. Contratualização e micropolítica do hospital:
 - *A micropolítica na esfera federal: dificuldades e descontinuidade na condução da política;*
 - *Uma política, duas regras: o MEC resolve deixar de ser ator secundário;*
 - *As (novas) mudanças que estão sendo articuladas.*
7. A contratualização: um jogo de atores ausentes
 - *A fragilidade da coordenação da política de contratualização em âmbito federal;*

- *Não-implementação das Comissões de Acompanhamento dos Contratos de Metas: ponto crítico (e visível) da política;*
- *Não existe o gestor local potente e qualificado idealizado;*
- *Onde estão os atores sociais previstos na política?*

Avaliação geral da política pelos gestores federais

A gestora da CGAH, responsável pela coordenação da Comissão Interinstitucional, considera difícil produzir uma avaliação e análise mais criteriosa sobre a política de contratualização dos HEs, à medida que **o Governo Federal não implementou um sistema de informações para avaliar o que aconteceu após a implantação da política**, embora reconheça como ação indispensável para definir os novos rumos a serem tomados pela política. Com recursos oriundos dos “hospitais de excelência”, política de desoneração de impostos e contribuições previdenciárias destinadas a alguns poucos hospitais considerados de elite, a SAS contratou junto à Fundação Getúlio Vargas (FGV) e à Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) um estudo de avaliação da política de contratualização dos HEs e filantrópicos, que deveria ser concluído até janeiro de 2010.

*“Como é que está a questão da atenção básica, da humanização, se houve mobilização dos atores internos e das gerências hospitalares num movimento de contratualização interna, como é que está a mobilização dos médicos, das outras categorias profissionais? Todas essas dimensões tivemos o cuidado de pegar a portaria, o seu termo de referência, e todo instrumento foi feito com base nessa questão. É interessante que, ao final do questionário, tem um item que pergunta: para você a contratualização rendeu frutos ou não rendeu frutos positivos? Então a última pergunta do questionário é exatamente essa escala de valores onde a gente pergunta, em síntese, qual é o impacto que teve a contratualização para sua instituição ou para o gestor. **Nós não temos sistema de informação nenhuma que nos dê isso. A gente só consegue ver se alta aumentou, se a média aumentou, que tipo de produção, se aumentou ou mudou o perfil de produção, para qual dimensão, se para a alta ou baixa**”.*

A partir dos elementos trazidos pelo referido estudo, espera poder pactuar com o Conass e Conasems as alterações necessárias para adequação da política.

“É senso comum que dificilmente a gente implanta uma política e depois dá consequência a ela baseada numa avaliação concreta. Por diversos motivos,

porque as coisas se atropelam, porque talvez quando a política foi pensada não tenhamos já naquele momento pensado também na forma de acompanhamento. Que rumo tomar agora? Estamos desde 2003 com essa política, precisamos revê-la, a portaria é antiga, o processo já caminhou e agora temos que rever, mas com base em quê? No 'eu acho' talvez não seja a melhor opção. (...) Estamos fazendo com a FGV e a ENSP uma pesquisa de campo com uma amostragem em torno de 80 a 90 HEs. Foram bolsistas a campo, com um instrumento de entrevista para o gestor e para o corpo diretivo do hospital. A perspectiva é que até janeiro de 2010 a pesquisa seja concluída com a publicação de livro. Com base nisso e na sensibilidade das pessoas, na pactuação com o gestor, vamos levar para o Conass e o Conasems, para a tripartite. Pretendemos rever a portaria e conhecer de fato o impacto que da política, embora o senso comum indique que já tenham alguns impactos”.

A gestora da CGAH avalia, de maneira geral, que **a política de contratualização permitiu resultados distintos em diferentes HEs**, que podem ser explicados por diversas situações. Um primeiro aspecto a ser considerado, em sua opinião, é **que a contratualização, que previa uma redefinição no papel do HE a partir das necessidades do SUS, ainda não foi efetivamente implementada, mantendo-se a negociação entre gestor e prestador fundada na produção de serviços prestados a partir da série histórica**, modalidade que caracteriza nacionalmente o modo de relação convenial herdado da cultura *inampiana*, como pode ser visto fartamente nos casos anteriormente estudados e confirmado pela responsável pela política de atenção hospitalar no âmbito do Ministério da Saúde:

“Para alguns avançou, para outros não avançou praticamente nada. A ideia da orçamentação na verdade ainda está muito teórica. Na prática, o que há é uma pactuação ainda com base numa série histórica. Esse orçamento ainda é reflexo da produção, de uma série histórica e não um orçamento com base no real conhecimento de necessidade de recursos e dos pactos assumidos. Ainda é uma produção congelada por um determinado tempo. É dessa forma que está funcionando. Outra questão que a gente tem percepção é a das metas qualitativas, ainda muito aquém de serem desenvolvidas. Mas o MS ainda mantém a firme convicção de que esse processo de contratualização tem um enorme potencial e que precisamos aperfeiçoá-lo”.

A dirigente do MPOG confirma a percepção da gestora do MS. Para ela, a área da saúde trouxe importante contribuição à gestão pública por ter introduzida a política de contratualização alicerçada numa nova lógica de financiamento, embora não tenha sido implementada na íntegra.

“É uma nova política, mas não está sendo implementada conforme o papel”.

Para a gestora da CGAH,

“Nós não temos ainda um instrumento de avaliação de qualidade da instituição. Temos só a certificação, mas a certificação não pega a assistência e a gestão como um todo. A gente precisa ter porque ao ter os dados a gente induz a mudança disso.

Acho que a questão da gestão mudou pouco. Não mudou muita coisa, não”.

Outro aspecto considerado decisivo na avaliação da gestora CGAH sobre a política de contratualização é a **implementação das comissões de acompanhamento da contratualização com caráter meramente formal**, tema que será discutido mais adiante. Destaca, ainda, que os “conflitos” não foram superados com a implantação da política de contratualização.

“Ainda há muito conflito com o gestor e com o hospital. Com os hospitais do MEC a questão ainda permanece, o problema dos recursos humanos permanece e isso é um limitador importante. Ainda não se tem um entendimento muito claro nisso, não se enfrentou os nichos de poder”.

Um dos pressupostos da política era o de assumir que os conflitos e arranjos de poder que ocorrem no HE deveriam ser enfrentados e não aniquilados ou superados. Percebe-se no discurso da gestora federal certa **frustração, advinda de uma expectativa pautada por uma racionalidade gerencial que seria capaz de “superar” todos os conflitos e disputas a partir de uma política governamental, sem considerar a micropolítica do HE.**

Da entrevista com a gestora da CGAH depreende-se que a própria contratualização tende a se constituir num mito gerencial, aliando-se às ferramentas racionalizadoras já disponíveis na caixa de ferramentas dos gestores. Como pudemos observar nos casos estudados, por vezes é utilizada como dispositivo de persuasão para as mudanças almejadas pela alta direção dos HEs, mas sem alcançar o impacto imaginado pelos formuladores e dirigentes governamentais que apostavam no potencial transformador da política.

“(...) a gente lembra que naquela época a palavra contratualização não existia. Hoje todo mundo fala em contratualização. Esse conceito começa a se incorporar. Mas como dizem, demora cem anos para uma ideia ruim sair da cabeça e 50 para uma boa entrar. Vamos continuar em frente, porque ela é muito aceita, muito valorizada por todos. Ela ainda é muito consistente do ponto de vista de idealização e precisa ficar mais consistente”.

Para a gestora vinculada ao MEC, após cinco anos da implantação da política de certificação e contratualização dos HEs, embora os resultados sejam heterogêneos em distintos locais do País, houve uma qualificação do sistema de ensino na área da saúde e uma maior integração dos HEs ao SUS. **Destaca o papel indutor da política, principalmente no momento que antecede a certificação do estabelecimento como HE**, quando os atores envolvidos tendem a desencadear mudanças estruturais e

comportamentais para enquadramento no conjunto de recomendações e normativas da política.

*“Sou uma admiradora desse processo, de primeira e de última hora. Acho que trouxe uma qualificação do sistema de ensino na área da saúde que foi essencial. **Até um determinado momento, foi um processo altamente indutor, de mudanças estruturais e comportamentais.** Posso testemunhar isso com absoluta clareza porque visitei muitos hospitais na primeira remessa da certificação e depois voltei para a recertificação. Pude observar que houve um caminhar no sentido da estruturação de algumas questões muito básicas. Pegue o exemplo das comissões obrigatórias. Na primeira visita, a maioria não tinha. Muitos nem sabiam o que era. Tive que ensinar muito professor o que faz uma comissão de documentação e estatística, a importância da comissão de óbitos em um HE. Tivemos um trabalho de indução e orientação que foi uma das pautas da política e houve **uma mudança estrutural nas instituições**, algumas mais, outras menos. Algumas caminharam muito, outras estabilizaram naquele patamar, outras regrediram. Mas de uma forma geral, acho que **houve uma mudança de paradigma interna na gestão desses HEs.** Muitos instituíram diretorias de ensino e pesquisa que não existiam, muitos criaram infraestrutura para ensino e pesquisa, passaram a oferecer condições estruturais básicas de ensino, como uma sala de aula, local para discutir caso e onde os alunos pudessem ser recebidos. De uma forma geral, sou muito otimista em relação a isso. Tenho um exemplo que é emblemático, um HE pequeno no interior do RS que teve uma reformulação estrutural absolutamente surpreendente. Visitei a primeira vez, ele ficou em termo de ajuste. **Quando voltamos seis meses depois, o HE era outra instituição**, a direção tinha feito um mutirão de mudanças. Pintou, melhorou o PS, mas houve uma mudança de estruturação interna. **Criou-se o manual do corpo clínico, criou-se manuais de conduta, padronização de procedimentos, coisas que não existiam.** E voltei depois de três anos com dois certificadores experientes e eles ficaram encantados. Na chegada, tinha um auditório lotado com gente do corpo clínico, funcionários, alunos e todas as autoridades da cidade. Reitor, prefeito, presidente da câmara, promotor para ratificar o processo do quanto aquele hospital tinha mudado no perfil de formação e atenção à saúde. **Mas também teve algumas instituições que se acomodaram após receberem o dinheirinho do governo e decaíram.**”*

Embora não possam ser desconsideradas, é preciso reconhecer que experiências como a relatada acima pela gestora do MEC se restringem, entretanto, como pudemos também observar nas entrevistas com os demais dirigentes governamentais entrevistados, a mudanças muito básicas, como a estruturação de comissões internas, estratégias de humanização, instituição de pequenos mecanismos de regulação da pesquisa realizada no HE, entre outros, que não se posicionam objetivamente em confronto com as questões de fundo que colonizam o HE, em particular aquelas que estão no âmbito da instituição acadêmica e da instituição médica.

O que parece determinar a diferença de resultados observados entre os distintos hospitais, na visão dos gestores federais entrevistados, advém basicamente de dois fatores: **o envolvimento da direção do hospital e a capacidade de gestão dos gestores locais.** Segundo a gestora do MEC,

“O que diferencia é a vontade política e crença da direção do hospital. O que me chama atenção naquele hospital do interior do RS, especificamente, é um grupo de direção de jovens idealistas, docentes da universidade, mas com muita vontade de fazer a coisa funcionar. Demos o caminho, porque na primeira reunião nem sabiam o que era. Dissemos como teria que funcionar. Orientamos e articulamos possibilidades de estágios de profissionais da instituição em hospitais de Porto Alegre e tudo mais. Eles fizeram a lição de casa. Basicamente foi a motivação da instituição nessa direção”.

O representante da SGETS/MS, instado a avaliar, de uma maneira geral, a política de contratualização e o que teria acontecido com os hospitais de ensino, revela que:

*“Os hospitais tiveram, na prática, a possibilidade de ser realmente um HE. Desde que a gente decidiu que o SUS deveria ser o grande cenário do ensino-aprendizagem, todo esse esforço que se faz para que o ensino e serviço caminhem juntos e que sejam partícipes na questão curricular, temos feito um grande esforço no sentido de que a instituição formadora não seja só uma visitante no serviço. O serviço tem muita condição e deve falar o que se deve ensinar para o recurso humano que o SUS precisa. É lógico que toda atenção é voltada para a atenção básica, porque essa é a política principal do MS, mas também **não dá para negar que os ambulatórios secundários e os hospitais também são cenários de aprendizagem**. Por mais que a gente tenha feito nos últimos anos do ensino da medicina, da enfermagem e de quase todas as áreas a desospitalização de ensino, ela é ainda um importante cenário. E ele também tem que, de alguma maneira, estar adaptado e participando nessa questão da reestruturação do currículo. Certificá-lo como HE, no próprio instrumento construído, tem muita coisa voltada para que possa ser esse cenário, desde residência, supervisão, preceptoria, até espaços físicos para que o aluno possa estar lá dentro”.*

De acordo com o representante da SGETS/MS, as mudanças observadas nesses hospitais não teriam ocorrido independentemente da política de contratualização. Cita como exemplo o HE₂, coincidentemente sorteado para compor a amostra do presente estudo. Note-se que sua opinião não corresponde às dos dirigentes do HE estudado, para quem as mudanças já estavam dadas e não foram forjadas pela contratualização:

“Se tivesse ocorrido sem essa política, seria uma coisa muito capenga, muito malfeita. O instrumento possibilita que isso realmente ocorra dentro dos critérios de excelência que a assistência e o ensino devem ter. Tenho uma experiência pessoal em trabalhar no HC da Universidade e no HE₂ e entendo muito claramente, são momentos assim, diferentes da formação, mas que essa infraestrutura, esse pensamento do ensino é fundamental. Por exemplo, o HE₂, que é um hospital certificado. A antibioticoterapia que você discute, a internação, a humanização, uma série de critérios são fundamentais para a formação dos alunos. E é um exemplo que seguiu, porque já foi montado dentro dessa estrutura e tem inclusive uma estrutura mínima, uma sala de reunião, um lugar para o aluno almoçar, coisas simples. E toda a filosofia. Não muda a questão assistencial que ele tem, mas ela fica muito mais adequada na questão do ensino”.

Na visão do dirigente da SGETS/MS,

“Talvez nem todos os HEs ainda estejam cumprindo a política, mas acho que têm caminhado para isso. Sinto que na própria comissão mista do MS e o do MEC fica cada vez mais sedimentada a preocupação de que aquilo que está escrito seja

cumprido. Eu acho que a política foi fundamental”.

A avaliação geral do consultor técnico da CGAH – embora não tenha sido possível identificar os argumentos que dão sustentação a tal opinião –, é que a contratualização dos HEs foi uma das políticas governamentais na área hospitalar que mais produziram resultados positivos. Em sua opinião,

*“Antigamente os HEs desenvolviam suas atividades sem qualquer planejamento nem contrato de metas com os gestores locais do SUS. **Com a Política de Reestruturação dos HEs, está sendo implantada uma nova cultura de planejamento e avaliação desses hospitais.** Considero-a altamente estruturante e positiva”.*

Para o consultor técnico da CGAH, a contratualização é um processo novo que está sendo apreendido e incorporado na cultura dos hospitais de ensino.

*“Entendo como uma boa política e que um longo caminho ainda tem que ser percorrido para a sua consolidação. O caminho foi traçado, **a concepção inicial tem qualidades e potencialidades que ainda não foram devidamente implementadas.** Considero a Comissão Interinstitucional dos HEs um dos trunfos dessa política. Um fórum altamente qualificado que discute as questões e propõe encaminhamentos para a solução dos problemas. O fortalecimento dessa comissão é importante para o sucesso dessa iniciativa”.*

Entretanto, como será discutido oportunamente, essa perspectiva idealizada apresenta muita dificuldade em se consolidar, uma vez que a referida Comissão sequer tem se reunido.

No conjunto, e até aqui, há um consenso dos dirigentes ouvidos de que a política seria boa, mas o que faltaria é tempo para sua implementação efetiva. Sem negar alguns avanços mais racionalizadores por eles apontados, e, de fato, que em alguns HEs a contratualização produziu mudanças no sentido de “arrumar a casa”, é patente a dificuldade desses atores em lançar um olhar mais micropolítico sobre os HEs e a política de contratualização.

É possível constatar, ainda, que não foram introduzidas mudanças significativas na política em relação ao modelo concebido em 2004. Segundo a gestora da CGAH e responsável pela comissão Interinstitucional,

*“Não tivemos nenhuma mudança implementada na política. **Ela está originalmente como foi concebida. Em termos normativos, não mudamos absolutamente nada,** a não ser na certificação, que agregamos alguns critérios, como o hospital ser campo de estágio para alunos de mais uma profissão da área de saúde, passando a ser medicina mais dois. Fizemos uma adequação em relação à residência e aí o quantitativo de vagas tem que ser proporcional ao porte do hospital. Identificamos algumas cláusulas-chave, que sem elas não pode nem acontecer, como a questão dos 60% SUS e da residência. Inclusive uma questão que acho completamente sem*

sentido nesse momento, que a gente tem que mudar e não mudamos até hoje, é o cálculo do incentivo que ainda é aquele lá, uma coisa que não procede. A intenção é mudar a partir dessa pesquisa”.

O consultor técnico da CGAH confirma que não houve praticamente nenhuma mudança na política.

*“O modelo concebido originalmente continua sendo implementado em um processo que considero muito lento. **Algumas das diretrizes do modelo original ainda não foram alcançadas.** A Portaria Interministerial MS-MEC nº 2400/200, que trata do processo de certificação dos HEs, não alterou em nada a concepção da política de reestruturação contida na Portaria Interministerial nº 1000/2004. As portarias que tratam da contratualização ainda são as mesmas elaboradas originalmente no ano de 2004”.*

O representante da SGETS/MS concorda que não ocorreram mudanças significativas na política em relação ao modelo concedido em 2004. Para ele,

*“acho que ainda está seguindo direitinho isso. **O que nós precisamos melhorar são os instrumentos de avaliação da política. A gente deveria ser mais indutivo no sentido de cobrar essa política”.***

O impacto do financiamento

Para a gestora da CGAH, a contratualização trouxe estabilidade financeira para os HEs, permitindo, inclusive, mudanças na pauta da política para esses hospitais.

*“Lembro que, no início da discussão, a gente dizia que a gestão do hospital tem que melhorar e apanhava muito. No início da comissão, o foco era muito financeiro, e **ainda é**, mas sofre menos porque **a contratualização trouxe um benefício, isso é visível, isso é dito pelos hospitais, uma certa estabilidade em função do recebimento de recurso mensal que está entrando.** E isso está ajudando a melhorar, está influenciando na gestão e **está dando certa estabilidade, isso me parece que é senso comum. Todos dizem isso.** Isso foi uma contribuição na questão da estabilidade do financiamento”.*

Corroborando a percepção geral extraída da análise das entrevistas com os gestores e dirigentes dos HEs estudados, o consultor técnico da CGAH avalia que a situação financeira dos hospitais de ensino está muito melhor do que antes de 2004, ano da implementação da atual política hospitalar para o setor. Em sua opinião,

*“A tabela de pagamento de serviços de alta complexidade é boa, mas a de média complexidade ainda merece um olhar mais atento. **A contratualização por orçamentação para a média complexidade e metas de qualidade tem sido uma boa novidade para o setor.** Óbvio que o problema do financiamento da saúde no País ainda está para ser resolvido ou pelo menos melhorado”.*

A coordenadora da CGAH manifesta preocupação com a tendência de lidar com

toda a produção de serviços orçamentada globalmente, como pudemos observar nos casos que compõem o presente estudo. Para ela,

*“A gente pretendia um orçamento global. Hoje há discussão até para ampliarmos o orçamento para que inclusive a alta seja orçamentada. Mas será que temos maturidade para isso? Mais uma vez volto na comissão de acompanhamento. Tivemos recentemente alterações de remuneração da UTI, dos procedimentos de FAEC que foram para a média complexidade, dos 10% de correção do incentivo à contratualização para o HE e os 20% para os filantrópicos. Tivemos uma série de recursos agregados e que estão relacionados aos procedimentos da média complexidade que estão orçamentados. E isso não é incorporado ao contrato. Se mantiver um mecanismo, não tem a menor lógica o hospital ser orçamentado para tanto dinheiro. E o gestor está perdendo a oportunidade de rever o contrato, de avaliar o que está sendo alcançado, de trazer cada vez mais a dimensão da meta qualitativa da discussão agregada a esses objetivos que estão chegando. **Muitos dos hospitais contratualizados não se beneficiaram dessa questão, porque o contrato não existe. O contrato nem acompanhado é. O contrato perde a força!**”*

A representante do MPOG, em relação à gestão financeira, corrobora os achados anteriores. Observa-se que, de fato, há sempre uma imprecisão dos dirigentes dos HES no que se refere a valores, déficits, impactos, etc.:

*“O recurso que entra para o HE federal pela produção dos procedimentos é gerido diretamente pelo diretor e isso foi uma coisa muito interessante. Separou claramente esse recurso que vem da contratualização, que o diretor do hospital tem um pouco mais de flexibilidade na aplicação e no uso, do recurso que vem da universidade para pagamento de folha e percebeu-se que é uma gestão complexa e insatisfatória. **Não se tem hoje, em nível do Governo Federal, capacidade de avaliar quanto custa um hospital federal porque o recurso está fragmentado.** E esse foi um dos pontos inclusive que o MPOG atuou diretamente, nem esperou pela comissão, atuou diretamente junto ao MEC, e ambos conseguiram avançar no sentido de transformar os hospitais, ainda que vinculados à universidade, em unidades orçamentárias, para saber inclusive quanto custa a folha. **O próprio diretor do hospital não sabe quanto custa o hospital, por mais que queira ter o sistema organizado, porque uma parte do recurso fica dentro do reitor e esse recurso é direcionado para outras partes. Há um grande fosso de informação.**”*

A coordenadora da CGAH destaca que a não-implementação da parte variável do contrato e a não-contratualização para dentro do hospital tiveram impacto limitante na capacidade de indução da política.

*“As metas qualitativas não avançaram definitivamente. Lembra da história dos 15% que a cada ano crescia 5%, de tal forma que ao final de cinco, seis anos, 50% do orçamento estaria vinculado à produção de metas e 50% vinculado a uma avaliação de meta qualitativa? Isso definitivamente não avançou. **Não avançou por causa da comissão de acompanhamento que tem que estar mais atenta. E por causa também dos HES que têm que avançar num sistema de produção que dê conta de captar essas dimensões que estão sendo contratualizadas.** Não avançou também porque a contratualização interna tem que avançar. Você não consegue colocar um peso no financiamento vinculado à dimensão qualitativa. **Se você não tem um corpo todo envolvido nisso é até um risco.** Pactuar metas qualitativas e qualitativas necessariamente pressupõe adesão do profissional e da instituição como um todo em alcançar aquelas metas. **Se não tem essa adesão isso é um risco.**”*

*Acho que **não tem maturidade para isso mesmo, não avançou porque não há uma maturidade agregada nisso**”.*

De acordo com a gestora do MEC, pouquíssimos gestores estaduais e municipais conseguiram instituir alguma forma de avaliação de desempenho institucional para o pagamento da parte variável do incentivo da contratualização. Expressa uma visão que se afina com as observações efetuadas a partir das entrevistas de campo realizadas na presente pesquisa, ou seja, a substituição da lógica prevista na política, que pressupunha a manutenção de parte do pagamento do HE em caráter variável, segundo o cumprimento de metas, como forma de não favorecer a acomodação e a queda de desempenho, por uma modalidade de pagamento fixo para os procedimentos de média complexidade e a manutenção do pagamento por produção de serviços na alta complexidade, numa relação, em geral, fortemente tensionada entre os HEs e os gestores locais do SUS.

*“É aquilo que eu falei, Curitiba faz, impecavelmente. Ele sabe te dizer quem fez e quem não fez, que metas fez, quantos pontos ganhou, eles conseguem fazer isso. Mas **no geral virou global, com o gestor achando que está mandando dinheiro demais para o hospital**”.*

O consultor técnico da CGAH também concorda que os gestores locais, “salvo raras exceções”, não implementaram instrumentos de avaliação de desempenho institucional para o pagamento da parte variável do incentivo previsto na política de contratualização. É a mesma opinião da gestora da CGAH: a implementação do pagamento por cumprimento de metas é outra coisa da política que não avançou,

*“Quem tem que acompanhar isso é a comissão de acompanhamento. Daí a ideia de fazer uma discussão paralela com as outras estratégias de contratualização. O fato é que está no centro de qualquer que seja a forma de contratação alguém que está olhando para ela. Vamos montar esse grupo, vamos ter reunião agora no início de dezembro para desenhar, para ver como a gente mobiliza as comissões de acompanhamento, o que está pegando, que tipo de instrumentos precisam, e começar a **trazer essa cultura para dentro das secretarias**. O processo de contratualização só vai avançar efetivamente na hora que a gente avançar com a política”.*

A gestora do MPOG aponta a ausência do processo de monitoramento e avaliação com o ponto crítico para a implementação da política.

“Falta acompanhar se o que foi negociado foi realmente implementado. A saúde é ótima em negociação. Não digo até que o processo de negociação da saúde seja perfeito. A negociação entre os HEs e o gestor local tem avanços em relação aos outros processos de negociação e contratualização significativos, mas está muito longe de ser o ideal. Precisa haver melhorias em relação à necessidade da população, dessas partes interessadas, mas ele realmente contempla muito mais

requisitos que os demais. **Agora, quando chega em monitoramento, em verificar se aquilo foi realmente cumprido ou não, há uma lacuna de informação de nossa parte.** Isso foi apontado como um problema. Há locais que há esse acompanhamento, em que os recursos realmente são pagos em função das metas que foram atingidas ou não. Por exemplo, Curitiba, inclusive, é penalizado porque o processo é bom, é bem feito e o HE, muitas vezes, perde recurso por conta disso. **Agora, nos demais, o recurso é concedido sem avaliação do cumprimento das metas.** Foi isso que a gente percebeu de uma forma geral”.

A representante do MPOG analisa a não-implementação da gestão sobre a parte variável do contrato a partir do cumprimento de metas da seguinte forma:

“Primeiro, temos uma dificuldade que é generalizada com a avaliação de resultados, tanto do avaliador quanto do avaliado. Há um preconceito nacional com relação a avaliar resultados. Segundo, a questão da consequência. O vínculo, a capacidade do gestor local de realmente avaliar e reter o recurso quando as metas não são cumpridas é muito pequena. **Terceira questão: não há um controle social sobre as metas.** Nós temos um processo ainda muito dentro da burocracia. O SUS avança porque não é a burocracia federal exclusiva, mas tem a burocracia estadual e municipal, mas ainda assim é só burocracia. O controle social que se tem e avançou no SUS ainda tem dificuldade de qualificar a representação e a sua participação. Se há é tão residual que não se tem ainda como processo. Isso é um ponto fundamental para que a contratualização consiga avançar.”

Para a gestora do MPOG,

“Primeiro, eu sou psicóloga e behaviorista e aprendi que o reforço positivo é que modula o comportamento de forma perene. O reforço negativo, a ameaça, o choque, funciona para inibir o comportamento e por isso que tem que introduzir um reforço positivo. A gente aqui só insere o choque, só penaliza. O que acontece quando você penaliza um rato numa gaiola? Ele busca outra alternativa. Aqui a gente só dá choque no administrador, federal, estadual, municipal. Nós precisamos na contratualização buscar mais estímulos para o administrador. Beneficiar quem faz mais e não punir se ele se comprometer com mais resultados e não conseguir alcançar”.

Não deixa de ser interessante e digna de nota esta profissão de fé behaviorista, que, no fundo, é a parte mais “instrumental” e manipuladora da psicologia, muito utilizada pelos psicólogos industriais.

A coordenadora da CGAH refere que no final de 2008 foi realizada uma avaliação que resultou na adequação financeira de alguns HEs que conseguiram comprovar um desequilíbrio a partir da produção de serviços maior que a prevista no contrato.

*“Fizemos um levantamento no final de 2008. Pegamos todos os contratos dos HEs vigentes e vimos o que produziram em 2008 e o que tinham no contrato na parte orçamentada. Comparamos se o hospital estava produzindo a mais ou a menos do que tinha pactuado. Identificamos hospitais que estavam produzindo muito a menos, alguns hospitais do Rio de Janeiro, por exemplo, **que pode estar relacionado com o sistema de informação. Aí pode ter um viés, porque como o hospital está orçamentado, acaba não valorizando o registro das informações do que produz.** Então você não sabe, provavelmente a combinação das duas coisas. Está produzindo muito menos porque não está recebendo nem registrando ou*

porque não está produzindo mesmo? Agora, haviam hospitais que produziram mais do que receberam. Para esses HEs, houve uma recomposição dos valores na média complexidade. Para esses o MS recompôs o valor, mas mais uma vez, para esses a gente tem certeza que está indo certo porque só repassou o dinheiro quando chegou o aditivo referente ao contrato. Com relação às outras recomposições, temos insistentemente mandado ofícios para o gestor relatando que repassamos mais recursos para o HE por conta da recomposição da UTI, da migração da FAEC para a média, que o HE tem um crédito de tantos mil e que deverá ser avaliado e repassado mediante a revisão do contrato como um todo”.

Não há como deixar de observar, entretanto, conforme vimos nos casos do HE₂ e HE₃, que esses valores financeiros não chegaram efetivamente aos hospitais de ensino.

A integração do hospital ao sistema: um jogo difícil

Uma das diretrizes da política prevê que os HEs devem redirecionar as ações de atenção básica que ainda são realizadas pelos HEs para a rede básica. Na visão do representante da SGETS/MS, o redirecionamento proposto pela política de contratualização teve apenas um efeito econômico negativo para os HEs. Por mais estranha que possa parecer uma avaliação dessa natureza, ainda mais oriunda de um dirigente que tem destacado papel na condução de estratégias como o Prosaúde e o PET-Saúde, é preciso reconhecer que está em sintonia com os achados descritos e discutidos nos casos anteriormente estudados. Para ele:

*“Aumentou o gasto do gestor hospitalar, porque daí não ganha para fazer isso e continua fazendo. Assim é a realidade do hospital em que trabalho e de vários outros que conheço. Quem viveu na década de 70, antes do SUS, tinha que ir a um hospital, porque o hospital vivia disso, da consulta hospitalar. Embora o SUS já tenha 21 anos, **a população ainda está acostumada, gosta de ir ao hospital e fica complicado**. O hospital já não ganha para isso, fica sobrecarregado, não dá conta de fazer aquilo que ele tem que fazer. Um pouco porque **a estruturação dos serviços em muitos municípios ainda não está tão legal e um pouco pela questão cultural do paciente. Ele gosta de ir. Às vezes a resolução é muito maior**”.*

Questionado se os interesses acadêmicos também não são determinantes para a manutenção dessa cultura de ensino de ações básicas dentro do hospital, o representante da SGETS/MS afirma sua concordância, e acrescenta:

*“Nesse momento, o MS e o MEC estão andando juntos. Temos políticas estruturais, como o Prosaúde, PET-Saúde, Tele-Saúde, para tentar reorientar a formação. O MEC também tem cobrado isso. Faz parte das diretrizes criadas, avaliação das instituições de ensino, a questão dos HEs. Estamos conseguindo evoluir, cada um fazendo o seu papel, mas **ainda** temos um caminho a percorrer. Frequente muito as escolas de medicina, e toda palestra que dou **sempre um professor, geralmente de***

cirurgia, que fala mal do SUS: ‘É um absurdo, quero ensinar dentro do hospital, aqui é o lugar de ensinar’. *Rebato dizendo que só o SUS paga transplantes para todos, que o SUS não é medicina de periferia, para pobre. É da mais cara que tem e paga melhor. Desmonta esse argumento. O tempo é outro, a história é outra, a epidemiologia é outra. Mostro aqueles trabalhos americanos, que de mil pacientes só um precisou ir para o hospital. É falar, falar e esperar as novas gerações. Acho que essa política é muito importante porque faz parte desse pool. Graças a Deus o MEC e o MS estão juntos. O próprio Conselho Nacional de Saúde, porque quando se vai abrir um novo curso de medicina hoje, a Lei 370 exige o parecer do CNS, o próprio projeto pedagógico exige que tem que ter necessidade social, compromisso e ser inovador para o CNS dar o parecer satisfatório a abertura da escola”.*

As opiniões em relação a esse item da política são divergentes. Na visão da coordenadora da área hospitalar do MS, o impacto da política na reorientação da atenção básica foi mínimo.

“Eu acho que teve pouquíssimo impacto sobre isso. Como em todo contrato as duas partes tem suas responsabilidades. O gestor precisa organizar a atenção básica para que receba o que está sendo feito pelo hospital e o hospital rever aquela visão de que a coisa tem que ser feita dentro do hospital por causa da dimensão do ensino”.

Já para o consultor técnico da CGAH, esse redirecionamento está se dando de fato, embora reconheça que no processo de contratualização as ações de atenção básica são pouco consideradas, sendo dirigido o contrato de metas e o plano operativo para as ações de atenção de média e alta complexidade.

A gestora do MEC indica que a maioria das instituições que foram por ela visitadas “fez a lição de casa”, mas as mudanças nesse sentido dependem muito da capacidade do gestor local expandir e ofertar serviços básicos de saúde que possam receber a demanda anteriormente acolhida nos HEs.

“A maioria não tem mais, por exemplo, ações de puericultura. As ações de atenção básica não estão mais sendo feitas no âmbito do hospital. Onde tem um sistema de regulação, onde o município se coloca mais estruturado, investiu na sua atenção básica e fez um sistema de regulação bem feito, funciona muito bem. Os hospitais conseguiram dar conta de liderar e estão fazendo aquilo que é o papel do HE, no sentido de congregar a média e a alta complexidade, deixar as ações básicas para a atenção básica. Eu acho que houve um avanço grande nessa questão”.

Ainda segundo a gestora do MEC, mesmo os HEs que têm porta de entrada pela urgência, mas que contam com a estruturação do processo de regulação por parte do gestor e que implantaram sistemas de classificação de risco e acolhimento, puderam se organizar a partir da contratualização.

“Se o município tem um sistema de regulação bem feito e foi trabalhado com os hospitais a implantação do sistema de acolhimento nas suas emergências com a

classificação de risco, isso contribuiu demais para a devolução dos azuis para o sistema. Agora é preciso ter um sistema que absorva os azuis também. Não adianta mandar o paciente de volta se ele não tem pra onde ir. É um casamento, as instituições se estruturam para fazer um sistema de acolhimento, classificar e devolver, mas o município tem que ter se estruturado pra receber. Na verdade, funciona bem onde tem a contrapartida”.

Trata-se, de alguma forma, de uma aposta da política de contratualização que tinha um pressuposto dependente de outro ator, ou atores, qual seja, a produção de uma rede básica estruturada e resolutiva, quase sempre, ela também, uma idealização da política que nunca se alcança plenamente, como pensada pelos seus formuladores.

Questionada sobre a diretriz da política de contratualização que indica que a totalidade dos serviços contratados de acordo com as normas operacionais vigentes fiquem sob regulação do gestor local do SUS, a coordenadora da CGAH refere que:

*“A regulação avançou um pouco. Tem uma vantagem que a contratualização trouxe nessas desavenças, brigas, na falta de atendimento: **o gestor se aproximou mais do hospital.** Ao se aproximar mais do HE, começa a conhecer melhor a capacidade de produção e a ter uma dimensão mais clara do que tem que regular. Sob esse aspecto, acho que avançou um pouco. **Se ele tem associado um sistema de regulação, minimamente, ainda que seja, que é um ponto de estrangulamento do sistema como um todo, consegue ter uma capacidade de regulação maior. Acho que avançou nessa perspectiva”.***

A gestora do MEC avalia como determinantes para o êxito ou fracasso da política a capacidade dos gestores e a estruturação dos sistemas locais e regionais de saúde. Para ela, outro aspecto fundamental na política de certificação/contratualização foi a integração das instituições de ensino ao SUS, sobretudo dos hospitais pertencentes às universidades federais.

*“Como uma determinação da política, eles tiveram que contratualizar um modelo de regulação dos seus leitos e consultas que foi a grande virada em termos das posições desses hospitais no sistema. Hoje nós temos todos os hospitais regulados. **Bem ou mal, mas aí depende do gestor e não do hospital.** Quem tem um sistema de regulação funcionando na sua cidade ou no seu território consegue usufruir do HE de uma forma melhor, porque isso não existia, os hospitais eram ilhas no sistema. **Hoje os hospitais de ensino estão integrados no sistema. Só que aí, tem também um problema: porque muito depende do gestor e não do dirigente do hospital”.***

Opinião semelhante expressa o consultor técnico da CGAH, para quem essa é uma questão que ainda merece uma atenção especial, principalmente voltada para as ações dos gestores locais do SUS (estadual ou municipal). Entende que, antes de ser um limite da política de contratualização, reflete problemas mais gerais de organização do SUS:

*“Existem gestores que fazem a regulação da totalidade dos serviços contratados, como é o caso do gestor da cidade de Curitiba e, em menor escala, do Estado de São Paulo. Por outro lado, existem gestores que não têm qualquer regulação estabelecida na sua área de atuação no que diz respeito aos HEs. **Este é mais um problema do SUS, em geral, do que da política de reestruturação dos HEs**”.*

A gestora do MEC tem uma visão crítica sobre a regulação. Para ela, torna-se necessário estabelecer *“um mecanismo regulatório da regulação”*. Reivindica que parte da oferta fique sob regulação interna dos próprios HEs para atender às necessidades de ensino, demanda também apresentada por alguns dirigentes dos HEs aqui estudados. Além disso, o problema da *“falta de capacitação dos gestores”* é trazido à tona novamente, assim como a pressão de demanda produzida pelos gestores sobre o HE.

“Existem gestores e gestores. Falta uma capacitação dos gestores no sentido deles entenderem que para que o HE esteja inserido no sistema de regulação, não significa que o município vai tomar conta de todos os leitos do hospital de uma forma indiscriminada. É preciso ter uma pactuação das atividades de ensino preservadas. Nós temos que criar algum mecanismo de regulação dessa regulação pelo gestor. Porque senão ele ocupa todos os leitos e consultas com aquilo que tem uma pressão de demanda maior do sistema. Você tem os problemas de residência que tem um número x de procedimentos que devem ser feitos. E isso tem que ser preservado. Não adianta o gestor dizer que quer resolver todos os seus problemas de varizes e encher o hospital, o centro cirúrgico daquele hospital com os casos desses pacientes porque a formação dos alunos e dos residentes que estão lá demanda que se façam também outros procedimentos. Tem que haver um equilíbrio. E aí o gestor tem que ter o bom senso de perceber que aquele hospital é diferente de outro produtor de serviço para o SUS, tem outra função que não é só assistir, é também ensinar. Isso em alguns momentos pega, não está claro e eu acho que nós temos que normatizar de cima para baixo, porque senão nós não protegemos os hospitais e a sua função de ensino”.

Há, no discurso da gestora do MEC, uma clara percepção de que o ministério assumiu uma postura de defesa dos HEs vinculados às instituições de ensino superior federais. Dessa forma, **diante de uma “SAS enfraquecida”, outrora poderosa e dirigente do processo, passará a intervir e mediar as relações entre gestores locais e dirigentes dos HEs**. Resta saber como reagirão os gestores do SUS e suas entidades (Conass, Conasems e Cosems), que tendem a lutar pela preservação de um alto grau de autonomia para definição de questões dessa natureza. Se normalmente relutam em aceitar qualquer intervenção do MS, tenderão a não aceitar tranquilamente a entrada do MEC em cena (que sequer aponta para a alocação de recursos financeiros novos, que tradicionalmente costumam agir como importante elemento de sedução nas negociações e fator indutor da adesão dos gestores às políticas formuladas pelo

governo central no âmbito do SUS).

No que se refere à diretriz que definiu um cronograma de adequação para disponibilização de 100% dos leitos ativos do hospital de ensino público e do total dos grupos de procedimentos praticados para o SUS, em até quatro anos, o consultor técnico da CGAH relembra que, se for considerado o que trata a Portaria Interministerial MS-MEC n.º. 2.400/2007 (que substitui a Portaria Interministerial MS-MEC n.º.1000/2004) no tocante ao assunto, em dois anos deveriam ser disponibilizados 100% dos leitos ativos do hospital de ensino público e do total de procedimentos praticados para o SUS e que esse prazo se encerraria em 2009. Revela, entretanto, que não há definição para o tema:

“Está na pauta da Comissão de Certificação uma discussão para se definir o que fazer com os hospitais que não cumpriram com o compromisso formal assumido na ocasião da certificação”.

A coordenadora da CGAH confirma que a política de contratualização não resultou em nenhuma alteração nesse quesito e relata, ainda, a pressão desencadeada sobre os gestores pelo Tribunal de Contas da União.

“O TCU tem constantemente nos pressionado e nos coloca numa posição delicada, porque na verdade o critério de 100% é o da produção. E aí há outro lado que é interessante e tem um pouco a ver com isso. Até recentemente, a filantropia era concedida pelo CNAS e passou para os ministérios. O projeto foi aprovado, botaram para funcionar e o critério é ser 60% SUS, mas 60% SUS do quê? Também não sabem o que é isso. O que a gente vê na certificação é leito, o que está no CNES. Esse é um critério difícil que nós estamos enfrentando problemas, não temos o real meio de verificação. Acho que vamos avançar isso porque teremos que avançar pela filantropia”.

A resposta da coordenadora, cuja área passou a acumular também a responsabilidade pela emissão do certificado de filantropia para entidades beneficentes que atuam na área da saúde, pouco elucidativa, reflete a persistência, cinco anos após a formulação da política, desse ponto que trata diretamente da **relação público x privado, como ponto de dissenso no âmbito da Comissão Interinstitucional**. Nem ao menos critérios objetivos para definir a regra de como mensurar a oferta de serviços ao SUS foram estabelecidos. Aliás, para os HEs públicos, a regra prescindiria de quantificação, à medida que, após quatro anos, 100% da oferta deveria ser destinada ao SUS.

É digno de nota, segundo relato da coordenadora do CGAH, que a lógica da contratualização, ainda que se perceba que não foi efetivamente implementada após

cinco anos de experiência com os HEs, será estendida como estratégia para concessão do certificado de filantropia:

“Com a passagem da filantropia do CNAS para cá, modificamos alguns critérios. Para o hospital obter sua filantropia necessariamente terá que ter contrato com o gestor (isso não existia antes) e terá que definir metas quanti e qualitativas. Essa ideia que desenvolvemos com os HEs migrará para a concessão do CNAS”.

A gestora do MEC avalia que a diretriz é considerada controversa e que não andou por causa do subfinanciamento:

“Enquanto não tivermos um financiamento decente para os hospitais, sempre vão ter argumentos para dizer que precisam de leito privado. É uma discussão difícil de fazer porque não tenho argumentos para um diretor de hospital que mantém com os seus 30 leitos de convênio um faturamento que lhe garante a abertura da sua porta. A resposta que ele me dá é a seguinte: ‘se o SUS me bancar o custo real dos meus procedimentos, eu não vou precisar disso, aí eu fecho’ e ele tem razão”.

Nesse ponto, observa-se como há pressupostos da política de contratualização interdependentes, ora sinérgicos, ora em disputa. Por exemplo: tirar a atenção básica do hospital depende de uma rede básica resolutiva, depende da “adesão” da população, depende dos docentes aceitarem ir para outros cenários. Os 100% de leitos para o SUS dependem do financiamento, dependem da regulação, que dependem de um gestor atinado. Utilizando-se o conceito matusiano de *aposta*, podemos perceber que a política de contratualização é uma rede complexa de pressupostos ou apostas.

Quanto à diretriz da política que prevê que “a abertura e prestação de novos serviços no âmbito do HE envolverá pactuação prévia com os gestores do SUS, de acordo com a abrangência do serviço em questão”, o consultor técnico da CGAH destaca que essa questão merece duas abordagens. A primeira diz respeito ao financiamento por parte do Governo Federal (principalmente MS e MEC) para os HEs. Quando são solicitados recursos para esses hospitais através de emendas parlamentares, convênios, etc., não são exigidos ou solicitados aos dirigentes hospitalares se essas ampliações ou abertura de novos serviços envolverão pactuação prévia com os gestores do SUS. O que termina acontecendo, em sua visão, é que novos serviços são abertos sem a devida pactuação. Após o serviço ser instalado, os dirigentes hospitalares passam a reclamar que os gestores do SUS não remuneraram os serviços prestados. Sugere que:

“... a aprovação de qualquer verba do Governo Federal para a criação de novos serviços para o SUS deveria ser precedida de uma pactuação prévia com o gestor local do SUS”.

O segundo aspecto diz respeito à própria organização do SUS no âmbito local (seja estadual ou municipal). Para ele, existem diferentes tipos e qualidades de gestores do SUS, sendo que nos locais onde existe uma gestão do SUS bem estabelecida esses problemas são menores.

A gestora do MEC considera que vem ocorrendo a pactuação prévia com os gestores do SUS para a abertura de novos serviços no âmbito do hospital de ensino, mas também avalia que depende de quem é gestor do hospital e do sistema. Trata-se de uma equação básica e “universal”: **a competência ou capacidade de governo e o protagonismo desses atores.**

“Acho que houve avanço sim nessa direção. Na medida em que houve uma aproximação e uma conversa maior com os gestores, essa relação está sendo trabalhada. Em muitas instituições, o gestor fez as suas demandas do tipo “eu preciso que funcione um serviço assim, ou assado” então vamos estruturar. E em alguns lugares tem sido inclusive uma relação de parceria. Muitas vezes o município coloca investimento ou até recursos humanos para fazer a parceria para abertura daquele serviço específico que é uma demanda da região. Então eu acho que houve avanço sim. Não tanto quanto a gente gostaria. Mas houve”.

Ela avalia ainda, mesmo sem ter dados objetivos, que, com a regulação de leitos pelo gestor, o controle e regulação observados até então, a partir de interesses acadêmicos, de disciplinas e seus catedráticos, vem diminuindo. Para ela, a criação das diretorias de ensino e pesquisa nos HEs permitiu a introdução de movimentos regulatórios da pesquisa nas instituições, diminuindo essa tendência.

“A maioria dos grandes HEs, principalmente, mas os pequenos também se estruturaram. Um projeto de pesquisa para ser desenvolvido no HE tem que ter o aval de alguém, de uma instância de gestão de ensino e pesquisa. Embora tenha um pouco de chiadeira dos professores, já se estabilizou. Melhorou sim o panorama nessa área”.

Cabe avaliar se certos “dispositivos”, tais como comitês de éticas e diretorias de ensino e pesquisa, entre outros, seriam dispositivos internos à micropolítica com poder de condução de novas posturas, constituindo-se num caminho mais “micropolítico” a ser seguido.

O fetiche da informação: a “irracionalidade da racionalização”

Há também no governo central a expectativa de que o desenvolvimento de sistemas de informações dará conta de resolver os problemas, aumentar o controle e a

capacidade de gestão, inclusive resolvendo os imbrólios normativos criados pela política.

Nos HEs estudados anteriormente, pudemos constatar o peso significativo atribuído pelos gestores e dirigentes hospitalares aos sistemas de informação, em alguns casos apontados como **o instrumento de gestão** que será capaz idealmente de garantir a eficácia da política (chegando a assumir, como visto antes, um caráter de “fetiche”). O consultor técnico da CGAH, por seu lado, na mesma linha, atribui à inexistência de um eficiente sistema de informação por parte dos gestores do SUS – nas três esferas de governo – as dificuldades enfrentadas para garantir a qualificação da gestão administrativo-financeira e maior transparência nos contratos firmados que permitam garantir equilíbrio econômico e financeiro.

Para a gestora do MEC, ao longo dos cinco anos em que a política vem sendo estruturada, foi aumentando o interesse e a participação da pasta à qual está vinculada. No âmbito desse ministério, a Coordenação Geral dos Hospitais Universitários assumiu a tarefa de fazer o acompanhamento da certificação e contratualização a partir da base de dados do MEC por meio da criação de um sistema de informações denominado Programa de Desenvolvimento e Avaliação do Ensino (Pró-DAE) para todos os HEs que, no entanto, por uma série de questões operacionais, não funcionou.

“Tanto que deixamos de fazer os relatórios de certificação pelo sistema e voltamos para a forma ancestral, usando o Word mesmo. E numa das reuniões da comissão se decidiu que o MEC iria pilotar agora o desenvolvimento de um sistema de acompanhamento dos HEs, partindo do pressuposto que esse sistema tem que fazer interface com outros sistemas de bancos de dados voltados ao ensino, Plataforma Lattes, CNPq, EMEC, ou seja, que o sistema possa conectar e buscar informações que são importantes para o processo de avaliação dessas instituições”.

Vale destacar que o MEC **já possui um sistema criado para avaliação, diagnóstico de situação e gestão do sistema de hospitais federais (REHUF)**, que conta com uma base de dados com todas as informações dos hospitais universitários federais. A proposta que o Governo Federal está desenvolvendo é a de criar mais um sistema para HE que converse também com o REHUF, com o sistema da residência, da CAPES e do CNPq, para *“poupar tempo e agregar mais informações”*, segundo a gestora do MEC.

A confusão normativa é de tal ordem que o Governo Federal vive uma situação

surreal em relação aos cursos de medicina. Foi criado um instrumento próprio para autorização desses cursos, determinando que a certificação dos hospitais como HES seja uma das exigências para a abertura de novos cursos de medicina. Só que uma das condições para que um estabelecimento hospitalar seja qualificado como HE é que abrigue no mínimo três cursos de graduação, sendo obrigatoriamente um deles de medicina. De acordo com a gestora do MEC,

*“Temos de rediscutir a portaria de certificação, porque nós estamos com o problema do ovo e da galinha. Para abrir curso de medicina tem que ter hospital certificado, só que para certifi-cá-lo tem que ter o curso de graduação em medicina. Vamos ter que rever esse conceito. Assim como para ser certificado tem que ter residência. Nós estamos trabalhando agora num processo que combinamos na última reunião de montar uma comissão para discutir uma **harmonização de todos os processos avaliativos que existem no MEC, no MS, em relação à atividade de ensino na área da saúde. Harmonizar para que seja feito um alinhamento para que todo mundo converse e inclusive para que esse sistema informatizado colete os dados das suas respectivas bases sem ter que ficar reproduzindo. Considerou-se que o MEC teria mais potencial para fazer isso que a saúde**”.*

A contratualização na esteira da racionalização da vida hospitalar (e o baixo impacto da política no modo de funcionamento do hospital)

Sobre a diretriz que estabelece que a organização da atenção deve ser orientada pela Política Nacional de Humanização (PNH), o consultor técnico da CGAH destaca que, embora o conjunto de hospitais de ensino seja muito heterogêneo e que as ações também sejam heterogêneas, a PNH entrou na agenda dos dirigentes dos HES.

*“O que posso dizer pelo fato de ter sido certificador e ser membro da Comissão de Certificação MS-MEC é que, **a partir de 2004, com o início do processo de certificação, um olhar voltado para a PNH foi estabelecido.** A PNH está no âmbito das preocupações dos dirigentes dos HES.”*

A coordenadora responsável pela política hospitalar no âmbito do MS considera que as mudanças observadas em relação à humanização são fortalecidas pela política de humanização como um todo, mas independem do processo de contratualização.

*“Na prática, o que se tem observado com relação à **humanização nos contratos é que está mais focada no horário de visita, no acompanhante e em questões pontuais de alguns indicadores da humanização, que é o que minimamente a gente exige.** Mas, mais uma vez ressalto uma coisa: essas perguntas normalmente temos muita dificuldade em responder porque não tivemos uma avaliação concreta do impacto da política e teremos mais subsídios para respondê-las quando tivermos resultados das pesquisas. (...) Foi por necessidade de responder esses*

questionamentos que a gente montou esse grupo. Responder questões como, por exemplo, humanização”.

Já para a gestora do MEC, é possível identificar avanços no que se refere à política de humanização, provocadas pela introdução de metas relacionadas ao tema.

*“Muita coisa avançou também nesse sentido. Vou usar um exemplo muito simples da PNH que é a criação da ouvidoria. Muitas instituições, de início, sequer tinham uma ouvidoria e alguma sistemática de avaliação da satisfação do cliente e hoje, todos os HEs que visito têm o seu formulário de satisfação dos usuários, uma pessoa fazendo ouvidoria. Bem ou mal, isso é um avanço. Muitas instituições foram atrás até para saber o que é a PNH e criar mecanismos. Temos vários projetos interessantes que foram criados pelas universidades, pelos HEs, rede de voluntários para dar suporte aos pacientes e aos familiares. **Agora tem uma falha sim, porque a PNH também tem as suas deficiências. Humanização é estado de espírito, não é só criar uma determinada entidade ou pintar uma parede bonita. Tudo isso é bom, mas enquanto não mudar a forma das pessoas agirem e se comportarem, isso não vai mudar em termos de humanização.** É oferecer um serviço decente para o paciente. Posso ter um ambiente extremamente acolhedor, mas se eu não ofereço o procedimento que o paciente precisa, na hora certa, com um profissional bem capacitado, com boas condições tecnológicas, **isso não é humano.** Ainda precisa avançar um pouco”.*

No que diz respeito à gestão hospitalar, mudanças que apontavam para a adoção de medidas para a democratização da gestão e que favorecessem o aperfeiçoamento e propiciassem a transparência, a credibilidade, ética, humanismo e que previam, para tanto, a implantação dos conselhos gestores ou da comissão de acompanhamento do contrato em todos os hospitais de ensino, a representante do MPOG avalia que, transcorridos cinco anos,

*“a gente não tem informação. Acho que não houve, acho até que os hospitais avançaram em relação à humanização, transparência. Eles têm as metas, alguns fazem, mas não houve uma política bem incrementada. Pelo menos na nossa visão aqui. **Não tivemos nenhum tipo de acompanhamento. A comissão de acompanhamento dos contratos foi um dos pontos levantados como críticos, que não houve praticamente. Foi generalizado, não foi criada essa comissão, não foi constituída, não foram implementadas.** Só em alguns casos muito particulares como o caso de Curitiba.”*

O consultor técnico da CGAH considera que este é um ponto muito complicado da política, pois embora as portarias de certificação/contratualização exijam que essas ações sejam implementadas, na prática poucas ações voltadas para a democratização da gestão estão sendo de fato implantadas.

Mesmo com toda a fragilidade da Comissão de Acompanhamento dos contratos e a não-implantação de outras medidas de gestão participativa, a coordenadora da CGAH **acredita** que a contratualização tenha favorecido a maior transparência na

gestão dos HEs.

“Acho que houve, por causa da aproximação do gestor com o HE. Hoje o gestor está muito mais próximo. O conhecimento dos gestores em relação à potencialidade, as dificuldades, a dinâmica do HE está muito mais claro. Até porque o próprio processo de certificação aproximou muito os dois nos últimos tempos. E isso é muito claro com relação aos hospitais do MEC”.

Em relação à transparência no processo de planejamento, prestação de contas, etc., a gestora do MEC avalia que a política não produziu avanços por não ter conseguido a implementação dos conselhos gestores.

“Ainda é centralizada, pouco transparente, os residentes e docentes não sabem o que acontece. Em algumas instituições, a gente chega e tem que falar para eles que está entrando um valor x na conta para atividade de ensino e quando a gente pergunta se estão usando isso, nem sabem responder. Acho que essa é uma área que não andou: a transparência e a democratização da gestão. Acho que não por uma questão de má fé, mas por cultura. Não é que as instituições estejam roubando, fazendo coisa errada. Só que é cultural. É aquela noção de que um pequeno grupo, aquela pequena elite, vai tomar a decisão e caso se exponha os outros vão talvez interferir, intervir, tem uns fantasmas assim, entendeu?”

O processo de contratualização envolve na micropolítica dos HEs vários atores que disputam seus projetos em ato, mas percebe-se que, se por um lado permitiu fortalecer ainda mais o grupo de alta direção, por outro não foi capaz de abrir, quebrar, cingir, permitir a constituição de novos atores no processo de pactuação do HE.

A gestora do MEC tem a percepção de que a certificação é um processo externo. Para ela, a atuação da comissão de acompanhamento do contrato poderia fortalecer os alunos, docentes, funcionários, representantes do controle social, mas isso não vem ocorrendo no nível desejado.

A coordenadora da CGAH aposta que, além da implementação da Comissão de Acompanhamento do Contrato, que ocorreu com um caráter meramente formal, outro fator decisivo para a qualificação do processo de planejamento hospitalar deveria ser o envolvimento maior das equipes multiprofissionais com metas gerais e específicas. Para tanto, seria necessário um processo de pactuação interna da política de contratualização que efetivamente tem ocorrido de forma incipiente e frágil.

*“Se fala muito nisso. Houve alguns, por exemplo, Minas Gerais, que faz a contratualização interna. Normalmente **onde a comissão de acompanhamento funciona de uma forma mais intensa é onde tem melhores resultados e maiores desdobramentos.** Minas Gerais tem essa forma de avaliação interna, Curitiba tem, Maranhão começa a avançar um pouquinho nisso, então há algumas iniciativas, ainda tímidas, mas há um movimento que já começa a se ver e um interesse e*

*muitas vezes a solicitação ao ministério pra gente começar a intervir também no processo de contratualização interna. Rio Grande do Norte já começa a avançar no seu conjunto, com esse processo de contratualização interna, e aliás eu acho que não pode ser de outro jeito, porque se você faz uma pactuação com o gestor, **se não tem o suporte e a aderência da instituição como um todo, vira um processo burocrático. Isso só vai tomar vida na hora que toda instituição está envolvida.** O que está sendo contratado com o gestor já é contratado internamente. Só assim vai ter adesão dos profissionais para cumprir, para fazer acontecer, para ir em frente com aquilo que foi pactuado. Parece-me que a contratação com o gestor necessariamente passa por uma contratação interna, senão vai ficar burocrática. **Acho que é uma estratégia que a gente tem que pensar como fazer isso**".*

A política estabelece também a necessidade da *“aplicação de ferramentas gerenciais que induzam à horizontalização da gestão, qualificação gerencial e enfrentamento das questões corporativas, incluindo rotinas técnicas e operacionais, sistema de avaliação de custos, sistema de informação e sistema de avaliação de satisfação do usuário”* (BRASIL, 2004d; 2004e). Para o consultor da CGAH, essa é uma questão ainda para ser enfrentada, *“com algumas honrosas exceções”*.

Para a gestora da CGAH,

*“a discussão da gestão sempre foi muito árdua, muito difícil de levar porque quando você coloca isso em pauta ainda vem o financeiro como uma questão premente. Não posso melhorar a gestão porque não tenho financiamento adequado, por exemplo, para implantar um sistema informatizado na unidade, um sistema de custos. Então **a qualificação da gestão ainda fica no segundo plano porque o financiamento fica em primeiro. A questão do financiamento ainda está na pauta, é verdadeira.** O avanço não é tão tímido, mas ainda pega. **As unidades federais avançaram muito pouco, muito pouco mesmo.** Se você chegar nas filantrópicas...muito pouco. Acho que temos que ter **ações paralelas de qualificação**”*.

Na visão do consultor da CGAH, a heterogeneidade dos HEs também está presente em relação ao processo de planejamento dessas organizações de saúde,

“O campo da gestão pública é um dos mais fracos no Brasil. Gestão e financiamento são capitais para o sucesso de qualquer política pública. Alguns hospitais realizam um planejamento hospitalar exemplar. Outros continuam com a política de apagar um incêndio todos os dias”.

Para a gestora do MEC, há certa confusão entre medidas relativas à horizontalização da gestão, gestão participativa e introdução de ferramentas gerenciais que *“modernizam e racionalizam”* a vida HE.

“Os HEs que puseram em andamento as suas comissões de apoio, que puderam contar com uma comissão muito atuante, que implementaram gerências de risco na instituição, passaram a experimentar uma democratização da gestão e a ter uma profissionalização da gestão que não existia. De uma certa forma, começou-se a revisar prontuários e isso tem um reflexo na gestão, porque de repente os diretores passaram a ter mais informações e dados com que trabalhar, porque a comissão, na hora em que ela começa a funcionar, faz uma série de

*questionamentos e passa a trazer problemas para a direção. Esse é um efeito secundário. Muitos HEs tiveram que aperfeiçoar o seu sistema de gestão em função das exigências do processo de certificação. **Acho que houve avanço na gestão dos HEs, cobrou-se muito questões infraestruturais, por exemplo, organização de farmácia, almoxarifado, de prontuário, e isso se reflete numa gestão melhorada**".*

Vale salientar que o que os gestores entendem como “avanços na gestão” são aspectos importantes na dinâmica das organizações hospitalares, que apontam para qualificação de fluxos, processos e funções gerenciais e administrativas, com algum impacto sobre a assistência (almoxarifado, farmácia, prontuário, etc.), mas que ficam muito aquém da formulação que a política fazia do que seriam os avanços advindos da contratualização.

De acordo com a representante do MPOG, é preciso reconhecer que não houve nenhum sistema ou medida organizada para fortalecer o trabalho de planejamento e mudança da lógica de gestão (pelo menos com a amplitude e radicalidade pretendida nas formulações originais da política: gestão colegiada em todos os níveis, planejamento democrático e participativo, ampliação do controle social, etc.) e reconhece que os atores que compõem o HE são de fato um elemento de maior complexidade para o planejamento e a gestão.

*“Essa constatação foi um dos pontos da proposição nossa de trabalhar com esse modelo de avaliação, que serve menos para monitoramento e mais para planejamento. Esse modelo de avaliação da qualidade da gestão interna serve para a equipe do hospital instituir mecanismos mais estratégicos de definição das estratégias e de participação de outros atores. O que se constatou foi que os hospitais são um pouco esquizofrênicos no que se refere ao seu quadro de pessoal, não têm uma estrutura permanente, estabilizada, de estrutura interna. Há diversos problemas internos, inclusive no que se refere a relacionamento com o reitor **que faz com que o planejamento seja fragmentado e complexo dentro do hospital, por melhor que seja a expectativa e a vontade, o envolvimento da equipe**. Você tem muitos terceirizados, tem o quadro de professores e médicos que atuam no hospital, tem um comprometimento também com a universidade, e esse comprometimento muitas vezes dificulta a gestão pelo diretor do hospital. Há toda uma complexidade na composição da equipe e na composição do sistema de liderança que faz com que esse planejamento seja muito difícil.*

Questionado sobre quais mudanças puderam ser observadas a partir da política de contratualização em relação à formação e educação permanente, o dirigente da SGETS/MS foi claro e direto. Para ele, a contribuição observada para a formação de trabalhadores dos hospitais e da rede a partir da contratualização – visando ao trabalho multiprofissional, à diminuição da segmentação do trabalho e à implantação do cuidado integral, prevista na política – foi pequena e centrada na residência médica

e multiprofissional intra-hospitalar.

*“Poucas mudanças, ainda centradas na questão da residência, que é um padrão-ouro na questão da educação permanente, mas estamos longe das especializações e daquilo que a grande massa de recursos humanos do SUS precisa. Aí estamos fazendo pouco. **Não lembro nenhum relatório que tenha visto com algo definido voltado para a educação permanente**”.*

Para a coordenadora da CGAH, essa é uma dimensão que a política de contratualização praticamente não conseguiu interferir.

*“No contrato não houve avanço nisso. Nem com relação aos profissionais dos hospitais, nem com os da rede. Acho que o gestor tem sua pontinha de culpa também, porque o foco continua na assistência. **Formação e educação permanente, ciência e tecnologia são “duas pernas” que definitivamente não se trabalha**”.*

Note-se que, como pudemos observar nas estações visitadas, a própria concepção do que seja *educação permanente* não é muito clara para a maioria dos formuladores de políticas governamentais, dos gestores e das equipes dos hospitais de ensino. O consultor técnico da CGAH foi lacônico ao avaliar a contribuição observada em relação à formação de profissionais da rede a partir da contratualização: *“Muito pouco”*. Para a gestora do MEC, não houve mudanças no padrão de cuidado a partir das estratégias de formação e educação permanente pretendidas com a política, destacando que **há enorme distância entre o discurso e o que se observa na prática**.

*“Utiliza-se muito pouco o potencial de educação permanente das instituições. Por sua vez, **a cultura institucional ainda não é uma cultura da multiprofissionalidade, do trabalho interdisciplinar**, ainda temos um trabalho muito dicotomizado. Em parte por causa disso é que estamos lançando um programa de residência multiprofissional nos HEs, buscando mudar esse paradigma. Hoje as instituições não têm ferramentas e não sabem trabalhar multiprofissionalmente. **Temos que criar um mecanismo de mudar a cultura institucional para ver se isso reverte numa tradução para o sistema**. O modelo que criamos de residência multiprofissional tenta amarrar isso. Tem que integrar academia e serviço, integrar o gestor. Os programas têm que sair e extrapolar o HE. Ele não pode ficar só na questão terciária, tem que fazer interlocução com a rede. Essa é uma tentativa que estamos fazendo de indução com uma política de governo, uma mudança cultural. Acho que a contratualização não avançou muito. **Uma coisa é o discurso que se faz na visita quando a gente vai até lá, outra coisa é a prática que a gente observa. O discurso é ótimo, mas a prática a gente observa que não muda**. E para isso vamos ter que mudar paradigma de formação. Não adianta pegar a equipe que está lá e achar que ela vai se integrar de um dia para o outro. Tenho que criar modelo de ensino e acho que a ferramenta melhor é a residência para isso, fazer um modelo de integração por meio do ensino para mudar essa cultura institucional”.*

O consultor técnico da CGAH também destaca, no campo da micropolítica, alguns limites que gestores do SUS e dirigentes hospitalares enfrentam para uma formação de recursos humanos nas áreas de graduação e pós-graduação (*lato e stricto*

sensu) menos fragmentada dentro dos hospitais de ensino, tal qual continua a ser observado. Para ele,

“A direção dos hospitais de ensino não tem qualquer governabilidade nas áreas do ensino, da pesquisa científica e do desenvolvimento de novas tecnologias. Esta também é uma questão a ser devidamente enfrentada”.

No tocante às iniciativas de desenvolvimento dos profissionais da rede do SUS, especificamente na área de urgência e emergência, uma prioridade nacional, nada foi feito, na opinião do dirigente da SGETS/MS.

*“Nada. Que eu conheça nada. Não sei se estou sendo muito rígido. É uma coisa que me preocupa. Temos hoje nas grandes cidades a violência urbana como terceira causa de morte. Temos residência para apenas 40% dos 17 mil médicos formados anualmente. E sabemos que vão trabalhar em duas situações que me parecem fundamentais: assistência à saúde da família e urgência/emergência, onde acho que a instituição formadora ainda está longe de deixar, no final da graduação, o profissional apto e pronto para isso. Conheço projetos pedagógicos de faculdades de medicina que no currículo obrigatório o aluno não passa mais do que oito horas na urgência. É uma coisa quase que inadmissível para essa realidade epidemiológica que a gente tem. Parece que a gente não entendeu ainda que o currículo deveria mudar de acordo com as mudanças epidemiológicas. E não estamos muito atentos a isso e **acho que aumentaria a responsabilidade dos HES quanto à educação permanente, mas também não caiu a ficha ainda**”.*

Em relação à educação permanente para a rede nas questões relacionadas às urgências e emergências, foco prioritário da política, a gestora do MEC afirma que não houve nenhum avanço, opinião compartilhada também pelo consultor técnico da CGAH. Para ele, uma novidade foi a criação, em 2007, de uma Comissão Interministerial MS-MEC para tratar de questões comuns ligadas à saúde e educação.

“O primeiro produto do trabalho dessa comissão apareceu na forma de um edital, em outubro de 2009, que estabelece critérios para a formação de especialistas de interesse do SUS. Urgência e emergência é uma dessas especialidades”.

Como já discutido ao longo dessa pesquisa, uma das diretrizes da política indica que os projetos de pesquisa devem ser feitos em parceria com os gestores do SUS. De acordo com o coordenador da SGETS/MS, corroborando a opinião de alguns dirigentes hospitalares entrevistados para a realização dessa pesquisa, pouco se avançou no que se refere a essa diretriz da política.

*“Eu desconheço. Nós fizemos um grande esforço com o PET-Saúde na questão da produção de conhecimento dentro da rede básica. **Vamos ter que inventar o PET-Saúde para os HEs.** É um cenário também do ensino-aprendizagem, faz parte do SUS, faz parte da política e eu desconheço”.*

E acrescenta (mais uma vez) que as mudanças que puderam ser observadas

ressaltam **o caráter indutor e organizador da certificação (mais do que o proporcionado pela contratualização)**, em particular para os estabelecimentos hospitalares que não tinham uma forte organização interna.

“A mudança que percebo é que hoje tem muito mais comitês de ética. De alguma maneira, o HE está mais preocupado porque acho que o que existia antes era quase uma sacanagem com o hospital. O pesquisador usava toda a infraestrutura, fazia o que queria, gerava um custo absurdo, sem nenhuma preocupação. A sua preocupação maior não era gerar conhecimento, mas um conhecimento publicável naquilo que é aceitável dentro da carreira docente. E acho que com a contratualização, com as comissões que o hospital tem que ter, de alguma maneira começa a organizar isso. Estamos no caminho, mas ainda precisamos aprimorar. Sem dúvida nenhuma, acho que criou uma honestidade maior com o SUS e os HEs, porque você percebe que muitos que estão sendo credenciados ainda não tinham a comissão e isso passou a ser cobrado”.

Destaca, entretanto, que a **despite dessa aparente evolução representada pela implantação de comissões de ética e comissões de estudos e pesquisas observadas em vários hospitais que foram certificados como HEs, não foram observados avanços no que diz respeito à integração com os gestores do SUS para articulação de demandas e necessidades que se consubstanciem em objetos de pesquisa**. A proposição de pesquisas e estudos continua fortemente orientada pelos interesses acadêmicos. De acordo com o representante da SGETS/MS,

“É orientado pelos interesses acadêmicos, lógico que de uma maneira mais integrada”.

Para o consultor técnico da CGAH, trata-se de uma área **ainda** muito frágil, sem muitos avanços. Embora ações isoladas tenham sido implementadas pelo MS, como estabelecer que apenas HE podem participar dos editais de pesquisa clínica ou obter financiamento de projetos de pesquisa de interesse do SUS nos Estados, **ainda** falta o estabelecimento de ações adequadas para que essa intenção saia do papel.

Para a gestora do MEC, a pesquisa sob demanda do gestor não está ocorrendo, desperdiçando o potencial dos HEs em desenvolver ferramentas que melhorem o cuidado e a saúde da população.

*“Os gestores não usam o potencial dos HEs para desenvolver ferramentas para melhorar a condição de atendimento das três principais causas de morte no País, na saúde da mulher, na mortalidade materna e infantil. Essas instituições teriam um potencial imenso de melhorar isso. Mas continua sendo feita a pesquisa no âmbito acadêmico fechado, **com um olhar apenas endógeno e não para dar respostas a problemas que o SUS apresenta**. Com raras exceções, desconheço gestores que no seu plano operativo anual colocam o que estão precisando e os problemas apresentados no seu município. Desconheço e é isso que está sendo pouco utilizado”.*

Em respeito à incorporação tecnológica, gestão de tecnologias em saúde, introdução de critérios, procedimentos para aquisição, seleção e usos de tecnologias, o representante da SGETS/MS afirma categoricamente desconhecer qualquer mudança produzida pela política de contratualização:

*“Não. **Eu acho que o HE faz o que sempre fez.** Acho que aí a política não normatizou. A gente começa a lidar com as escolas, com os HEs e vê coisas complicadas, por exemplo, todo mundo que chega com insuficiência cardíaca no PS faz TC de alta resolução para ver se não tem tromboembolismo pulmonar. Quanto custa isso? Para que serve? O que melhora a qualidade de atendimento? **Isso serve realmente a necessidade do SUS ou serve a alguém que quer ter dados interessantes para publicar?** Como que o HE normatiza isso? Ou então, um exemplo prático, há três anos, saiu um artigo no New England de que celulite podia estar associada à trombose venosa profunda sem uma clínica muito definida. Então você pega esse artigo e todas as celulites de uma região atendidas no setor primário ou secundário vão para o HE para fazer ecodoppler. Qual o custo disso? Qual a efetividade? Acho que ainda estamos longe de discutir isso. Gostaria que eles discutissem até para a formação porque em nome da incorporação de tecnologia estamos formando alunos cada vez menos resolutivos. Isso é uma questão complicada. **O seu aluno se apaixona por essa tecnologia. É melhor fazer um ecodoppler e ter certeza que não tem um tromboembolismo do que fazer um teste clínico, observar a evolução do paciente no seu território.** É um descompromisso. Temos que discutir mais isso dentro da política da certificação e da contratualização dos HEs. Vejo que ainda está longe essa discussão e a gente conseguiu pouco”.*

A coordenadora da CGAHA expressa a mesma avaliação que seu par da SGETS em relação à incorporação tecnológica e produção de conhecimentos de acordo com as necessidades do SUS:

“Isso não avançou, isso definitivamente não avançou. (...) Continua sendo uma incorporação definida pelo próprio hospital de acordo com suas oportunidades de financiamento e dos seus interesses. Não tem uma interferência do gestor com relação a isso. O gestor continua focado ainda na questão assistencial e se debruça muito na produção de serviços de alta complexidade. A média complexidade ainda fica ali meio perdida, o foco justamente é no que tem mais custo, mais impacto, mais visibilidade. Mesmo na questão da assistência, o foco ainda do gestor continua na alta complexidade e na pactuação e regulação da alta complexidade”.

Em relação à incorporação tecnológica, a gestora do MEC é a única voz discordante. Avalia que foi uma área em que a política trouxe algum impacto para os HEs, determinados, em sua opinião, pelos requisitos definidos para o processo de certificação que precedem à contratualização:

“Acho que isso melhorou, a partir das exigências da própria certificação, quando a gente pede que tenha uma gerência de risco nas instituições, que se organize, acho que conceitualmente isso caminhou nessa direção. Na primeira rodada de visitas, menos de 50% dos hospitais visitados tinha um engenheiro biomédico para cuidar da aquisição de equipamentos, da sua manutenção, do seu controle, da avaliação de tecnologias que pudessem ser incorporadas. Na última rodada, todos já tinham criado a sua engenharia clínica. Bem ou mal, houve um avanço nessa direção. Eu

não tenho dúvidas de que avançou. Poderia avançar mais, mas eu acho que avançou e muito”.

Contratualização e micropolítica do hospital

A micropolítica na esfera federal: dificuldades e descontinuidade na condução da política

A partir das relações que se estabelecem e dos interesses em disputa na esfera federal, é possível perceber um movimento que deve ser destacado, seja porque marca um posicionamento diferenciado do MEC em relação à política, seja porque evidencia fissuras nas relações entre os gestores federais de distintas pastas, desvelando o jogo de interesses que permeiam as decisões e a condução da política por parte do Governo Federal no campo da micropolítica. É o que se depreende, por exemplo, da visão da gestora do MEC.

*“Os diretores dos hospitais federais estão pedindo ao MEC ajuda para renegociação dos contratos e dos planos operativos. **Eles vêm até nós pedindo ajudar para mediar a conversa com os gestores do SUS porque estão com problemas**, o valor contratualizado não é mais suficiente e há um desequilíbrio entre o pagamento e as metas. **E esse embate com o gestor tem sido muito difícil**. Acho que hoje está se trabalhando numa revisão de planos operativos e de contratos, mesmo aqueles que não venceram. Tem algumas instituições que estão conseguindo refazer contrato, porque era a primeira experiência e não sabiam como fazer bem o contrato. Hoje há um amadurecimento que não tínhamos na época”.*

Na concepção da gestora do MEC, a descontinuidade na condução da política, a partir das mudanças observadas no MS, teve forte impacto na implementação da política.

*“A equipe que criou a política era brilhante. Quando houve a mudança de gestão, o MS ficou à deriva. Essa é a minha avaliação. Perdoe-me Temporão e sua turma. Acho que tínhamos um direcionamento, um grupo focado que estava fazendo uma política. **Houve uma quebra, ficamos pulando de ministro em ministro durante um tempo. Isso determinou um ciclo de não-andamento** e com o ministro Temporão, gosto dele, tem boas ideias, mas não consegui constituir uma equipe. Pelo menos não na SAS. O melhor tempo que tivemos depois foi com a Cleuza, uma boa secretária, mas que não ficou. **E aí se perdeu. Por falta de equipe e de alinhamento**. Na minha avaliação, hoje no MS o que funciona bem é a SGETS, que está avançando a olhos vistos, o trabalho que o Chico faz com a turma dele tem repercussão muito mais concreta e sedimentada do que a SAS. O que a SAS tem? Política de hospitais de excelência? Ah, por favor, né!?”*

A gestora do MEC avalia que poucas mudanças formalmente foram efetuadas nas portarias que regulamentam a política desde sua criação. Para ela, todavia, **mais substantivas foram as mudanças na condução dada à política por parte do Governo Federal**. Novamente, a descontinuidade e a não-priorização da política por parte do MS é destacada:

“Com o tempo, o grupo de certificadores foi amadurecendo, só que teve um processo de desbalanço, porque os do MEC são quase os mesmos desde o início. Eles foram agregando valor e conhecimento, experiência acumulada e amadureceram no processo, mas os da Saúde têm um cíclico espasmódico terrível, têm um grupo que entra e sai, nunca são os mesmos. Da primeira turma não sobrou ninguém. No MEC tem uma porção que são da primeira turma (...) A SAS desmontou. Hoje a gente vê a coordenação dos hospitais na SAS tem pouquíssimas pessoas, não é mais a mesma coisa”.

Há, por parte do representante da SGETS, uma forte convicção de que a profissionalização do quadro de técnicos do Governo Federal é decisiva para o sucesso da política. Quando questionado sobre o motivo pelo qual essa política não recebeu o mesmo tratamento adotado para outras estratégias prioritárias do MS, **expressa também a convicção de que a SAS, a área do MS que coordena a Comissão Interinstitucional e tem o papel mais decisivo sobre os rumos da política – político, técnico, financeiro e operacional –, não demonstra interesse e não prioriza a política para os HEs:**

“A cabeça dos hospitais de ensino é a SAS, uma secretaria muito grande. Aquela reunião da comissão central, aquela coisa de todo mundo, estou esperando o ano inteiro acontecer. Quem convoca é o secretário da SAS. Íamos ter em novembro, mas já foi cancelada. Temos muitas coisas para aprovar, mas a reunião não acontece. Formulamos muitas coisas que poderiam fazer a política avançar, mas a Comissão não se reúne”.

A coordenadora da área de atenção hospitalar do MS refere que a Comissão Interinstitucional parou de se reunir periodicamente em 2007.

“Nós tivemos um movimento de contratualização ainda significativo. Você tinha uma mobilização para dar continuidade ao processo de contratualização. Teve a contratualização dos filantrópicos (não-universitários) em 2007 que foi um pouco traumática, por conta das portarias e, até acertar os ponteiros, demorou para entrar no rumo. Isso mobilizou muito a equipe e o corpo diretivo de uma forma geral. A comissão é coordenada pelo DAE, mas isso não quer dizer que qualquer membro não poderia chamar. Acho que houve um esfriamento da comissão como um todo, o MPOG se afastou um pouco, o MCT se afastou um pouco, acho que houve um esfriamento por contextos gerais e por mudanças internas do ministério, e a coisa começou a esfriar. Não tem uma explicação concreta. O que há é um esvaziamento por conta de um momento institucional das diferentes instituições”.

A representante do MPOG admite que por trás da suspensão de mais de um ano do funcionamento da Comissão Interinstitucional está **a queda de braço entre o MS e o MEC para definir quem financia a política.**

“É um problema que está em todos os cantos do Governo: quem paga a conta. Por isso que é preciso definir o que se quer com a política, de quem é a política e quais os espaços da política de saúde, da política da educação e ciência e tecnologia, como elas se integram, para definir quem paga a conta. Nós definimos todas essas linhas de contratualização e elas foram lindas, todo mundo adorou”.

Apesar do otimismo da dirigente governamental – cujo ministério, diga-se de passagem, não “paga a conta” –, o assunto continua pendente, não foi resolvido nem sequer colocado em pauta nas reuniões da Comissão Interinstitucional realizadas até meados de 2010.

A gestora do MPOG destaca que resolver de quem é a responsabilidade pelo financiamento da política precisa ser resolvido para que possa avançar.

“É preciso maior clareza entre os ministérios em relação aos HEs federais. As competências são muito claras no papel, mas é preciso ter clareza sobre quem financia, a quem compete cada aspecto da política, especialmente entre o MS e o MEC. Há uma necessidade de melhoria nessa relação”.

O motivo alegado, naturalmente, é a insuficiência de recursos, mas também a divisão de competências e as divergências ideológicas e de concepção. De acordo com a representante do MPOG,

*“uma das conclusões que a gente chegou é que precisariam de novas fontes de financiamento porque sem as fontes não dá para aumentar as responsabilidades dos hospitais. Cada meta que se coloca a mais requer um investimento a mais. Se chegou à conclusão que seria necessária a identificação de novos recursos de financiamento, e aí é que tem o nó, porque para você melhorar, ainda que a contratualização possa, em longo prazo, representar maior eficiência, melhor aplicação dos recursos, maior eficácia no atendimento das necessidades, é preciso investimento, é preciso recursos para poder instrumentalizar bem os hospitais. **O primeiro ponto é dinheiro. O primeiro e o último.** A gente sempre diz que não adianta intenções, não adianta portarias, decretos, para se saber qual a prioridade do governo. A prioridade do governo a gente olha no orçamento. Onde tiver o dinheiro é onde está a prioridade. Tem ainda a questão da divisão de competência que também está interligada à questão de financiamento. Depois também há uma dose de preconceito e de ideologia que pode ter complicado um pouco nas novas ideias. **Sempre há essa resistência de grupos com ideologias mais radicais, com uma postura mais fundamentalista de oposição à própria contratualização, porque contratualizar significa também perder poder”.***

Para a representante do MPOG, a Comissão Interinstitucional não tem funcionado por questões de ordem política.

“A comissão tem o mérito de reunir atores políticos. São representações tanto do governo quanto das associações, das entidades de classe, então é uma comissão

muito importante. Exatamente por essa importância é que muitas vezes eu acho que deva haver atritos e dificuldades para fazer a pauta, mas não vejo como sendo muito preocupante o fato dela ter ficado suspensa num nível assim mais macro de governo, porque acontecem mesmo acomodações políticas. Vejo com muita alegria o retorno dela agora para o ano que vem. Acho que foi um ganho, deve ter ocorrido alguma coisa, algum acerto que tornou possível que o assunto voltasse à pauta, e isso é muito positivo”.

De acordo com a gestora do MEC, é preciso reforçar a contratualização, uma política que “empacou no meio do caminho” por falta de acompanhamento e continuidade, em parte pela falta de vontade política do MS, que tem a função de liderar o processo.

*“Não podemos deixar morrer, não podemos perder isso. Nós temos que achar alguma fórmula de revitalizar a política. As ações do governo nessa direção são essenciais. Eu lamento a forma como acabou se encaminhando, **perdeu-se a rédea de uma coisa que é muito importante**. Os 150 hospitais de ensino são a elite do ponto de vista da rede hospitalar brasileira, eles têm que ser mais bem tratados. Você tinha que oferecer mais e cobrar mais, isso exige acompanhamento e um cuidado constante, e isso está falhando. **A gente está tentando fazer isso, mas o MEC não tem essa autonomia porque essencialmente é uma política do MS. Somos parceiros, mas não somos os líderes da política. Acho que está faltando por parte do MS vestir a camisa um pouco mais intensamente**. Acho que é essencialmente uma questão de vontade política que está faltando nesse momento”.*

De acordo com a gestora do MEC, os embates entre gestores e dirigentes dos HEs se dão porque os HEs caminharam mais para abertura e integração ao sistema do que os gestores locais manifestaram abertura em relação ao HE e às questões relacionadas ao ensino, mas também em função do posicionamento assumido pelo gestor federal da área da saúde.

“Vejo que os hospitais, com diferenças, claro, alguns mais, outros menos, caminharam em direção ao SUS, mas o SUS não caminhou em direção aos hospitais para usar o seu potencial. Eles continuam sendo cobrados pela mera produção. Aquele HE do interior do RS, por exemplo. Está em crise novamente, deficitário novamente, por uma série de questões. Tive a informação que a SES-RS dizia que ele não cumpre as metas, cumpre menos que 50% das metas. Fui para lá com essa leitura, pensando encontrar um hospital semiocupado que não está cumprindo as metas, subutilizado. O que encontrei? Um HE superlotado, com a emergência saindo pelo ladrão, não tem leito de UTI, quando tem está pelos corredores. Qual é a colocação do diretor do hospital? É lógico que ele não cumpre as metas porque tem que atender tudo que a região manda, não pode recusar o paciente. Está cumprindo procedimentos que não estão nas metas porque não pode recusar o paciente e aí com sete salas cirúrgicas não consegue dar conta de cumprir as metas pactuadas. Houve uma distorção de olhar e aí o hospital é criticado. Só que quando teve a epidemia da influenza A H₁N₁, o hospital respondeu por toda região e usou o seu estoque em insumos de um ano em um mês. Eu pedi dinheiro para o MS para repor isso. Até hoje estão esperando, o pico da gripe foi em julho e os HEs pagaram a conta adiantado. E estão deficitários. Qual é a resposta do gestor para isso? Aonde que se valorizou esse papel? Porque na hora de capacitar toda a

*equipe da região, na hora de fornecer o substrato para poder dar resposta imediata a uma situação epidêmica, em que porta foram bater? E aí tem uma revolta da gestão do hospital com razão. Qual é a resposta que o SUS está dando para o papel que desempenha? São questões que ainda têm que ser equacionadas na política que trouxe um lado essencialmente fantástico de qualificação das instituições, uma abertura das instituições para o SUS nunca antes vista. A maioria dos HEs está com seus leitos 100% regulados. Hoje mudou o esforço. **Na primeira rodada de visitas, os professores levantavam revoltados dizendo que estávamos tentando vender os nossos hospitais para o SUS.** Isso eu ouvi de um professor de Uberaba. **Hoje o que a gente ouviu, o discurso dos professores é “vocês precisam nos ajudar a pactuar com o gestor um percentual de consultas e de leitos para que a gente possa ensinar”.** Olha a mudança de paradigma no discurso! Hoje é o professor que está falando em pactuar percentual de leitos na regulação, que é o correto, porque temos que preservar o potencial de ensino da instituição. A academia, nesse aspecto, caminhou mais que o sistema”.*

Para a coordenadora da CGAH, analisar problemas e resistências exige um recorte na análise por tipologia de HE. Emerge, novamente, aparentemente com maior intensidade nos HEs vinculados às universidades públicas (e, em especial, nas federais), o poder da instituição médica e da instituição acadêmica.

“Os hospitais federais têm um problema que é sério, você tem as vinculações dos profissionais que atuam em hospitais federais, é diferente e aí a governabilidade que a direção do hospital tem em orquestrar esse negócio é mesmo muito complicado. Você tem os docentes que trabalham no hospital, que não tem nenhuma vinculação hierárquica com o diretor. Eles têm com a faculdade e você não tem governabilidade sobre aquele corpo clínico. Isso pra mim é uma dificuldade muito grande.”

Em relação aos HEs filantrópicos, considera que as mudanças impostas com a política de contratualização na natureza do contrato, que altera a forma de remuneração dos médicos, e a forma de organização da prestação de serviços médicos, foram fatores determinantes para as resistências encontradas.

“Nos filantrópicos teve resistência muito grande à contratualização em relação ao antigo Código 7, isso em alguns locais é verdadeiro, ainda é um problema. O outro problema é a terceirização de serviços dentro do hospital que também pode ser uma limitação. Alguns serviços não estão sob a gestão da direção do hospital. Em relação aos hospitais públicos, poderia contar a questão da direção do hospital, a forma que assume o hospital, a forma de escolha desse profissional”.

Para a gestora do MPOG, há também resistência de algumas entidades não governamentais a novos modelos como as fundações estatais e à própria contratualização. Em sua opinião, a oposição à proposta de transformação dos HEs federais em fundação estatal foi tão intensa que fortaleceu a contratualização como uma estratégia por não exigir a mudança da figura jurídica. Para ela,

*“isso impactou em alguma linha desse processo de revitalização da contratualização, porque também **alguns dos pontos que geram resistências na***

fundação estatal também estão presentes nessa contratualização. Exatamente na efetivação do monitoramento e avaliação é que residem as grandes resistências. Aí vem aquela coisa histórica muito interessante do Brasil ter sido criado pela burocracia que representa a elite nacional. E a área da educação é uma área que também, por tradição, por ser uma área de formação de conhecimento, inovação de conhecimento, é uma área onde se tem também um comportamento mais conservador. Entrar nas universidades com modelos novos também gera muita resistência, principalmente quando vai avaliar desempenho. Esse é um ponto relevante, mas não é também só prerrogativa dessa área, não”.

Questionados se, em relação à implementação da política, alguma diretriz, ação ou pressuposto deixou de ser implementado e determinou a alteração do rumo ou prejudicou os resultados que eram almejados, os dirigentes do Governo Federal expressam que a não-implementação de vários pontos da política de contratualização tem sido muito importante no resultado alcançado. O representante da SGETS/MS acha que **a grande dificuldade está na paralisia que toma conta da condução da política em âmbito governamental.**

“Se tivéssemos feito tudo direitinho, teríamos andado mais. O problema está na gente implementar essa política aqui. Por exemplo, essa reunião que eu falei é fundamental que ocorra e que tenha algum aprimoramento desse documento que está escrito há mais de um ano (...) O X (um dos representantes da SAS) participou muito da elaboração deste documento, mas nós precisamos de uma decisão política desta secretaria”.

O consultor técnico da CGAH faz a seguinte análise:

*“**Não houve alteração dos rumos** considerando a concepção original da política de reestruturação. A falta de implementação de alguns pontos de fato tem prejudicado os resultados almejados. Destaco: **a deficiência no trabalho das Comissões de Acompanhamento; a gestão deficiente com falta de planejamento hospitalar, a falta da integração ensino e assistência; a ausência de uma política para a ciência e tecnologia dos hospitais de ensino; e, o financiamento deficiente”.***

Para a gestora do MEC, a implementação de fato das comissões de acompanhamento de contrato e a educação permanente eram exigências que deveriam ter sido efetivadas para o êxito maior da política, em sua visão, por serem *“ferramentas de controle da política”.*

*“Isso não foi implementado efetivamente, não funciona. Seria dali que a gente colheria os dados para saber se está indo bem ou não e, não tendo, **nós não temos dados.** Essencialmente essa é uma questão que não caminhou. A integração da política de educação permanente também não caminhou. Teve uma fissura no meio do caminho, mas mesmo antes, se falava nos polos de educação permanente, mas também não funcionavam. **O problema eu não sei se é da política de educação permanente ou se é da agregação da política, da forma de se trabalhar”.***

A coordenadora da CGAH e da Comissão Interinstitucional avalia que a recente

participação do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle (DERAC), área da SAS/MS que não participou da formulação e condução da política, amplia a dimensão da regulação nas discussões no âmbito da comissão. Aponta, entretanto, como muito distante a participação de outras secretarias e áreas da SAS e das entidades representativas dos gestores do SUS (Conass e Conasems). De acordo com ela,

“A SGETS passou uma temporada muito distante e agora começou a discutir e entrar melhor nesse processo, inclusive vendo, do seu ponto de vista, uma portaria interministerial que discute a formação de especialistas. E aí como é que a SAS pode contribuir com isso? Através da certificação e da contratualização. A ideia talvez no futuro é avançar na certificação com critérios regionais. Alguns critérios comuns a todos e um conjunto de critério que atenda algumas especificidades regionais. A SGETS agregou muito. A Secretaria de Ciência e Tecnologia do MS continua muito distante. Acho que é o conjunto desses atores todos envolvidos, de uma forma bastante efetiva, que pode dar consistência ao projeto como um todo e não trabalhar em partes. Acho que tem que fortalecer a participação do Conass e do Conasems para que a gente possa disseminar esse conceito, essa firmeza de posição de que tem que pactuar com o gestor antes de você abrir um determinado serviço”.

Uma política, duas regras: o MEC resolve deixar de ser ator secundário

Para a gestora do MEC, a percepção da descontinuidade e fragilização da condução da política de contratualização advinda do posicionamento adotado pela SAS é muito visível para todos, em particular para os atores envolvidos diretamente com o MEC, que em função disto passou a estabelecer uma nova estratégia para lidar com o MS, a quem considera omissa na condução da política.

“Uma das mudanças estabelecidas dentro do MEC é a interlocução constante com os nossos diretores do hospital. A gente faz um fórum com os diretores, a cada dois meses, em Brasília, para conversar e eles conversam com o secretário executivo todas as vezes, com a secretária Maria Paula todas as vezes, com o ministro em duas ocasiões. Isso eu ouvi de um deles lá. Quando que o diretor do HE ia falar com o ministro? O MEC está fazendo a sua lição de casa no sentido de buscar os seus HEs para resgatar, ouvir e tentar articular. Mas nós não estamos encontrando eco no MS para fazer essa política mais parceira e levantar o sistema”.

A gestora do MEC considera que a situação financeira dos HEs, de uma maneira geral, melhorou de forma evidente, principalmente nos primeiros anos. A situação atual, porém, em função do conjunto de problemas observados e aqui discutidos, para ela, exige um posicionamento proativo por parte do MEC.

“A melhora foi evidenciada no primeiro momento e depois os patamares não

*evoluíram. Na primeira negociação, alguns HEs vinham muito mal e o incentivo trouxe um fôlego, mas depois começou a haver desequilíbrio. Hoje já não está mais tão bom. Está se revendo a contratualização. Agora, **também há de se convir que falta uma intermediação melhor.** E o que nós estamos observando. **O MEC resolveu assumir a condução dos seus HU, coisa que não era feita antes.** Inicialmente era a saúde que conduzia a contratualização. E a gente ficava fora”.*

Em concordância com os gestores e dirigentes de HE entrevistados nesse estudo, a gestora do MEC afirma que **a capacidade de manter o equilíbrio econômico-financeiro foi diminuindo com o tempo e que muitos HEs voltaram a apresentar problemas.** Esse parece ser, sem dúvida, o argumento central para a intervenção do MEC no processo, mais até do que a alegada preocupação com o ensino e a pesquisa. Para a gestora do MEC, as condições agora permitem uma intervenção mais direta do MEC em favor dos HEs.

*“Houve uma falta de empenho, de um lado, e de abertura, do outro. Começamos a perceber que quando começamos, na diretoria dos hospitais, a trazer os diretores para fazer reuniões constantes, conversar e ouvi-los, emergiu o problema. **O diretor do hospital fica muito sozinho. Não se sente apoiado. E o MS tem o viés: quem faz a negociação é só a SAS. A SGETS não participa. Em nenhum momento a gestão da educação é pactuada. E perpetua esse modelo da produção. O que é negociado é sempre a produção. Estamos agora, gostem ou não as partes, trabalhando com o consenso de que o diretor não vai para a negociação se não tiver o MEC junto. Temos acompanhado as discussões de contrato e de renovação de contrato dos nossos HEs e isso institucionalmente faz diferença. Está empoderando o diretor do hospital. Chamamos atenção para as questões de ensino e pesquisa, para uma melhor distribuição dos procedimentos de alta que fazem parte também do ensino. Acho que isso tende a mudar”.***

Defende que, como os gestores não são sensíveis aos problemas do HE, precisam dessa mediação do MEC, justificável pela “necessidade de garantir a pactuação do ensino”, mas que envolve claramente outros elementos, como o financiamento e a participação dos HEs federais na rede de alta complexidade. De certa forma, o MEC assume a postura de se contrapor, em favor dos HEs, à postura que considera hostil aos HEs por parte da SAS.

“Se não houver uma discussão tripartite, não vamos avançar. Em regiões mais remotas, o hospital universitário ou o grande HE da região normalmente é um só, é só o universitário federal mesmo. Ele responde pela atenção não só do município, mas do Estado. Às vezes extrapola o Estado. Se não tiver uma pactuação que inclua o gestor do Estado ou do município e a gestão federal para discutir qual é o potencial real daquela instituição para a rede, não vai andar. Se ficar só na coisinha local ali, não vai avançar. Então passa pela orçamentação, passa pelo financiamento, não há dinheiro suficiente, isso perpetua a crise”.

A gestora do MEC avalia que a política de contratualização dificilmente regredirá, mas considera que há uma crise instituída, determinada pela postura adotada pela SAS

na condução da política:

*“Vejo pouco empenho da SAS no sentido de avançar em discussões da questão acadêmica, do ensino mesmo. Fico feliz que a SGETS tenha se apoderado mais, se apropriado dessa questão, mas quem tem o dinheiro não é a SGETS, é a SAS. Não vejo, sinceramente, a SAS – e leia-se não a coordenadora da área hospitalar, mas o Secretário de Atenção à Saúde – que fala contra os HEs em público. Tem reportagens onde ele se manifesta publicamente se colocando contra a ineficiência dos HEs federais. Hoje temos na SAS uma pessoa que repudia os HEs, especialmente os universitários. Fica muito difícil negociar qualquer coisa. A política não avança. Devo lhe dizer que sinto enorme saudade da equipe que estava na SAS na época da formulação da política, que tinha uma visão sistêmica do papel da rede de hospitais do SUS, muito diferente da atual. **Hoje é um viés privatista. É visível que a relação com os filantrópicos é muito melhor do que a relação com os universitários. São as contradições do Governo Lula. Uma ideia que foi brilhante. Na verdade, o trabalho feito na gestão do Humberto Costa, no início, de pensar na reestruturação do sistema hospitalar, não era só política dos HEs. Daquela reestruturação sobrou o quê? Só sobrou política dos HEs porque o MEC segurou a onda muito bem, senão nem isso teria mais. Há mais de um ano não temos reunião da comissão interinstitucional. E quem convoca tradicionalmente essa reunião é a SAS, que é quem coordena. Gosto muito da coordenadora como pessoa, mas no ponto de vista operacional está complicado, está à deriva. Ninguém consegue acumular a coordenação de hospitais do MS, mais o DAE e fazer bem as duas coisas. É uma questão inviável no ponto de vista humano, é muita coisa, é muito grande, é muita responsabilidade, aquilo lá é para gerenciar toda rede de hospitais do País, é o maior orçamento do MS. O DAE é o maior orçamento do MS, o maior orçamento da Esplanada. Se você pegar individualmente, a diretoria mais poderosa é o DAE, porque tem o maior orçamento enquanto diretoria de um ministério de toda a Esplanada. É muita responsabilidade com o dinheiro público. E com um bem precioso da população brasileira que é a saúde”.***

De fato, o Departamento de Atenção Especializada (DAE) da SAS, órgão responsável pela coordenação formal da política e da Comissão Interministerial, seguiu por cerca de dois anos sem um responsável nomeado formalmente.

A relação *público x privado* é destacada pela gestora do MEC como ponto central na crise que atravessa a política de contratualização dos HEs, à medida que a SAS/MS claramente assume posição de privilegiamento dos hospitais filantrópicos que, a partir da certificação como HE, passam a gozar o direito de pleitear, em igualdade de condições, o credenciamento e participação nas redes de alta complexidade, consideradas as *“joias da coroa”* em termos de ofertas de serviços ao SUS, em função dos padrões de remuneração, considerados muito atrativos.

Ainda de acordo com a gestora do MEC,

*“outra questão **que é um nó no processo de certificação e de contratualização é usar as mesmas medidas para filantrópicos e públicos.** Exigir de um público que tenha a mesma performance, o mesmo desempenho e o mesmo fôlego que um hospital filantrópico que só atua 60% com leito SUS e o restante fatura em privado, tem alguns problemas. Todos sabemos que a Lei 8080 não é cumprida à risca, no sentido de que os gestores deviam privilegiar primeiro o público e depois os*

privados. Então que o nó maior que tenho encontrado na discussão em relação aos HEs é a questão da distribuição de procedimentos de alta complexidade. Com a certificação, muitos filantrópicos alçaram o direito de ser centro de referência em alta complexidade. E, por interesses vários, entre dar um CACON para o público e para a Santa Casa, vai parar no filantrópico e não no público. Porque o filantrópico alçou com a certificação o mesmo “direito” do público. Isso está criando problemas porque está se desviando procedimentos de alta complexidade para a rede filantrópica e os públicos ficam só com a média, que não é “lucrativa”, mas todos sabemos que a tabela do SUS contempla melhor a alta complexidade do que a média. A média entrou no contrato. Se a alta ainda é por produção mas é dada para o filantrópico, o que sobra para o público? Fica só com seu valor de contrato, não consegue fazer época de produção com alta”.

As (novas) mudanças que estão sendo articuladas

Entre as principais medidas discutidas no âmbito da subcomissão formada em 2008 para avaliar e traçar novos rumos para a política de contratualização, ainda que não consolidadas, a representante do MPMO destaca que foi apontada à necessidade de vincular metas também para educação e para a pesquisa, porque ficou constatado que as metas até então definidas estavam voltadas basicamente para a assistência. Outro ponto foi a necessidade de estabelecer uma contratualização interna ao Governo Federal da política de educação com a de saúde, porque a contratualização acabou ficando restrita, na verdade, à definição de metas de assistência entre o gestor local e o HE. Segundo a coordenadora de projetos do MPMO,

“A contratualização da assistência com o gestor local é importante e não se pode mexer nesse sentido, mas é preciso agregar outra contratualização com o reitor da universidade e com o diretor do hospital quando o HE for universitário, ligado às instituições de ensino superior federais”.

De acordo com a representante do MPMO, na subcomissão discutiu-se claramente a necessidade de estabelecer regras distintas para os HEs vinculados às universidades federais (e, portanto, ao MEC). Nesse caso, ao estabelecer a contratualização ou a revisão de contratos e planos operativos, o MEC, como órgão supervisor e responsável por parte dos recursos, participará como um dos atores envolvidos na negociação para construir os termos e metas que serão contratualizados. Até o presente momento, HE e gestor local constroem a pactuação e apresentam à SAS/MS o produto da negociação e possíveis divergências, sem a participação de nenhuma outra área do Governo Federal e mesmo do MS.

“Propusemos a separação da contratualização dos HEs, de uma forma geral, e a contratualização específica para os federais, considerando exatamente que, por serem administração indireta, instrumento do Governo Federal, teria que haver uma contratualização específica para contemplar as políticas federais, especialmente a dimensão de ensino”.

Para os demais HEs não vinculados às universidades federais, segundo a representante do MPMO, pensou-se também em rever a experiência de contratualização. Nesse caso, o MPMO daria um pequeno aporte de recursos financeiros e orientação técnica para fortalecer os momentos de monitoramento e avaliação. De acordo com ela,

*“constatou-se que a área da saúde é muito boa na contratualização. O processo de negociação é rico em relação às outras experiências do Governo Federal, **mas quando chega no monitoramento e na avaliação, ele enfraquece**, exatamente pela maior complexidade política. **A contratualização está nas mãos dos Estados e municípios que precisam de muita orientação técnica para o acompanhamento e monitoramento das metas.** Então pensou-se em fortalecer os sistemas de monitoramento, instituir sistemas que pudessem **fundamentar e amparar o monitoramento, assim como trabalhar com capacitação, envolvimento dos gestores locais para esclarecer e sensibilizar a importância do monitoramento da avaliação, também capacitar equipes técnicas nos Estados**”.*

A representante do MPMO dá ênfase às propostas formuladas pela subcomissão instituída pela Comissão Interinstitucional para aprimoramento da política.

A primeira proposta, já discutida anteriormente, seria a separação da política dos HEs federais da política estabelecida para os demais HEs não vinculados às universidades federais. Outra mudança proposta é a **separação da certificação do processo de contratualização, que seriam tratados como dois momentos diferenciados, com requisitos distintos**. De acordo com a representante do MPMO, a certificação dos hospitais requer uma análise de estrutura e de capacidade instalada que não precisa ser anualmente reavaliada. Já a contratualização de metas precisa ser revista anualmente e ser monitorada pelo menos semestralmente. Ainda segundo a dirigente do MPMO, as equipes deverão ser diferentes, pois exigem qualificação diferenciada.

O terceiro ponto levantado pela subcomissão foi tentar estabelecer um programa nacional de sensibilização e capacitação dos gestores locais para a contratualização nos Estados e municípios que têm HEs. A quarta medida foi a de conceber um sistema informatizado para monitoramento. E, por fim, a quinta proposta consiste na elaboração de um modelo de avaliação de HEs, dentro dos critérios de

qualidade na gestão pública adaptada para hospitais. Segundo a dirigente do MPOG,

“isso na verdade seria um instrumento para que a gente pudesse identificar fatores críticos dentro da gestão, uma inovação dentro da administração pública, trabalhar com conceito de risco, conseguir identificar algumas metas de gestão e colocar no contrato também, mas metas de risco na gestão. Seria risco jurídico, operacional, risco de imagem, identificar quais processos são críticos na gestão de um hospital e que poderiam ser monitorados e os hospitais inclusive poderiam ser comparados para fins de melhoria e aí vincular algum tipo de financiamento a esse desempenho na melhoria das metas, no cumprimento das metas de risco”.

A contratualização: um jogo de atores ausentes

A fragilidade da coordenação da política de contratualização em âmbito federal

De acordo com a responsável pela CGAH, o papel do MS no processo de contratualização de um HE é o de apoiar a negociação e intermediar potenciais conflitos existentes entre o HE (prestador) e o gestor local do SUS no processo de elaboração do contrato de metas e do plano operativo.

“Não é o MS que assina. O MS apoia, orienta, esclarece e estimula o processo tanto no primeiro contrato quanto nos subsequentes. Intermediamos 100% dos contratos novos. Toda primeira contratação foi feita com o apoio do MS. Nas recontrações, revisões e termos aditivos subsequentes entramos na medida em que havia algum dissenso entre as partes, normalmente provocado por uma delas. O MS nunca fez intermediação sem a presença dos interessados. Nunca nos reunimos para orientar e decidir qualquer coisa de peso sem que a outra parte estivesse presente. Essa tem sido a participação do MS na contratualização”.

A participação do MS, entretanto, considerando-se as diretrizes e pressupostos contidos na política de contratualização dos HEs, não poderia ter ficado relegada ao que descreve a gestora da SAS. O MS não cumpriu um dos pressupostos centrais da política, que previa a implantação de um processo de monitoramento da contratualização que fornecesse elementos para avaliação, controle e redefinição dos rumos da própria política para os HEs. Portanto, **o formal e precário funcionamento das comissões de avaliação dos contratos não é um achado isolado, observável exclusivamente nos campos estudados anteriormente.**

Um quadro mais grave ainda se apresenta. A Comissão Interinstitucional para

Reforma dos HEs, instituída em 2003 e que teve papel central na formulação e implementação da política, ficou sem se reunir, segundo os dirigentes governamentais entrevistados, por mais de um ano. Já a Comissão Interministerial para Certificação dos Hospitais de Ensino, pelo que foi revelado pelos entrevistados, mantém sua agenda de trabalhos, com, no mínimo, uma reunião mensal, embora seu funcionamento tenha ficado comprometido pelas indefinições decorrentes da não-realização das reuniões da Comissão Interinstitucional, que tem competência para deliberar ou recomendar ao Executivo Federal as resoluções pactuadas entre os atores que dela participam.

Não foi desenvolvido, portanto, transcorridos cinco anos de sua implantação, nenhum instrumento sistematizado de monitoramento e avaliação da política. O Governo Federal mantém ainda a mesma estrutura criada para implantar o processo de certificação e contratualização, qual seja, uma comissão paritária de avaliadores formada por membros do Ministério da Saúde (SAS e SGETS) e do MEC, cujo trabalho está centrado na avaliação dos processos de certificação.

Mesmo esta comissão, de acordo com o que foi possível perceber, continua funcionando com muita dificuldade e precariedade, sem conseguir desenvolver o monitoramento do processo de contratualização previsto como essencial quando a política foi formulada. De acordo com o representante da SGETS, até mesmo a certificação e a recertificação vêm sendo desenvolvidas com dificuldades:

*“**Não fazemos monitoramento.** Os grupos são muito pequenos ainda. Tenho muita dificuldade para que o meu pessoal vá, porque sempre tem que ir alguém do MEC e da Saúde. Não existe nenhuma forma de ressarcimento, só aquela diária do ministério. Por exemplo, estou com um pedido e tenho que deixar três equipes para recertificar e está difícil”.*

A atuação do MS fica, portanto, restrita à certificação/recertificação ou restringe suas iniciativas a movimentos isolados, como, por exemplo, o relatado pela gestora da CGAH:

*“No final do ano passado, fizemos numa grande oficina um levantamento de produção no período de 2004 a 2007 para ver como é que estava a produção. A oficina teve apresentações de todo mundo e houve uma participação muito grande. Os gestores vieram, o MEC, gente das secretarias, o que mostra que esse assunto mobiliza muito ainda. **A nossa capacidade de acompanhamento é desta forma”.***

Nas entrevistas realizadas com os gestores federais, é possível constatar que não conseguem acompanhar minimamente os contratos de metas e respectivos planos operativos celebrados, que ficam mesmo à mercê dos gestores locais e dos

estabelecimentos hospitalares. De acordo com o representante da SGETS,

“nosso contato é com o Conass e o Conasems. Ainda estamos longe de uma coisa mais operativa, mais concreta e perto da ponta”.

Não há clareza do que deve e do que não deve ser acompanhado pelo nível central. A mesma dubiedade observada em relação aos papéis dos gestores estaduais-municipais no acompanhamento e a relação entre eles. Este acompanhamento por Brasília acaba sendo expressão de um viés centralizador presente em praticamente todas as políticas do SUS.

A gestora do MEC afirma, categoricamente, que não há uma política de acompanhamento da contratualização por parte Governo Federal, cuja atuação se restringe ao momento da certificação ou de sua revisão periódica, denominada recertificação.

“O alerta tem sido dado pelos certificadores mais antigos que estão percebendo os problemas, porque os novos nem têm ideia de como era antes para poder avaliar o agora. Quem já vem trabalhando nisso tem uma antena para os problemas. O monitoramento hoje está sendo feito por esse intermédio e mesmo assim com dificuldades. Não vejo, honestamente, uma política de acompanhamento. Não quero fazer críticas aos colegas, mas acho que a SAS perdeu muito da sua operacionalização em termos funcionais, porque essa era uma liderança da SAS, e assim, nós temos alguns embates. O MEC tem uma limitação no que pode fazer. Se a SAS está com problemas de recursos humanos, imagina a diretoria de hospitais e residências do MEC. Somos apenas três que têm que dar conta de tudo. Não há uma política de acompanhamento efetiva, não. É o processo de certificação que continua e que temos que discutir inclusive na comissão interinstitucional. Vai ter reunião agora, dia 19, depois de mais de um ano”.

A gestora do MEC retoma a questão da **descontinuidade na condução da política por parte da SAS/MS**, mas o que chama a atenção é que a única estratégia efetivamente em curso para monitoramento de uma política que envolve mais de meio bilhão de reais, anualmente, apenas em incentivos à contratualização, é o processo de certificação, tomado como pré-requisito para a negociação dos compromissos, metas e definição de responsabilidades que deverão ser consubstanciadas no contrato entre as partes, a chamada contratualização.

A representante do MPOG concorda que um dos pontos críticos da política de contratualização deve-se ao fato do Governo Federal não ter estruturado um sistema de monitoramento e limitar-se ao momento de recertificação, mas **pondera que não se trata de uma característica da contratualização da área da saúde, pois está presente nas experiências de contratualização em outras áreas, em curso no País.**

“Salvo algumas experiências muito particulares, como as de São Paulo, que são exemplares se comparadas com as demais, o resto do País, inclusive o Governo Federal, não tem sistemas organizados, já consolidados, sistematizados, de acompanhamento e monitoramento”.

É importante notar que a coordenadora da CGAH do MS e responsável pela Comissão Interinstitucional também concorda com o baixo impacto proporcionado pela contratualização, reproduzindo a opinião de vários dirigentes e gestores entrevistados nos casos estudados na presente pesquisa, que avaliam que a certificação como HE, etapa que precede a contratualização, tem um papel indutor na organização e qualificação dos HEs que apresentam sérios problemas gerenciais e assistenciais. Reconhece, entretanto, que uma vez alcançados os “parâmetros de conformidade” estabelecidos para que o hospital possa ser certificado ou recertificado como HE, tende a ocorrer uma acomodação de tal ordem que não se observam mais avanços. Para ela,

“o principal foco da certificação é a indução pela qualidade como um todo nas suas diversas dimensões. O que tenho visto com a certificação? Quando a Comissão de Certificação decidiu pela não-recertificação, colocou um hospital em termo de ajuste ou não certificou, o potencial de indução, de mobilização que esse processo tem com a instituição é muito maior. Quando certifica, me parece que passam a pensar assim: “alcancei o status”. Aí meio que imobiliza ou não estimula para que aquele status no mínimo permaneça ou que ele ocupe um status superior ao que tinha antes. Então, me parece que a certificação, quando tem um resultado não positivo para a instituição, tem um potencial imobilizador maior. O que vamos fazer? Acho que a portaria tem que ser revista periodicamente, agregando novos itens de verificação que possam induzir à permanente mobilização da instituição. É claro que ela tem induzido em algumas regiões a qualidade. Vejo a certificação no que se refere a assistência na dimensão da qualidade como um todo. Agora a contratualização, para que de fato tenha impacto na assistência, é preciso que as metas qualitativas sejam valorizadas e que a comissão de acompanhamento realmente seja instrumentalizada para dar acompanhamento e rever e interferir nos processos como um todo”.

Observa-se aqui um dilema permanente na lógica contratualista. A “heteronomia” tem que ser permanentemente alimentada, ainda que num universo institucional de natureza basicamente autônoma!

Segundo o representante da SGETS, o Ministério da Saúde foi capaz de desenvolver diversas estratégias de monitoramento de programas como o Prosaúde e PET-Saúde. Entretanto, apesar de envolver um volume de recursos proporcionalmente muito superior, a política para os HEs não conta ainda com suas próprias estratégias de monitoramento. Atribui esse fato a inexistência de uma equipe profissionalizada destinada à política de reestruturação dos HEs.

“No Prosaúde, tenho uma avaliação melhor. Com o PET-Saúde também, é um projeto que o gestor assina também. É mais fácil. No HE sinto essa falta, acho que a gente tem que melhorar isso (...) Acho que falta uma equipe profissionalizada, porque no Prosaúde eu tenho um grupo de consultores”.

Para o consultor técnico da CGAH, retomando o “fetiche” da informação claramente identificado no HE,

“falta um Sistema de Informação adequado e eficiente que possibilite um bom monitoramento”.

Sobre o funcionamento da Comissão Interinstitucional, a dirigente do MPOG relata que

“Houve algumas reuniões bem intensas em 2008. Esse ano não teve nenhuma. Em 2008 foi encomendado um trabalho a uma subcomissão que ficou responsável por uma reavaliação da contratualização e propor medidas de fortalecimento, revisão e readequação da experiência. Essa subcomissão, coordenada pelo MS, trabalhou bastante com o MEC e o MCT. Nós do MPOG ficamos muito envolvidos e propusemos algumas medidas muito interessantes que ainda não foram levadas à comissão como um todo. Vamos nos reunir agora semana que vem. Já mandaram a convocação. Embora não tenha se reunido, algumas das ideias foram conduzidas de forma individual. O Ministério da Educação avançou bastante”.

Não-implementação das Comissões de Acompanhamento dos Contratos de Metas: ponto crítico (e visível) da política

Para a gestora CGAH, um aspecto que deve ser destacado na avaliação da política de contratualização é a implementação das comissões de acompanhamento com caráter meramente formal, como também já destacado nos casos estudados. Assim como outros membros do governo central entrevistados, destaca como positivas as experiências de Curitiba e de Minas Gerais e aponta como “interessante” o sistema de informações da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (o SAHE), cujos limites foram criticados pelos dirigentes dos hospitais de ensino paulistas investigados (HE₁ e HE₂).

“As comissões de acompanhamento são muito precárias. Tem o exemplo de São Paulo, que desenvolveu um sistema informatizado que consegue acompanhar mais ou menos o registro de produção que os HEs alimentam. Curitiba tem uma comissão com tradição maior de acompanhamento das suas políticas, uma experiência mais razoável. Minas também evoluiu, mas assim, de uma forma geral, essas comissões não avançaram”.

Para a gestora da CGAH, a centralização do ato de certificação na Comissão Interministerial formada por consultores do MEC e a não-participação dos gestores locais nesse processo interfere decididamente para a fragilidade e não-implementação efetiva da Comissão de Acompanhamento dos Contratos. Pensa que o Governo Federal deva manter representantes atuando também nessas comissões:

“Formalmente, todos têm a Comissão de Acompanhamento, mas não funcionam. Por isso que acho que, ao rever a política de contratualização, a gente terá que necessariamente rever a política de certificação. Tem uma coisa que será objeto de discussão na reunião da comissão interinstitucional que é a seguinte: essa certificação está centralizada. O MS e o MEC a conduzem de uma forma bastante centralizada. Talvez a gente pudesse, através da seleção de certificadores, agregar uma participação mais consistente de representação de gestores locais para que comecem também a visitar esses hospitais, conhecer outras realidades, ter mais experiência, para que a gente possa entender as dificuldades e os potenciais desse processo. Acho que talvez esse processo de certificação tivesse que ter um processo seletivo, uma parte centralizada de certificadores e uma parte descentralizada onde a gente tivesse a participação de outros atores, para que houvesse um envolvimento maior. E aí podia ter uma representação da comissão de acompanhamento e a gente teria que definir os critérios de avaliação para que pudéssemos colocar gente em todo o Brasil”.

A coordenadora da CGAH atribui essas limitações da política de contratualização a um problema cultural, embora aponte claramente a inexistência do gestor idealizado para a condução da política.

“Nunca se falou tanto em contratualização. No início essa palavra nem existia. Fala-se muito de contratualização, mas as secretarias de saúde não se organizaram para conduzir esse processo da forma que ele precisa. Ainda temos que avançar dentro da contratualização muitas questões, porque, se você for fazer um contrato, tem que ter clareza exatamente do que se pretende daquele hospital, do perfil que o hospital tem que ter. Como essas coisas estão todas acontecendo e evoluindo simultaneamente. Elas estão sendo conduzidas simultaneamente. Ainda acho que o ponto focal desse processo é a comissão de acompanhamento. Enquanto não tivermos uma comissão atuante, que consiga se debruçar sob essas dimensões, que consiga contar com o gestor, inserir as questões de ensino, pesquisa, incorporação tecnológica, que saia dessa visão apenas produtiva (ainda é um contrato de produção), a gente vai ficar ainda patinando”.

A gestora do MEC, no que se refere à implantação dos conselhos gestores ou das comissões de acompanhamento de contratos, admite que se trata de um dos pressupostos da política em que praticamente não foram observados avanços.

“Foi um dos lugares que menos avançamos. A democratização da gestão interna das instituições por meio dos conselhos gestores é algo que ainda está muito longe de acontecer. Atribuo isso em parte a uma questão de cultura. Ainda temos nas instituições os diretores que são médicos, que não foram formados para serem diretores de hospitais e que têm ainda uma posição de hegemonia, e olha que isso não é um discurso de classe, não, é uma observação mesmo, uma constatação. Quando você me perguntou: o que acho que fez diferença no HE do interior do RS? Essencialmente, a gestão participativa. Eles têm um colegiado que dirige o hospital

e que faz reuniões com funcionários, alunos e docentes, periodicamente, para ouvir a comunidade interna. Então as decisões são tomadas em conjunto. Há uma unicidade em termos de prática, de conduta, de postura de toda a diretoria que é afinada, sintonizada com a comunidade interna”.

É difícil compreender o real significado para a gestora da expressão “unicidade em termos de prática”, como ela pode perceber isso, de que “lugar” faz esta observação. Até que ponto uma experiência diferenciada e bem-sucedida de gestão participativa no interior do Rio Grande do Sul pode ser destacada como referência do avanço produzido pela política de contratualização e não como uma exceção à regra não parece ser possível afiançar, ao menos quando se considera o desalentador quadro encontrado nos quatro casos que compõem o presente estudo.

A verdade é que, hegemonicamente, a democratização almejada, a construção de espaços em que os atores sociais implicados na política pudessem participar, contribuir, criticar e disputar seus projetos, descentrando o processo diretivo da esfera da alta direção ou do poder acadêmico instituído para novos espaços de cogestão, efetivamente, após cinco anos de implementação da política, não se consolidou.

Ou, mais do que isso: será que a “democratização” desejada, inspirada, em parte, em certo ideário da Saúde Coletiva, está bem formulada para a complexidade e institucionalidade do hospital de ensino? Será que o discurso da democratização, formulado a partir desse campo, não é insuficiente e acaba não se colocando como alternativa concreta para os movimentos mais pesados de racionalização?

A gestora do MEC corrobora a percepção de que os conselhos gestores não foram implementados e as Comissões de Acompanhamento assumiram papel meramente formal, destacando, também, a prefeitura de Curitiba como exceção à regra.

“Os conselhos não existem, as comissões existem no papel e aí também, cabe ao gestor a culpa porque a comissão de acompanhamento do contrato tem que ser pilotada pelo gestor. Os gestores não construíram essas comissões eficazmente. A única que conheço que é eficaz está em Curitiba, que fez a lição de casa. A gente visita os hospitais, vem em cada reunião a comissão inteira, todos os membros da gestão, com controle social muito ativo, muito participante, sabendo de tudo que acontece. Obviamente os hospitais de Curitiba têm uma comissão de acompanhamento do contrato atuante porque o gestor organizou. E lá eles têm os dados na ponta da língua. A gente chega e já vem o gestor mostrar em Power Point o contrato, as metas, avançou nisso, não avançou naquilo e o moço do controle social dando palpite: ‘aqui eles podiam ser melhores...’ Acho que esse é o modelo que queríamos. Mas não está e eu acho que é onde nós mais falhamos”.

Vale destacar que uma questão do campo da política é tratada pela gestora do MS para a área hospitalar como um problema de ordem “educativa”, que será enfrentado por meio da elaboração de um manual para treinamento das comissões ou alguma outra ferramenta que possa transformar em realidade uma situação idealizada e desejada na política.

*“O próximo projeto já foi encomendado (após a pesquisa de avaliação da contratualização). Nós vamos elaborar, primeiramente, **um manual para treinamento das comissões**. Mais que isso, na verdade a gente pretende elaborar uma estratégia de capacitação, qualificação ou de ofertar um instrumento para que as comissões possam desempenhar o seu papel. A gente pretende começar o ano que vem também em parceria com os recursos financiados pelo Hospital Samaritano”.*

Trata-se de uma visão que desconsidera que esse espaço é ocupado (ou não) por atores políticos que disputam distintos projetos e que a dificuldade para implementarem e fazerem a Comissão “cumprir seu papel” não se dá por falta de capacitação ou de instrumentos gerenciais mais ou menos adequados. Ou seja, **há uma concepção funcionalista prevalente, inclusive na ênfase das soluções do tipo “capacitação”, criação de manuais, etc., que, até certo limite, podem trazer alguns impactos, mas é preciso reconhecer que há mais complexidade nisso tudo.**

Não existe o gestor local potente e qualificado idealizado

O Governo Federal não apenas deixou de implantar o processo de monitoramento da política de contratualização, como demonstra também não conhecer como os gestores estaduais e municipais estão desenvolvendo o processo de monitoramento, controle e avaliação da política de contratualização. Sequer tem noção se estão implantando instrumentos de avaliação que permitam avaliar o desempenho dos contratos ou, ao menos, da parte variável do contrato relativa ao incentivo à contratualização.

Quando questionados sobre a adesão e o desempenho dos gestores municipais e estaduais na condução da política de contratualização dos hospitais de ensino, bem como se a atuação tem sido compatível com os pressupostos e responsabilidades que lhes foram atribuídas, os dirigentes do Governo Federal manifestam posições que

reforçam a percepção de que **não existe o gestor local potente e qualificado idealizado para garantir o êxito da política de contratualização.**

O dirigente da SGETS avalia que

“ainda é pequena a participação. Sinto que às vezes deveria ser maior. Por exemplo, trabalho muito com o Prosaúde que é na atenção básica e que é gerido pelo gestor e pela instituição de ensino. Eu sinto que é mais concreto, porque tem que ir lá, tem que ver como gastou o dinheiro, percebe? A comissão gestora do projeto tem que estar junto. No HE não sinto isso”.

Para a coordenadora da CGAH, a adesão dos gestores estaduais e municipais à política poderia ser aperfeiçoada.

“Essa história sempre tem dois lados. Tem os hospitais que são parceiros e tendem ao processo de contratualização, pactuam e são abertos às definições. E tem aqueles que ficam só focados na parte financeira. Com o gestor não é diferente. Tem aqueles que conseguem enxergar a dimensão da qualidade, conseguem enxergar a dimensão do ensino e pesquisa e tem aqueles que também são focados apenas na parte produtiva”.

Pode-se perceber que os formuladores acabam idealizando os atores que têm a responsabilidade de implementar, de fato e no complexo cotidiano da vida de um hospital de ensino e sua relação com a gestão do SUS, a política de contratualização. Pensam em “funções” e acreditam que os atores reais executarão aquilo que se pretende que eles realizem.

Na opinião da gestora do MEC, o desempenho dos gestores não é homogêneo, é muito variável e deve ser enfrentado com programas de capacitação.

*“(...) há necessidade de se **criar uma capacitação para os gestores** em vários níveis, não é só para isso, não. Acho que **os gestores do SUS têm que ter uma capacitação para compreender melhor o que é a política, porque cada um faz do jeito que acha que deve fazer e a maioria não faz”.***

Para o consultor técnico da CGAH, a participação/adesão dos gestores estaduais e municipais à política e o desempenho demonstrado é muito heterogêneo:

*“**Muitos aderiram por gravidade. Outros aderiram com competência”.***

Expressa a convicção de que, com raras exceções, as comissões de acompanhamento dos contratos em âmbito local não têm funcionado adequadamente, motivo pelo qual, segundo conta, têm sido assunto para muitos questionamentos do Ministério Público. Cita também como exemplo de competência e qualificação a comissão de acompanhamento instituída pelo município de Curitiba. Refere, ao contrário do que foi possível observar no estudo dos casos do HE₁ e do HE₂,

que “o Estado de São Paulo também desenvolveu um sistema de acompanhamento dos seus hospitais de ensino que, salvo melhor juízo, está funcionando bem”, o que demonstra o distanciamento da realidade percebida pelos dirigentes dos HEs paulistas entrevistados.

Se o Governo Federal apresenta uma assumida fragilidade na condução da política, o mesmo acontece em relação aos gestores municipais e estaduais, de acordo com a representante do MPOG, que não implementaram instrumentos de avaliação de desempenho institucional e monitoramento dos contratos.

“Dentro dos estudos que fizemos, essa é uma grande fragilidade, a ausência de instrumentos de monitoramento e de avaliação, a grande ausência na administração pública. Temos esse diagnóstico e estamos trabalhando sobre isso. É uma dificuldade nacional de trabalhar com o conceito da avaliação, principalmente quando a avaliação é interna. O gestor tem dificuldade de ser avaliado. Esse é um ponto a ser vencido, esse é o desafio”.

A gestora do MEC atribui essa heterogeneidade à “falta de capacitação dos gestores locais”, que se caracteriza por uma estagnação da relação entre o gestor e os dirigentes dos HEs, desde que parte dos gestores não consegue perceber a importância dos HEs e os veem apenas como produtores de serviços.

“A grande falha no processo de contratualização está justamente na falta da capacitação dos gestores para entender qual é o potencial que um HE pode lhe oferecer além da mera produção dos serviços. A nossa luta agora é mediar isso porque, para algumas instituições, a contratualização passou a ser uma ferramenta para ganhar mais dinheiro do Governo e para os gestores foi uma ferramenta para fazer o HE produzir os serviços que lhe interessavam e não é isso. Nós patinamos no começo, no sentido de criar metas de ensino e pesquisa. O grande nó que estamos encontrando é isso. Em minha opinião, onde o processo está patinando e está estagnado? Na relação entre gestor e HE. Há gestores e gestores também, não posso generalizar. Nós temos hoje, no Brasil, uma variedade infinita de posições e posturas por parte dos gestores. A maioria tensionada pela questão da oferta dos serviços. Muitos olham o HE como só mais um produtor de serviço. Esquecem da sua função enquanto centro de qualificação e produção de recursos humanos para o sistema. Pouquíssimos HEs conseguiram avançar nisso. Há exemplos que são marcantes que poderiam ser reproduzidos facilmente. Por exemplo, o Amaral Carvalho, em Jaú (SP). Fez uma iniciativa, por coincidência, a diretora clínica estava na gestão do município. Enquanto professora, diretora do HE e gestora detectou um problema específico na área da saúde da mulher. Os exames papanicolau estavam dando muito falso negativo. Percebeu que a rede não estava qualificada para coletar o exame, um procedimento muito simples, mas que induzia a erros crassos. Propôs que o HE fizesse capacitação para profissionais na cidade e na região e ao final de dois anos zerou casos novos de câncer uterino porque conseguiu um diagnóstico mais preciso”.

Para ela, o gestor não sabe utilizar o potencial do HE quando este extrapola a sua função endógena de fazer o ensino no ambiente hospitalar e usar seu potencial e

capacidade técnico-administrativa para apoiar o sistema de saúde. Menos ainda o potencial de inovação tecnológica e geração de conhecimento que as instituições hospitalares de ensino têm.

“Por que o gestor não pode chegar para um HE e dizer ‘estou com um problema assim, me façam uma pesquisa, tracem e conduzam um estudo para detectar a melhor conduta, o melhor protocolo, para fazer um desenho de uma ferramenta de assistência, um protocolo clínico...?’”

A representante do MPOG refere que, no tocante ao desempenho desses gestores, há realmente lacunas, mas pondera que se trata de um processo que **ainda** está no início.

*“Temos trabalhado muito no Governo Federal e as diretrizes atuais são de reforço ao pacto e à articulação federativa. A gente tem o SUS como pioneiro, porque abriu o espaço, conseguiu distribuir responsabilidades, mas não houve **ainda**, tanto em âmbito federal, estadual e municipal, uma política de gestão que possibilitasse essa sensibilização, essa orientação ao gestor sobre a responsabilidade que está assumindo em termos de monitoramento e avaliação da contratualização. **A contratualização é uma experiência muito recente. Não diria que é uma lacuna apenas dos governos estaduais e municipais o fato deles não terem assumido por completo a responsabilidade, mas é um processo de aprendizado, de maturidade, de amadurecimento como um todo do governo e que só agora a gente está começando a despertar para isso de forma mais consciente**”.*

Torna-se necessário, portanto, avaliar se é uma questão de tempo ou de lógica, concepção de formulação e/ou implementação de políticas.

Onde estão os atores sociais previstos na política?

Foi possível identificar, ainda, que há uma omissão das entidades que compõem a Comissão Interinstitucional, que não tensionam as autoridades federais como fizeram no passado, ao ponto de terem sido decisivas, conforme visto anteriormente, para a formatação da política e pressionar o Governo Federal para sua implementação.

Algumas hipóteses podem ser levantadas para entender essa postura passiva: a diminuição do impacto da crise financeira sobre os HEs e, portanto, a mudança da “agenda”, até então centrada na discussão sobre recursos financeiros para socorrer os HEs em situação de grave penúria; o deslocamento do eixo de negociação para a esfera local, à medida que o gestor do contrato passa a ser efetivamente o município ou o governo estadual; o esgarçamento e fragilização da política, reflexo de sua descontinuidade e ocaso. O representante da SGETS, por exemplo, afirma que: *“Nunca*

vi pressão nenhuma. Nunca ninguém falou pra mim”.

Analisando a política de contratualização, a gestora do MPOG produz uma reflexão interessante, identificando sua complexidade e alguns fatores que interferem objetivamente para que haja um importante distanciamento entre o que é idealizado e o que se constata na prática.

“A contratualização é linda, o modelo é maravilhoso, o apoio à articulação federativa é maravilhoso. Agora, é muito difícil de ser implementado. Primeiro por envolver instâncias políticas diferenciadas, partidos políticos muitas vezes diferenciados, com propostas diferenciadas e também com realidades muito diferentes. Segundo, porque envolve o processo de negociação que exige o controle social, que não existe no País ainda, embora a área da saúde seja a pioneira e referência”.

Levanta, assim, mais uma vez, a fragilidade dos atores sociais que estão envolvidos no processo de gestão participativa.

“Para se avançar na implantação da democracia que está na Constituição de 88, é preciso ter sociedade, é preciso gerar capital social de fato, porque a gente não pode ficar capturado pelas entidades que são organizadas e que se acham detentoras do mandato da sociedade. A gente precisa estimular um associativismo maior, uma federalização das associações para participar, senão a contratualização não vai adiante”.

A gestora do MPOG produz interessante reflexão sobre a política. Considera que iniciativas como a contratualização dos HEs têm merecimento por terem sido pioneiras e lançado o objeto para discussão pública:

“Ela colocou o instrumento na rua. É claro que não tinha ambiente para ser implementada. Só que a gente não pode perder a fé nela, não se pode perder a energia de continuar implementando. Por isso que vejo a importância dessa comissão interinstitucional, ainda que fique um ano sem se reunir, mas se ela voltou a se reunir, é porque voltou a ter ambiente. Tem que ir lá com a mesma vontade, para tentar, mesmo com uma proposta ambiciosa como a que a gente fez, aí na realidade a gente implementa um pedacinho, mas aquele pedacinho já é um ganho. Acho que a gente tem que ajudar a sociedade a se articular mais ainda, o SUS é pioneiro, o SUS é a nossa referência, mas eu acho que a gente tinha que ter mais políticas de associativismo dos cidadãos. E como que a gente faz isso? A gente faz com a criação de instâncias de que eles possam participar de algum jeito, o conselho eu acho que já existe, mas talvez ainda esteja fechado demais, talvez comece aí nessa contratualização municipal e estadual”.

De certa forma, a política de contratualização forja um projeto consistente, idealizado, repleto de princípios e intenções louváveis, mas que termina por reproduzir o mesmo comportamento conservador que caracteriza a gestão pública, uma racionalidade instrumental que dá ênfase ao ato administrativo, à normatização excessiva, mas que, na prática, mantém a lógica tradicional, amarrando e

pasteurizando os processos de trabalho. A sociedade, representada por atores sociais que pudessem exercer o controle de resultado, está praticamente ausente. Sequer os atores internos ao HE dela participam. Na prática, não existe nem o controle externo, institucional, nem o controle social, que seriam fundamentais para o êxito da política de contratualização dos HEs.

A política de contratualização pressupunha uma construção interna, envolvendo os diferentes atores que atuam no HE, um processo de pactuação com os gestores locais do SUS que pudesse inscrever um novo papel para o HE no sistema de saúde. Pressupunha ainda a existência de atores sociais (internos e externos ao HE) capazes de empreender o controle social.

Ao transitar pelas *estações* que compuseram o estudo, ouvindo gestores municipais, estaduais e federais, além da direção dos estabelecimentos hospitalares de ensino, **percebemos que os atores que seriam fundamentais na operacionalização da política não existem, pelo menos da forma idealizada e com a potência desejada.** Não existe o gestor público do SUS qualificado. A direção hospitalar, em geral, é ainda muito fragilizada. O HE é campo de disputas homéricas, embora não necessariamente ruidosas, da instituição acadêmica, da instituição médica. Os mecanismos de controle social são extremamente débeis ou sofrem a contaminação de representação.

A política fica sempre como uma promessa, suas potenciais qualidades são destacadas, mas os atores entrevistados sequer conseguem identificar, de uma maneira geral, melhorias e atribuí-las à política de certificação e contratualização. Advogam que outros processos de gestão são os responsáveis pelas mudanças positivas observadas.

Em geral, quem se apropriou da política não foram os gestores do SUS, mas sim a alta direção dos hospitais (e não necessariamente todos os seus dirigentes) que a toma como dispositivo de persuasão para implementação dos projetos que já tinham concebido para a instituição.

Pudemos perceber, ao longo do percurso desse estudo, cada vez mais, como o tema dos atores é mal trabalhado na política. Seja porque não considera as resistências micropolíticas, seja porque idealiza “condutores” que não são atores reais, mas “funções” potencialmente a serem cumpridas. Papéis que deverão (deveriam) ser cumpridos, para o sucesso da política. Uma visão sistêmica, porque este conjunto de

“papéis” idealizados, se cumpridos, comporia um sistema de ações que resultaria, afinal, no sucesso da política. Trata-se de um ponto central a ser explorado nos próximos capítulos, destinados a uma reflexão conceitual mais elaborada a partir de três planos analíticos.

Apesar de alguns reconhecidos avanços e conquistas, o estudo mostrou como a política de reestruturação (certificação/contratualização) dos hospitais de ensino, em boa medida, ainda **reproduz fortemente o instituído**.

É isso que tentaremos explorar nos três planos analíticos apresentados na sequência.

PARTE 4

**OS TRÊS PLANOS ANALÍTICOS:
APRENDIZADOS COM O ESTUDO**

Construindo a análise do estudo: percorrendo seus três planos analíticos

O estudo foi projetado com o propósito de verificar os impactos, nos hospitais de ensino, da política de certificação e contratualização do Ministério da Saúde, iniciada em 2004. Para tanto, e tendo como ponto de partida os princípios de tal política, expressos em documentos e recomendações oficiais, realizamos um percurso progressivo por quatro hospitais de ensino para tentar caracterizar, mais de perto, e na prática, o que estava acontecendo no período pós-contratualização com esses hospitais de ensino. O que apresentamos, na sequência, são os achados deste percurso efetuado até aqui. Para fins de sistematização, construímos **três planos analíticos** para a sistematização das reflexões.

No **primeiro plano**, apresentamos as indicações sobre o grau de **alcance das diretrizes e objetivos** contidos nos quatro grandes eixos estruturantes da política de contratualização dos HEs. Podemos dizer que este é um “olhar governamental” sobre o material empírico, à medida que faz perguntas a partir de uma política de Governo. Ele representa um momento de uma **avaliação clássica de política pública**, ao fazer a utilização de uma “grade avaliativa” construída a partir dos objetivos e diretrizes da “grande política”. A “régua” para medir o sucesso da política é fornecida pela própria política, com perguntas feitas do lugar de quem a formulou e a partir de seus interesses e do seu projeto. A equação é simples: a relação entre resultados práticos e os objetivos explicitamente colocados pela política. Consideramos que este é um movimento válido e necessário, que busca caracterizar o que “está acontecendo na prática”, feitos tantos esforços e investimentos públicos.

Muito se critica a baixa capacidade que os governantes apresentam de avaliação das políticas públicas, em particular o grau de alcance dos resultados esperados (SILVA e FORMIGLI, 1994; HARTZ, 1999; SILVA e COSTA, 2002; FARIA, 2005; CONTANDRIOPOULOS, 2005; TREVISAN e VAN BELLEN, 2008). Assim, o presente

estudo traz um componente importante de **avaliação** de uma determinada política – a contratualização com os hospitais de ensino –, mas teve a pretensão, desde o início, de não se encerrar nela, buscando um deslocamento que propiciasse novos olhares e indagações sobre a política. Por isso a necessidade de se construir um segundo plano analítico.

No **segundo plano analítico**, procuramos identificar as **apostas implícitas** na formulação inicial da política de certificação/contratualização dos HEs e apontar em que grau elas foram realizadas ou não. São “apostas” à medida que as estratégias preconizadas pela política supunham ou apostavam que “algo ia acontecer”, uma vez assinado o contrato e repassados os recursos. Melhor, **apostavam, implicitamente, que “tudo” ia se passar como previsto na política**. O que se pode dizer é que **as apostas estavam ancoradas em determinado paradigma teórico-conceitual não explicitado** (ou seja, implícito também...) e é isso que se tentará apresentar de modo mais sistematizado agora, pois alguns elementos deste debate já foram anunciados no percurso pelas estações.

Enquanto para a construção do primeiro plano analítico as “categorias-espelho” tiveram mais relevância, este segundo plano valorizou mais as “categorias-novidade” e a construção das “equações” próprias de cada HE e suas **modulações** singulares. Na singularidade de cada experiência de implantação da política nos diferentes HEs foi emergindo o “não previsto”, o que “não se enquadra”, o que escapa da homogeneização da política e sua marcada normatividade. O que coloca a necessidade de interrogar o que “não foi pensado pela política”, o que foi subestimado na sua formulação. Usando uma linguagem biologicista, poderia ser dito que a política traz em sua “genética” um modo de pensar as organizações, as instituições, os sujeitos, o poder, que não dará conta da complexidade da tarefa que terá que enfrentar... É isso que o segundo plano analítico tenta fazer, indo além da simples avaliação das mudanças provocadas pela política.

Por fim, no **terceiro plano** analítico, apresentamos elementos teóricos conceituais para uma melhor compreensão dos achados do estudo, tentando localizar a política de contratualização em relação ao que poderia ser denominado de processos mais abrangentes de racionalização das sociedades capitalistas. Tais processos de racionalização crescente da vida social, no sentido apontado por Max Weber e depois

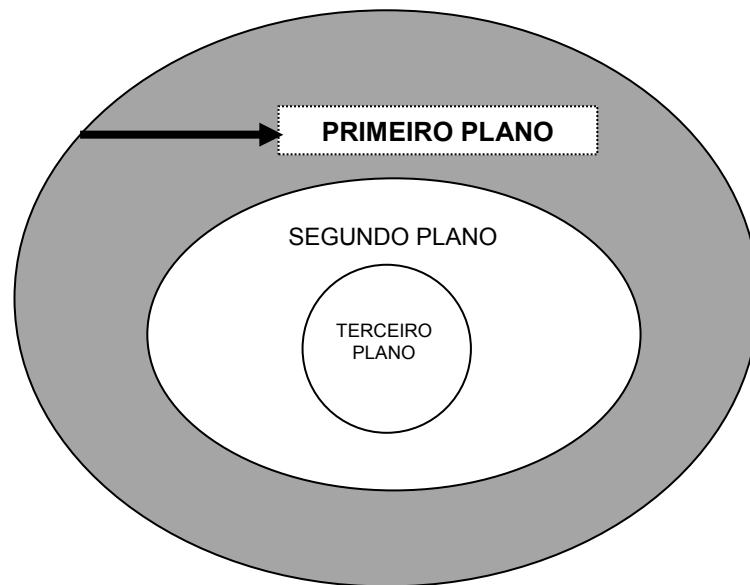
retomado por autores como Adorno, Hockheimer e Habermas, não têm deixado de fora os hospitais, alvos crescentes de estratégias racionalizadoras. Em particular, pretende-se, a partir das indicações de Kurz (2010), estabelecer um diálogo que aponte a crítica ao Esclarecimento ou Iluminismo, uma crítica da própria modernidade. Essa é a tarefa que procuramos desenvolver no terceiro plano analítico, fazendo indicações mais precisas a respeito de “déficits de formulação” da política de contratualização.

CAPÍTULO 7

PRIMEIRO PLANO ANALÍTICO:

Indicações sobre o grau de alcance das diretrizes e objetivos contidos nos quatro grandes eixos estruturantes da política de contratualização dos HEs

Primeiro plano analítico: indicações sobre o grau de alcance das diretrizes e objetivos contidos nos quatro grandes eixos estruturantes da política de contratualização dos HEs



O primeiro plano analítico tenta dar conta do grau de alcance dos componentes presentes nos quatro grandes eixos temáticos encontrados na política de certificação/contratualização dos hospitais de ensino, quais sejam: a) mudanças na atenção à saúde; b) mudanças na gestão; c) mudanças na formação e educação permanente; d) mudanças na produção de conhecimentos e incorporação tecnológica orientadas pelas necessidades do SUS. Neste primeiro plano analítico, a análise foi feita a partir de uma grade avaliativa que é praticamente um decalque da política governamental. Nessa medida, o que ela vai expondo e tentando problematizar com resultados “positivos” e/ou “negativos” são claramente respostas a indagações tipicamente “governamentais”, isto é, feitas a partir dos focos assumidos pela pesquisa. Como apontado antes, esse seria o componente avaliativo do estudo.

Mudanças na atenção à saúde

Algumas diretrizes contidas no eixo assistencial da política de contratualização dos HEs procuram produzir uma readequação do perfil assistencial desses estabelecimentos e de sua inserção no sistema locorregional de saúde. Uma dessas diretrizes, coerente com as estratégias estruturantes prioritárias para o SUS que valorizam a ampliação e qualificação da atenção básica, é a da desmobilização da atenção básica ainda prestada no âmbito do HE, quase sempre sob pretexto de servir como lócus de aprendizado para alunos de graduação e residentes. Uma consequência de tal desmobilização seria o necessário deslocamento de docentes e alunos para a rede básica de saúde, de base territorial, constituindo novos cenários de ensino-aprendizagem (MARINS *et al.* 2004).

O impacto dessa estratégia da política de contratualização pode ser considerado inexpressivo. Os HEs estudados que mantinham prestação de serviços básicos continuam ofertando tais cuidados para a população do entorno do HE – em alguns casos em comum acordo com o gestor –, mesmo quando este manifesta disposição e capacidade de assumir esse serviço. Os motivos alegados continuam sendo os mesmos: garantir clientela para o ensino dos cuidados básicos aos alunos e residentes. O debate em torno de novos cenários de ensino-aprendizagem, concebendo o SUS como uma “rede-escola” (CECCIN e FEUERWERKER, 2004; BRASIL, 2006b), ainda não produziu mudanças consideráveis nas escolas médicas. Por outro lado, é necessário reconhecer que muitos municípios não contam com redes básicas estruturadas e qualificadas e apresentam dificuldades para promover as adequações necessárias e acolher, em seus serviços, estudantes e residentes. O redirecionamento para a rede municipal enfrenta ainda a disputa entre distintos grupos na universidade, que defendem diferentes concepções de modelos pedagógicos e de organização da assistência. Como a decisão sobre mudanças no perfil da rede está nas mãos do gestor municipal, deixar que o HE resolva essa situação a partir da sua correlação de forças internas, acaba sendo uma forma de não se tomar decisão e de se adiar o enfrentamento do problema. O estudo mostrou como, com alguma frequência, o gestor municipal é médico e ligado ao HE, e, ao operar no âmbito da sua micropolítica,

não fica indene ao jogo interno da organização hospitalar.

Além do mais, uma parcela considerável da demanda básica continua acessando o HE por meio dos serviços de urgência, e os seus dirigentes, de maneira geral, alegam muita dificuldade em contrarreferenciar os usuários do SUS, em parte pelas deficiências da rede básica, mas também pela imagem e vínculo já estabelecidos entre esses usuários e o HE. A manutenção de certo modelo de cuidado, centrado no médico e em procedimentos, tem no HE um espaço privilegiado e qualificado. Os entrevistados destacam, de maneira geral, que os usuários não desejam substituir vínculo(s) já estabelecido(s) e preferem ser tratados no HE. Os usuários ainda são protagonistas na construção dos seus itinerários terapêuticos (ALVES e SOUZA, 2004; GERHARDT, 2006).

Há, ainda, portadores de enfermidades menos prevalentes, acompanhados nos ambulatórios especializados dos HEs que, quando demandam cuidados básicos, têm dificuldades ou relutam em aderir ao acompanhamento também na rede básica, preferindo manter o seguimento no ambulatório especializado de ensino onde estão vinculados, atraídos pela qualidade do serviço de ensino e a falta de opções na rede, argumento utilizado com frequência para a manutenção de cuidados básicos no ambiente do HE.

A contratualização teve baixo impacto, também, na regulação da abertura de novos serviços que deveriam ser pactuados com o gestor do SUS, outra diretriz da política. Nota-se, aqui, que os gestores não assumem o ordenamento do sistema de saúde como um problema de gestão e não conseguem questionar os arranjos de poder e a autonomia dos médicos/docentes, que criam serviços muitas vezes à revelia da direção do HE e da universidade. A discussão sobre ampliação de oferta de serviços, na visão dos gestores entrevistados, passa sempre por um necessário aumento de teto financeiro por parte do MS.

Essa questão merece duas abordagens. A primeira diz respeito ao financiamento por parte do Governo Federal (principalmente MS e MEC) para os HEs. Quando são solicitados recursos para esses hospitais através de emendas parlamentares, convênios ou outras iniciativas locais que impliquem em expansão ou abertura de novos serviços, não se exige pactuação prévia com os gestores do SUS. Após o serviço ser instalado, os dirigentes hospitalares passam a reclamar que os gestores do SUS não remuneraram os serviços prestados. O segundo aspecto diz respeito à própria organização do SUS no

âmbito local (seja estadual ou municipal). Nos locais onde existe uma gestão do SUS bem estabelecida, esses problemas são menores, dependendo muito da competência ou capacidade de governo e do protagonismo dos atores envolvidos. Pouco se cogita qualificar a regulação, redefinir o perfil assistencial do hospital, mudar o modo de produzir cuidado, monitorar e avaliar o uso dos recursos públicos implicados na relação de contratualização.

Transcorridos cinco anos do início do processo, não é possível afirmar que a política de contratualização tenha contribuído efetivamente para a construção de redes integradas de cuidado, com a participação orgânica do HE inserido no sistema de saúde, reorientando o perfil assistencial e o papel desses estabelecimentos hospitalares na rede de cuidados do SUS, como a política de contratualização pretendia induzir. Por outro lado, é possível identificar avanços importantes no que se refere à regulação do acesso e à utilização de leitos, consultas ambulatoriais e procedimentos ofertados pelos HEs ao SUS, outra diretriz contida na política escolhida para análise das mudanças ocorridas na atenção à saúde.

Gestores do SUS e dirigentes dos HEs estudados destacam, como uma das mudanças mais perceptíveis da contratualização, a ampliação da regulação da oferta de consultas e procedimentos ambulatoriais pelas centrais de regulação sob responsabilidade dos gestores. Nota-se, entretanto, que a diretriz que prevê colocar sob regulação dos gestores do SUS a totalidade da oferta dos HEs efetivamente não se cumpriu. Diferentes mecanismos regulatórios são empreendidos, de acordo com pactos e articulações locais. Ainda que de fato pareça ter sido ampliada a oferta de serviços sob regulação do gestor, observa-se, em praticamente todos os HEs estudados, a manutenção de cotas sob regulação interna, a presença de centrais de marcação de consultas internas pertencentes ao próprio HE e que, por vezes, acabam por assumir o papel da Central de Regulação do SUS. A manutenção de cotas para ensino e pesquisa para driblar o controle dos gestores indicam que, na maioria dos HEs, o acesso ainda é fortemente definido e mediado pelos interesses da corporação médica e, em especial, pelos médicos/docentes. Gestores entrevistados chegam a admitir que de 15 a 20% dos leitos estão sob “gestão acadêmica” e que há uma regulação interna que faz a mediação com a Central de Regulação do Município e do Estado.

Muitas vezes, o tempo de espera para que um paciente possa obter uma internação ou procedimento eletivo é muito grande. A forma utilizada para agilizar a internação ou realizar o procedimento moroso é o atendimento na emergência do HE, por meio da urgencialização do paciente eletivo, ou via demanda judicial, cada vez mais presente no cenário sanitário brasileiro. Trata-se de dispositivos microrregulatórios que possuem um significativo potencial de desorganização, para desespero de gestores e diretores dos hospitais. Por ali “vazam” os mecanismos de controle e as estratégias estabelecidas pelos gestores públicos e dirigentes do estabelecimento hospitalar. No setor de urgência, os usuários, médicos e docentes “subvertem” a ordem, a organização do sistema e criam novos fluxos de acesso. É também o espaço onde os médicos triam seletivamente a demanda desviada para os consultórios particulares, que os funcionários do hospital utilizam sua rede de relacionamentos para pequenos favores, que extrapolam os controles normativos e, ainda, o lugar onde professores, residentes, alunos e pesquisadores escolhem os casos que lhes despertam o interesse acadêmico e que serão transformados em conhecimento, tenha ou não alguma serventia para o sistema de saúde e a melhoria das condições de saúde da população.

Em virtude da complexidade das relações e interesses que se expressam no campo da micropolítica e das fragilidades do gestor, pressuposto central para que qualquer política no âmbito do SUS pudesse alcançar os resultados esperados, o HE passa de regulado a ser regulador. Os elementos trazidos pelos dirigentes hospitalares entrevistados nos permitem reconhecer o quanto a concepção de contratualização adotada trabalha com forte dose de idealização de atores do SUS, em particular de gestores estaduais e municipais com a competência e o protagonismo idealizados.

Há muita resistência por parte dos médicos/docentes em relação a medidas que visam ampliar a integração do HE ao sistema de saúde, vistas como uma traição à origem da instituição, expressa didaticamente na seguinte frase, colhida do diretor clínico de um dos HEs, mas reproduzida em algum grau em outras entrevistas: *“Estão vendendo o hospital para o SUS!”* Ou, no dizer do diretor clínico de outro HE: *“O gestor está retirando dos médicos e professores o poder sobre o hospital que lhes pertence!”*

A despeito dos mecanismos formais de regulação, boa parte dos problemas cotidianos é resolvida através de complexa rede de relações não-formais, operada a

partir de outras variáveis e fora dos contextos organizacionais tradicionais. De qualquer forma, parece-nos ser possível afirmar que a agenda da regulação foi incorporada ao cotidiano dos HEs, reforçada pela política de contratualização, em uma situação de transição, de intensa disputa entre uma lógica mais “livre” anterior, onde prevalecia o comando do médico/docente – mas que já vinha sendo modificada antes da contratualização – e um funcionamento mais regulado ou “racionalizado” do hospital.

No que se refere às mudanças na qualidade da assistência prestada pelos HEs, uma das diretrizes prioritárias da contratualização é a organização da atenção orientada pela PNH. Observa-se que os avanços referentes à implementação da política de humanização estão presentes em todos os HEs estudados, mas não são atribuídos, por praticamente todos os atores entrevistados, à política de contratualização, pois é visto como algo que já vinha acontecendo antes. Segundo esses atores, a política teve a capacidade de consolidar, fortalecer e dar mais visibilidade, mas não foi determinante.

Foi possível, ainda, constatar a implementação de sistemas de classificação de riscos nos serviços de urgência-emergência, a criação de ouvidorias para usuários, a elaboração de protocolos assistenciais, *guidelines*, entre outras ações e ferramentas voltadas à qualificação da assistência, iniciativas, entretanto, que já vinham sendo adotadas por todos os hospitais investigados, mesmo antes da política de contratualização, em sinergia com outras políticas governamentais, acompanhando tendências cada vez mais marcadas no cenário da gestão hospitalar brasileira e mundial (PADRÓN, 2003; OPS, 2004; BRAGA NETO *et al.*, 2008).

A criação de comitês de ética, de prontuários, de investigação de óbitos, entre outros, apontados pelos entrevistados como evidências de avanços importantes na qualificação da assistência prestada pelos HEs a partir da contratualização, ou já estavam presentes ou foram induzidas pelo processo de certificação que antecedeu a contratualização. A exigência desses dispositivos de qualificação como pré-requisitos para que o estabelecimento hospitalar pudesse pleitear a certificação como HE teve forte poder indutivo para sua implementação em todos os hospitais estudados. A inexistência de processos de monitoramento, entretanto, impede a avaliação mais fidedigna sobre o real funcionamento desses dispositivos e o impacto que porventura

tenham causado na qualificação da assistência prestada aos usuários dos HEs.

Não é possível perceber, a partir da contratualização, consistentes mudanças almejadas no modelo de cuidado, de modo que a integralidade dos usuários do SUS seja garantida a partir de linhas de cuidado que integrem e conectem os diferentes recursos a serem oferecidos a partir de suas necessidades, seja no HE ou na rede do SUS. Esse tema, sem dúvida, ainda passa ao largo das discussões e pactuações travadas entre os gestores e dirigentes dos HEs.

Mudanças nos processos de gestão dos HEs

A agenda dos HEs e seu relacionamento com o SUS, até 2004, eram pautados pela crise financeira. A movimentação dos dirigentes dos HEs e de sua entidade nacional era voltada para a busca de mais recursos e mobilização de amplos setores da sociedade, do Congresso Nacional e da imprensa no enfrentamento da crise financeira e do endividamento resultante da remuneração insuficiente proporcionada pelo SUS, e dos graves problemas de gestão advindos, no caso das universidades federais, do pagamento de trabalhadores via fundações de apoio, devido à não-reposição da força de trabalho pelo Ministério da Educação.

É possível identificar que, nos anos subsequentes ao processo de contratualização, os impactos mais importantes foram a ampliação do aporte de recursos e a mudança no modelo de financiamento. Ainda que percebidos de forma diferenciada por gestores e dirigentes dos HEs, com maior reconhecimento dos impactos positivos por parte dos hospitais públicos federais, são sempre destacados como as mudanças mais visíveis e importantes da política de contratualização. Essa percepção corrobora os achados do estudo de Lobo *et al.* (2009), que demonstram que houve, no período de 2003 e 2006, aumento do aporte financeiro dos HEs federais contratualizados em 51%. Nos HEs com forte endividamento, a política de contratualização proporcionou o saneamento da grave crise, a estabilidade financeira e melhor capacidade de planejamento e gestão. De acordo com o superintendente de um HE estudado:

“O novo método de financiamento melhorou muito a situação do hospital. Com esse incremento financeiro, invertemos todas as curvas, 100% dos indicadores financeiros se inverteram. O crescimento do passivo passou a ter uma curva descendente. De 2004 para cá, a dívida do hospital foi negociada. Vai levar até 2020, mas o que interessa é a capacidade que eu tenho de pagar, mês a mês, o custeio do hospital e um pouquinho da dívida. A resposta objetiva e clara, sem nenhuma dúvida, é que melhorou muito”.

A despeito da destacada melhoria da situação econômico-financeira, alguns aspectos problemáticos na política de financiamento dos HEs são apontados pelos dirigentes. Em primeiro lugar, a inexistência de uma metodologia de realinhamento periódico dos valores implicados no incentivo à contratualização e a não-incorporação de novos recursos para dar suporte à ampliação da prestação de serviços ao SUS para além do que foi contratado, muitas vezes a partir de demandas do próprio gestor local. Segundo, a retenção pelos gestores locais de recursos disponibilizados para os HEs, pelo Ministério da Saúde, em 2008, a partir de mudanças no FAEC, incorporados aos procedimentos de média e alta complexidade. Em um HE estudado, administrado por meio de uma OS vinculada à universidade estadual, até mesmo valores correspondentes ao incentivo à contratualização foram apropriados pelo gestor estadual, sob a alegação de que já mantinha um “contrato global” com o HE.

O aspecto mais crítico é, sem dúvida, a manutenção da lógica de faturamento pela tabela de procedimentos do SUS, o que faz com que os HEs – muitas vezes a única opção de oferta de serviços públicos ao SUS na região – relutem em negociar com o gestor mudanças no perfil de assistência e na oferta de serviços mais adequado às necessidades do sistema de saúde, levando-os a restringir a oferta de serviços de urgência e de média complexidade, sob a perspectiva de ampliar a participação na área de alta complexidade que resultaria em maior captação de recursos do SUS e, portanto, possibilidade de garantir o equilíbrio financeiro alcançado, ameaçado pelo risco de retorno do subfinanciamento.

Outro aspecto que merece destaque é o fato de alguns gestores locais não terem implementado a lógica de financiamento instituída pela política de contratualização, que previa o financiamento global misto, com parte dos recursos fixos e parte recebida pelo cumprimento de metas contratualizadas, que aumentariam, anual e progressivamente, até comporem 50% do valor total a ser recebido pelo HE. Além disso, o pagamento de serviços de alta complexidade seria mantido por produção,

como forma de não desestimular a participação dos HEs na oferta de serviços ao SUS. Após cinco anos, percebe-se que alguns gestores locais “empacotaram” todos os recursos e fazem o pagamento global fixo, independentemente da manutenção do padrão de oferta de serviços acordados com o gestor, sem fazer a gestão das metas qualiquantitativas contratualizadas para os diferentes eixos contidos na política. Houve, portanto, um desvirtuamento da lógica originalmente proposta.

Outro ponto de conflito diz respeito à disputa entre o MS e o MEC no sentido de definir quem paga a conta dos HEs federais. Presente desde o processo inicial de formulação da política, foi possível perceber que esse tensionamento ainda não foi resolvido e está por detrás da recente mudança de atitude adotada pelo MEC e da nova normatização na condução da política dos HEs vinculados às instituições federais de ensino superior (BRASIL, 2010).

Uma das normas da política previa um prazo de até quatro anos para que os HEs públicos disponibilizassem 100% dos leitos ativos e do total dos grupos de procedimentos praticados para o SUS. Em 2007, a Portaria Interministerial MS-MEC nº. 2.400/07 (que substitui a portaria nº. 1000/04) determinou que esse objetivo deveria ser alcançado em dois anos, prazo encerrado em 2009, sem definição para o tema. Cinco anos após a formulação da política, esse ponto que trata diretamente da relação *público x privado* permanece como ponto de dissenso no âmbito da Comissão Interinstitucional. Nem ao menos critérios objetivos para definir a regra de como mensurar a oferta de serviços ao SUS foi estabelecida. Aliás, para os HEs públicos, a regra prescindiria de quantificação.

De certa maneira, o não-cumprimento pelos HEs públicos do compromisso de encerrar a oferta de leitos para convênios e particulares progressivamente, no prazo de quatro anos, conforme instituído a partir da contratualização, é justificado pelo subfinanciamento do SUS que, no entanto, não pode ser utilizado como única justificativa. Outros aspectos relacionados à micropolítica do HE, como as relações internas de poder, os interesses acadêmicos e corporativos, entre outros, também devem ser considerados.

O enfrentamento da crise e a estabilidade econômico-financeira proporcionaram aos HEs novas perspectivas, ampliando a governabilidade dos seus dirigentes, que passaram a utilizar o equilíbrio econômico-financeiro alcançado com a

contratualização como dispositivo de validação dos projetos almejados, diminuindo o peso da decisão e dos conflitos da direção superior do HE. Para avançar na implementação de ações definidas como estratégicas para o HE, seus dirigentes não hesitam em inseri-las entre as metas do contrato e passam a tensionar os demais atores internos ao HE a cumpri-las, apontando o risco de diminuição de recursos financeiros se não forem implementadas (mesmo sabendo que o gestor mal acompanha e não fará nenhuma glosa pelo não-cumprimento das metas).

Ademais, pode-se apreender que são evitadas metas que exigem enfrentamento com a instituição acadêmica ou com a instituição médica, pactuar internamente mudanças no processo de trabalho, trabalho em equipe ou enfrentamento de interesses corporativos ou acadêmicos. As metas escolhidas, em geral, estão na governabilidade dos dirigentes dos HEs e de cada setor do hospital.

Nesse e em outros pontos-chave da contratualização, percebe-se que os gestores, por seu lado, muitas vezes desconhecem preceitos básicos da política ou a tratam com bastante formalismo, não monitoram seu cumprimento e se desoneram de responsabilidades. O estudo mostra como faltam aos gestores locais iniciativas para implementar o contrato, provocar mudanças, negociar e monitorar indicadores, metas e compromissos, e que tal fato pode ser apontado como uma das principais dificuldades para o sucesso da política de contratualização.

A ausência ou fragilidade dos mecanismos de acompanhamento e a democratização da gestão constituem-se, sem sombra de dúvidas, em um dos pontos mais críticos da política de contratualização, na avaliação da maioria dos dirigentes hospitalares e gestores das três esferas de governo entrevistados (alguns sequer reconheciam sua necessidade ou importância). As Comissões de Acompanhamento dos Contratos, que deveriam envolver, além dos gestores, representantes dos usuários do Conselho Municipal ou Estadual de Saúde e da comunidade interna (dirigentes do HE e da universidade/faculdade, docentes, residentes, funcionários e alunos) ou não foram implementadas ou assumiram perfil marcadamente formalista, reunindo-se muitas vezes trimestralmente, como prevê a normatização da política de contratualização, mas com caráter meramente homologatório. Pode-se localizar, nesse fato, mais uma dissonância entre o que foi previsto na política e o que tem ocorrido nos contextos reais de sua implementação. Observou-se, ainda, em alguns HEs, a

composição da Comissão fortemente manipulada, composta por representantes com vínculos diretos com os dirigentes do HE, de tal forma que não trouxessem riscos ou ameaças à situação estabelecida.

Prevalece, entre os dirigentes dos HEs, a percepção de que os gestores do SUS apresentam muita fragilidade técnica na condução da política de contratualização, e que o HE não é devidamente acompanhado pelo gestor no monitoramento do cumprimento de metas contratualizadas. De acordo com um dirigente entrevistado:

“Acho que poderia ser melhor. Estávamos muito mais preparados do que o que fomos cobrados. Tenho impressão que isso ia ajudar. A cobrança poderia ser mais rígida”.

Percebe-se, também, que os gestores do SUS atribuem um caráter secundário ao processo de gestão do contrato e dos recursos financeiros implicados. A alegação é que se trata de recursos oriundos da esfera federal, o que desobrigaria os gestores locais a cumprirem as prerrogativas previstas nas normas do SUS, o que é insustentável sob qualquer aspecto (e, em particular, à luz do Pacto pela Saúde) e dá mostra, mais uma vez, da fragilidade dos gestores do SUS (BRASIL, 2006c). Deve-se considerar, ademais, que também interfere nessa postura do gestor do SUS o reconhecimento de que o HE é lugar de alta concentração de poder, do qual muitas vezes depende para garantir oferta de serviços em sua rede. O HE acaba sendo considerado um prestador complicado, quase “indomável”, pelos gestores do SUS.

A implementação precária das comissões de acompanhamento dos contratos, a despeito de estarem estruturadas formalmente, não foi a única ação prevista de democratização da gestão que efetivamente não se cumpriu. Em nenhum hospital público estudado e, pelas informações obtidas com os gestores federais que acompanham a política em âmbito nacional, o quadro pode ser generalizado aos demais estabelecimentos hospitalares de ensino, foi instituído conselho gestor, portanto, outro ponto que também não avançou com a política de contratualização. Como as Comissões de Acompanhamento do Contrato e os Conselhos Gestores ou não foram implementados ou foram instituídos apenas formalmente, não foi possível identificar qual o gradiente de ampliação da transparência na gestão dos recursos financeiros dos HEs.

Complacência é um conceito que nos parece adequado para caracterizar a

postura dos gestores em relação ao acompanhamento das metas. No que se refere à política de contratualização dos HEs, a complacência parece ser decorrente da (não) capacitação do gestor e da fragilidade da estrutura pública responsável pela regulação, da “imprescindibilidade” do HE para a assistência locorregional, inviabilizando qualquer atitude mais radical de corte de recursos, e de frequentes “acordos de cavalheiros” entre os atores que extravasam as instâncias e procedimentos formais de controle propostos na política de contratualização. Ou seja, por um conjunto de razões locais, estabelece-se uma “pauta de indulgência” (SILVERMAN, 1975) entre os atores, que desacredita permanentemente os instrumentos de contratualização, fazendo com que eles percam sua potência de controle. Esse talvez possa ser considerado um indicativo do quanto a lógica contratualista do processo de “empresariamento” do Estado (GRUENING, 2001), fortemente ancorada em contratos de gestão entre o Estado e entes privados, pode não ter a potência de controle esperada, por estarem tais contratos eivados de um formalismo e de uma falsa transparência que dificultariam o efetivo acompanhamento, pelo Estado, do desempenho dos entes privados contratados.

Destaque-se, igualmente, que também o Governo Federal não cumpriu sua parte no que se refere ao processo de acompanhamento. Dado o montante de recursos implicados na política e o conjunto de apostas nela envolvidas, chega a ser frustrante a maneira como os gestores federais reconhecem que não conseguiram implementar mecanismos avaliadores e de monitoramento, ao ponto de reconhecerem sua incapacidade de avaliar a política, as mudanças ocorridas (ou não) e obter subsídios para traçar novos caminhos e corrigir rumos. Aliás, essa impotência avaliadora é por eles utilizada como justificativa para a paralisia observada na condução da política nos últimos anos.

A política de contratualização não produziu também, como era desejado em suas diretrizes, horizontalização da gestão e mudanças no que se refere ao processo de planejamento do HE, embora seja necessário reconhecer a grande heterogeneidade existente entre eles. Também não disparou processos de elaboração de planejamento hospitalar em conjunto com a equipe multiprofissional visando metas setoriais específicas para cada área de atuação. A maioria dos hospitais conta com planos diretores, mas não consta que tenham sido elaborados com ampla participação dos

trabalhadores ou, ao menos, das gerências intermediárias. Quase sempre são desenvolvidos em âmbito restrito, pela alta direção ou, em alguns casos, induzidos por outras políticas com forte componente sinérgico à contratualização, como é o caso do Pro-Hosp, em Minas Gerais. De novo, pode-se ver como instrumentos de gestão pensados como sendo potentes *per se*, para induzirem transformações na vida organizacional, tornam-se simulacros ou meras formalidades quando são implementados, não conseguindo construir novas configurações das relações de poder existentes na vida hospitalar.

Um dos problemas mais importantes observados na contratualização foi a não-capilarização das metas para dentro do hospital, com cada setor e equipes. Os próprios dirigentes dos HEs avaliam que o índice de conhecimento dos termos contratualizados entre os trabalhadores da organização hospitalar é baixíssimo. Vale a pena registrar a posição do diretor técnico de um dos HEs estudados, para quem a política de contratualização determinou mudanças pactuadas sem internalização do perfil de atendimento do hospital:

“A mudança da contratualização foi o surgimento das regulações e isso melhorou o atendimento. A gente deixou de ter demanda espontânea e passou a ter uma coisa regulada, começamos a conhecer o sistema de regulação. E aí passamos a nos preocupar com meta, com coisas que a gente não sabia. De repente eu fiquei sabendo que eu tinha uma meta de atendimento que tinha sido pactuada por mim”.

Se houve algum impacto na qualificação do planejamento, este não pode ser atribuído à contratualização. A adoção de práticas gerenciais e a aplicação de ferramentas visando à qualificação gerencial, incluindo rotinas técnicas e operacionais, sistema de avaliação de custos, sistema de informação e sistema de avaliação de satisfação do usuário, não são vistas pelos dirigentes dos HEs como relacionadas à contratualização. Muitas vezes são relacionadas ao desejo de se submeter o HE a processos de acreditação em voga. Assim, as mudanças observadas na “qualificação gerencial” dos HEs estão contidas num movimento mais amplo de reestruturação gerencial instituído em todo o País (JUNIOR e ELIAS, 2004; WHO, 2006; FORGIA e COUTTOLENC, 2009). De qualquer forma, essas ações de qualificação da gestão, aparentemente cada vez mais valorizadas pelos dirigentes dos HEs, não conseguem fazer um enfrentamento real das questões corporativas. A instituição médica e a instituição acadêmica aparentemente não são afetadas ou questionadas por elas.

Um dos aspectos mais relevantes da contratualização é a intensa utilização da informação como instrumento gerencial que assume, por vezes, um caráter de fetiche. Em todas as esferas de governo e no interior dos HEs estudados reina certa expectativa de que a adoção de um sistema de informações eficiente será capaz de ampliar o controle sobre a complexa vida do hospital, dando-lhe a visibilidade e previsibilidade necessárias, em conformidade com os processos de racionalização das práticas médico-hospitalares em curso.

Observou-se, por exemplo, em um dos HEs estudado, o desconforto dos dirigentes obrigados a alimentar três sistemas de informações distintos, cumpridos como mera formalidade por força das exigências das distintas esferas com que se relaciona. Ainda assim, continuam apostando na ampliação da capacidade de controle da organização por meio do desenvolvimento de novas ferramentas de gestão informatizadas. A informatização emerge como a base tecnológica principal da nova racionalidade organizacional desejada, mas, paradoxalmente, é marcada por fortes elementos de “irracionalidade”, entre os quais a existência de múltiplos sistemas em uso, desarticulados entre si ou redundantes, deixando transparecer o irracional dentro do racional.

A angústia é generalizada. Os gestores federais acreditam que com um sistema informatizado – apesar do fracasso das tentativas até então instituídas – conseguirão monitorar e produzir a avaliação necessária para corrigir os rumos da política. Citam, como exemplo de sucesso, o Sistema de Avaliação dos HEs da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo (SAHE) que é, na opinião dos dirigentes dos HEs, um instrumento com importantes limitações.

Um aspecto relevante, presente em todos os HEs estudados e destacado nas entrevistas com os gestores federais, diz respeito ao investimento na educação continuada do quadro funcional do HE, pois há uma visão bastante comum entre os gestores e os dirigentes de que boa parte dos problemas enfrentados na implementação da política de contratualização poderiam ser explicados pela “falta de capacidade” dos funcionários dos HEs, presos ainda a uma “cultura” incompatível com a implementação de uma organização hospitalar moderna. A receita preconizada é a capacitação em massa dos seus empregados e a formação de gestores hospitalares capazes de aprender e aplicar as técnicas e as ferramentas de gestão. Poderosos

sistemas de informação e forte investimento em capacitação gerencial acabam sendo apresentados, de forma bastante simplificada, como estratégias potentes o suficiente para enfrentar a complexa trama das relações que atravessam e constituem a vida organizacional.

A mesma racionalização observada na relação com os quadros funcionais do hospital se reproduz no tocante aos gestores do SUS. Dirigentes dos HEs e gestores federais (à exceção dos próprios gestores municipais e estaduais, que não reconhecem “sua deficiência”) atribuem peso significativo à falta de capacitação dos gestores locais do SUS para explicar as deficiências e fracassos da política de contratualização. Preconizam, como medida corretiva, mais cursos de capacitação de gestores. Esse aspecto, de certa forma, assume também caráter de fetiche, à semelhança do que ocorre com os sistemas de informação.

Evidencia-se que os atores implicados na condução e operacionalização da política ainda não se deram conta de sua complexidade e da necessidade de implementar estratégias de avaliação menos ortodoxas, mais consentâneas com as diretrizes e prioridades da política de contratualização e adequadas à enorme variabilidade das estratégias e ações que podem ser potencialmente contratualizadas entre o HE e os gestores do SUS.

Mudanças na formação e educação permanente

A contratualização teve baixo impacto no que se refere a esse terceiro eixo, considerado estratégico no marco normativo da política que pretende proporcionar mudanças em relação à formação e educação permanente de trabalhadores dos hospitais e da rede do SUS, por meio do trabalho multiprofissional, da diminuição da segmentação do trabalho e da implantação do cuidado integral.

Dirigentes dos HEs e gestores das três esferas de governo entrevistados avaliam que a política de contratualização proporcionou poucas mudanças no processo de formação e educação permanente. No entanto, são apontadas significativas melhorias nas condições de infraestrutura de ensino no interior dos HEs, como a ampliação dos

espaços para aulas e reuniões, laboratórios, bibliotecas e o acesso à internet, proporcionando aos alunos de graduação e residentes melhores condições de aprendizado. Os poucos avanços observados, entretanto, são atribuídos à indução desencadeada pelo processo de certificação prévio à contratualização, à medida que fazem parte dos quesitos observáveis pelos certificadores do MS e do MEC para a qualificação do estabelecimento pretendente ao título de HE.

A participação dos HEs na formação de profissionais da rede do SUS a partir da contratualização foi inexpressiva, segundo o relato dos dirigentes hospitalares. Nem ao menos iniciativas de desenvolvimento dos profissionais que atuam na área de urgência, uma das prioridades definidas para a política de contratualização, pode ser observada.

Os dirigentes hospitalares entrevistados lamentam que os gestores do SUS não demandem processos de capacitação e educação permanente para os profissionais da rede. Por vezes, destacam que, ao ofertarem vagas em cursos e outras atividades, os profissionais da rede e gestores das secretarias de saúde não demonstram interesse e adesão. Os HEs que colocaram metas em seus contratos relativos a esse eixo não conseguem cumpri-las e só não são penalizados porque, como já destacado anteriormente, as Comissões de Acompanhamento dos Contratos funcionam, de maneira geral, apenas formalmente. Os gestores da saúde, por outro lado, alegam que os HEs estão distanciados da realidade e necessidades do SUS, mas ao mesmo tempo não utilizam o contrato de metas para apresentar suas demandas e intervir nesse processo. Na prática, sua relação com o HE mantém-se restrita à dimensão assistencial, em particular à produção de procedimentos. É difícil identificar até que ponto esse quadro pode ser explicado pelo desinteresse ou fragilidade dos gestores do SUS ou pelo tipo de proposta de formação e educação permanente que o HE pode proporcionar, ainda muito distante da realidade e da necessidade da rede de atenção à saúde do SUS.

Observa-se que não há articulação entre a contratualização e outros processos induzidos por políticas que apontam para mudanças na formação em saúde, como o Prosaúde (BRASIL, 2007). Há uma desarticulação entre as mudanças propostas por tais iniciativas no campo da assistência, no processo ensino-aprendizagem e na utilização de novos cenários de ensino fora do ambiente hospitalar, tratadas como iniciativas

isoladas, embora tenham a graduação, o HE, a rede básica e os gestores do SUS como elementos em comum.

Deve-se destacar, ainda, a confusão conceitual sobre o que é Educação Permanente como proposto na contratualização. A verdade é que capacitação, educação continuada e educação permanente são tratadas pela maioria dos gestores do SUS e dos dirigentes dos HEs como a mesma coisa. A educação permanente, como formulação do MS, inspirada em parte nas orientações da Organização Pan-Americana de Saúde, prevê processos de longo prazo, com forte participação e protagonismo dos gestores e/ou trabalhadores, a partir de seus problemas cotidianos, com a pretensão de ir um pouco além dos processos formais de “capacitação” ligados à educação continuada, com enfoques mais pontuais e, em princípio, com menos potência para “transformação de práticas” como almejam os processos de educação permanente (CECCIN e FEUERWERKER, 2004; CECCIN, 2005). O discurso contido na proposta de educação permanente concebida pelo MS e expressa em diversos documentos oficiais orienta-se por um sentido ético-político-emancipatório bem definido e que dada sua especificidade, acaba sendo traduzido no cotidiano dos HEs e da gestão local como educação continuada, possuidora de um sentido mais “tradicional”, com ênfase em capacitações. Mais uma elemento que aponta para a distância entre discurso e a prática, como aponta a hipótese central da pesquisa. Apesar da ambição e do alcance pretendido pelas formulações oficiais, há uma pobreza da discussão na área, que, como não poderia deixar de ser, se reflete, também, na contratualização dos HEs, empobrecendo suas pretensões transformadoras.

Aqui se apresenta outro mito identificado ao longo da pesquisa: a aposta de que determinado modelo de formação em “gestão”, capaz de instrumentalizar os dirigentes para práticas mais racionais e científicas, seria a solução para todos os problemas da organização hospitalar. Para que esse objetivo fosse alcançado, ainda que em parte, a formação de gerentes precisaria ser muito mais refinada, com uma caixa de ferramentas conceitual muito mais fina e elaborada, para dar conta da complexidade da organização hospitalar.

Mudanças nos processos de produção de conhecimentos e incorporação tecnológica a partir das necessidades do SUS

O estudo nos permite afirmar que, entre os quatro eixos instituídos para a política de contratualização, esse foi, sem dúvida, o que menos avançou, não sendo possível identificar diferenças substantivas na lógica de produção de conhecimento e de incorporação tecnológica a partir da contratualização. Para os dirigentes federais entrevistados, essa afirmação pode ser generalizada para o conjunto de HEs contratualizados em todo o País.

Há uma enorme dificuldade dos gestores do SUS de reconhecerem e introduzirem, nas suas agendas, temas como a avaliação e a incorporação de tecnologias, a pesquisa e a produção de conhecimentos a partir das necessidades do SUS. Mesmo estabelecimentos de ensino apontados pelos dirigentes do Governo Federal como experiências referenciais na implementação da política de contratualização apresentam resultados reconhecidamente inexpressivos nesses aspectos. Há uma percepção generalizada de que a política não teve potência suficiente para disparar mudanças nesse eixo considerado estratégico para a construção de um novo papel dos HEs perante as necessidades da sociedade e do SUS.

A opinião de um dirigente hospitalar, que, pode-se dizer, reflete a visão geral dos entrevistados, é que a universidade já tinha uma baixa produção que *“não foi alterada e não desqualifica a contratualização”*.

Algumas tímidas mudanças observadas indicam o quanto o processo de certificação como HE, pré-requisito para a contratualização, teve caráter indutor de mudança bem mais marcante do que a proporcionada pela contratualização em si, em particular para os estabelecimentos hospitalares que não tinham uma boa organização interna. Tais mudanças restringiram-se à implantação de Comissões de Ética e Comissões de Estudos e Pesquisas e de diretorias de pesquisa no âmbito da estrutura responsável pela gestão dos HEs, numa tentativa da alta direção desses estabelecimentos em disciplinar e controlar a situação caótica vigente. Na visão de alguns entrevistados, a regulação de leitos pelo gestor e a criação das diretorias de ensino e pesquisa nos HEs permitiu a introdução de movimentos regulatórios da produção de pesquisas nas instituições, alterando o padrão anterior, marcadamente

ditado por interesses acadêmicos, de disciplinas e seus catedráticos. Cabe avaliar se certos “dispositivos”, tais como comitês de ética e diretorias de ensino e pesquisa, entre outros, seriam dispositivos internos à micropolítica com poder de condução de novas posturas, constituindo-se num caminho mais “micropolítico” a ser seguido.

As mudanças observadas estão restritas, pelo que foi possível observar, para além da implantação de diretorias responsáveis pela área de pesquisa, à implementação de setores de engenharia clínica no âmbito dos HEs. Após cinco anos de contratualização, são mudanças muito tímidas e, em parte, mais induzidas pela necessidade de responder aos quesitos do processo de certificação do estabelecimento hospitalar como HE do que propriamente ao processo de contratualização, como já apontado.

Evidencia-se, assim, mais uma vez, que os gestores do SUS restringem o papel e a importância dos HEs ao espaço de produção de internações e procedimentos assistenciais. Não reconhecem o potencial do HE como locus de produção de conhecimentos a partir das necessidades do SUS, ou, pelo menos, parecem não mostrar preparo e capacidade de formulação de uma nova política para o hospital universitário. Os poucos exemplos de avanços citados ao longo da pesquisa foram categorizados pelos entrevistados como exceções à regra. A pesquisa produzida no âmbito do HE continua centrada em lógicas distintas das “necessidades do SUS”, pautada pela priorização da pesquisa básica, por prioridades definidas pelas próprias corporações, às voltas com as exigências formais de produção voltada para publicações indexadas, que pouco valorizam as pesquisas aplicadas, ou, ainda, induzidas pelo financiamento farto da indústria farmacêutica e de equipamentos médico-hospitalares.

A situação também é desalentadora no que se refere à formulação de diretrizes para a avaliação e incorporação e gestão de tecnologias em saúde, incluindo critérios e procedimentos para seleção, aquisição e seu uso (equipamentos, medicamentos, insumos, procedimentos, etc.) previstos na política de contratualização. À exceção da implementação de áreas de engenharia clínica em vários HEs, como já referido, nada parece ter avançado. A incorporação de novos serviços e novas tecnologias continua sendo imposta por distintas lógicas, apartadas das necessidades do SUS. A captação de recursos oriundos de pesquisas financiadas pelo setor privado ou por meio de

convênios estabelecidos a partir de emendas parlamentares, sem discussão com os gestores do SUS e desarticuladas dos planos municipais ou regionais de saúde, não foi alterada nem sequer arranhada pela política de contratualização. Permanece, assim, o conflito entre gestores locais e o HE no que se refere ao financiamento do custeio de novos serviços e tecnologias incorporadas, sem a articulação que deveria ter sido proporcionada pela política de contratualização.

Outras questões para além dos eixos estratégicos

Poucas mudanças formais foram efetuadas nas portarias que regulamentam a política de contratualização desde sua criação. Mais substantivas foram as mudanças na sua condução por parte do Governo Federal. A maioria dos entrevistados avalia que a Secretaria de Atenção à Saúde, a área do MS que coordena a Comissão Interinstitucional e tem o papel mais decisivo sobre os rumos da política – político, técnico, financeiro e operacional – não demonstra interesse e não a prioriza em sua atuação junto aos HEs. A Comissão Interinstitucional parou de se reunir periodicamente em 2007. Por trás da suspensão de mais de um ano do funcionamento, está a queda de braço entre o MS e o MEC para definir quem financia a política (evidenciando que há também “micropolítica” no espaço de formulação das “macropolíticas”). De acordo com um dos dirigentes federais entrevistados, a grande dificuldade está na paralisia que toma conta da condução da política em âmbito governamental, explicando, em parte, suas dificuldades de implementação efetiva, pelo menos não com o alcance transformador originalmente imaginado.

“Não houve alteração dos rumos considerando a concepção original da política de reestruturação. A falta de implementação de alguns pontos de fato tem prejudicado os resultados almejados. Destaco: a deficiência no trabalho das Comissões de Acompanhamento; a gestão deficiente com falta de planejamento hospitalar, a falta da integração ensino e assistência; a ausência de uma política para a ciência e tecnologia dos hospitais de ensino; e o financiamento deficiente”.

Na esteira dessa lacuna, o MEC passou a advogar que, como os gestores não são sensíveis aos problemas dos HEs públicos vinculados às universidades federais, esses estabelecimentos precisam da mediação do MEC, sob a justificativa da “necessidade de garantir a pactuação do ensino”, mas que envolve claramente outros elementos, como o financiamento e a participação dos HEs federais na rede de alta complexidade.

De certa forma, o MEC assume a postura de se contrapor, em favor dos HEs, à postura adotada pela SAS.

A relação *público x privado* é destacada por vários entrevistados como ponto central na crise que atravessa a política de contratualização dos HEs, à medida que a SAS/MS claramente assume posição de privilegiamento dos hospitais filantrópicos que, a partir da certificação como HE, passam a gozar o direito de pleitear, em igualdade de condições com os HEs públicos, o credenciamento e participação nas redes de alta complexidade, consideradas as “joias da coroa” em termos de ofertas de serviços ao SUS em função dos padrões de remuneração, considerados muito atrativos.

Mais discussão...

É inegável que a política de contratualização dos HEs instituída pelo Governo Federal trouxe benefícios concretos para esses estabelecimentos que viviam até então grave crise financeira e organizacional. A face mais visível dos avanços proporcionados pela contratualização é, sem dúvida, a mudança no perfil de financiamento dos HEs, resultando em equilíbrio econômico-financeiro e o enfrentamento do endividamento crônico a que se submeteram os HEs ao longo de anos de subfinanciamento e outras mazelas organizacionais. Permitiu, ainda, um saldo organizativo para o HE e o sistema locorregional de saúde, à medida que melhorias no processo de regulação do acesso dos usuários do SUS foram observadas em todos os casos estudados.

Outros pontos destacados como avanços advindos da contratualização parecem ser mais decorrentes das intervenções exigidas no HE para que pudesse cumprir os requisitos definidos para a certificação como HE, etapa prévia à contratualização, ou resultantes do sinergismo com outras políticas governamentais em curso, do que da contratualização em si, como aponta Lima (2009) em bem conduzido estudo sobre o mesmo tema, citado anteriormente, para quem:

“a contratualização reforçou e assegurou a manutenção de práticas e estruturas qualificadoras da assistência e da gestão já existentes, em particular o planejamento e a avaliação, o que não é suficiente, mas seguramente são condições favoráveis para a melhoria de desempenho”.

Entre outros resultados que apresentam marcadas convergências com a presente investigação, a autora identifica como impacto da contratualização sobre os

HEs por ela estudados a melhor inserção do hospital na rede, a melhor capacidade de gestão dos hospitais, e, em menor escala, a percepção de que houve melhoria da qualificação da assistência. São destacados, ainda, como outros benefícios advindos da contratualização a mudança da lógica de financiamento e de repasse de recursos, a melhoria do desempenho e o incremento da prestação de contas. Aponta, ainda, que:

“não se pode afirmar que a contratualização melhora a gestão, a assistência, a inserção do hospital na rede e o desempenho dos hospitais, porém também não se pode afirmar o contrário. Alguma melhoria na produção registrada nos sistemas oficiais de informação do MS e as opiniões livremente emitidas dos dirigentes sobre os benefícios advindos com a contratualização, inclusive acerca de seu impacto sobre as diretrizes de assistência e de gestão do referido Programa, são elementos favoráveis à contratualização”.

O ensino, a educação permanente, a pesquisa e a incorporação tecnológica são finalidades “esquecidas” da política de contratualização que não foi capaz, também, de proporcionar mudanças consideráveis em diretrizes estratégicas no que se refere à assistência e à qualificação da gestão.

A contratualização, que previa uma redefinição no papel do HE a partir das necessidades do SUS, foi precariamente implementada, mantendo-se a negociação entre gestor e prestador fundada na produção de serviços a partir da série histórica, modalidade que caracteriza o modo de relação convenial herdado da cultura “inampiana”, como pode ser visto fartamente nos casos estudados. Essa visão é corroborada por uma dirigente do MPOG, para quem a contratualização “*é uma nova política, mas não está sendo implantada conforme o papel*”.

A única estratégia efetivamente em curso para monitoramento de uma política que envolve cerca de meio bilhão de reais, anualmente – apenas em incentivos à contratualização –, é o processo de certificação, que tem papel indutor de mudanças, principalmente no momento que antecede a certificação do estabelecimento como HE, quando os atores envolvidos tendem a desencadear mudanças estruturais e comportamentais para enquadramento no conjunto de recomendações e normativas da política. São mudanças restritas, entretanto, como pode ser fartamente observado nas entrevistas com os dirigentes governamentais e dos HEs, como a estruturação de comissões internas, estratégias de humanização, instituição de pequenos mecanismos de regulação da pesquisa, entre outros, que não se colocam objetivamente em confronto com as questões de fundo que colonizam o HE, em particular aquelas que

estão no âmbito da instituição acadêmica e da instituição médica.

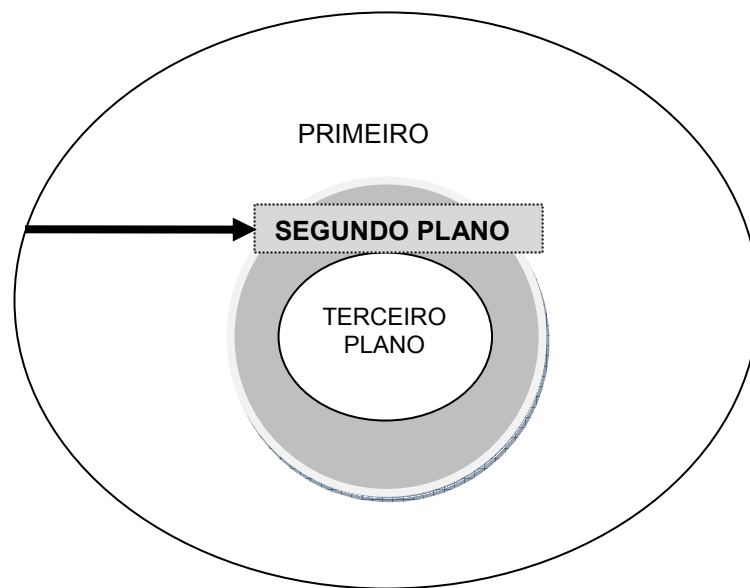
Os gestores locais do SUS e o Governo Federal não desenvolveram, transcorridos mais de cinco anos da implantação da política, nenhuma metodologia sistematizada de monitoramento da contratualização que pudesse fornecer elementos para avaliação, controle e redefinição dos rumos dos contratos de metas e da própria política de contratualização. Portanto, o formal e precário funcionamento das comissões de avaliação dos contratos não é um achado isolado, observável exclusivamente no âmbito da gestão local do SUS. Essa lacuna não deixa de constituir, por si só, importante elemento avaliativo. E nos convida para adentrar o necessário segundo plano analítico...

CAPÍTULO 8

SEGUNDO PLANO ANALÍTICO:

As apostas implícitas na formulação original da política:
indicações para uma melhor compreensão dos limites de seus
pressupostos teóricos e conceituais

As apostas implícitas na formulação original da política:



No capítulo anterior, procuramos caracterizar possíveis mudanças nos hospitais de ensino transcorridos cinco anos de implementação da política de contratualização.

O presente capítulo destina-se à discussão e análise do grau de alcance das apostas contidas na política de reestruturação dos HEs, concebidas com forte intencionalidade por seus formuladores, embora não necessariamente explícitas no discurso e nos documentos normativos, orientadores e operacionais que lhe dão embasamento.

Vale a pena, então, neste momento, retomar a definição que Matus (1991) dá ao conceito de aposta para explicitar um sentido um pouco diferente de sua utilização neste segundo plano analítico. Para o autor:

*“O governante pode decidir sobre as variáveis que controla, mas muitas vezes **não pode assegurar resultados porque eles dependem de uma parte do mundo que ele não controla** (...) Esta dificuldade não desanima o*

homem em seu intento de governar a realidade mediante apostas que, tendo algum fundamento de cálculo, levam-no a anunciar os resultados de sua ação. A política exige compromissos que se expressam como anúncio de resultados. Um plano é um compromisso que anuncia resultados, ainda que tais resultados não dependam inteira ou principalmente do cumprimento desses compromissos.”

De fato, a análise que aqui se efetua parte da ideia de que um plano ou uma política sempre elaboram resultados desejados ou esperados que nunca serão plenamente alcançados. Ou seja, há um grau de indeterminação ou imprevisibilidade na formulação de políticas que deveria ser sempre considerado por quem governa. Uma das críticas centrais de Matus (1997) ao planejamento tradicional ou normativo, de forte base economicista, é que a indeterminação e a incerteza nunca são explicitamente reconhecidas e, mais do que isso, jamais tomadas como objeto no próprio processo de planejamento, como ele pretende fazer ao elaborar a proposta do Planejamento Estratégico Situacional (PES). No PES, os elementos de indeterminação e incerteza são elaborados como partes constitutivas do próprio processo de planejamento.

Nisso, o conceito de aposta aqui adotado se perfila às considerações de Matus. A diferença, que não anula a convergência, é que, para ele, a incerteza da aposta advém basicamente da nunca garantida governabilidade necessária para a consecução das apostas. Neste estudo, para além dessa dimensão, está sendo destacado que as apostas se baseavam em determinado paradigma teórico-conceitual que padecia de dois problemas complementares: era insuficiente como formulação – era “simples” demais para enfrentar a complexa institucionalidade dos hospitais de ensino, como se tentará demonstrar – e, não foi sequer reconhecido e problematizado como tal em nenhum momento da formulação da política. É isso que tentamos deixar mais claro neste segundo plano analítico.

Para construir este segundo plano, **procuramos dar visibilidade para o conjunto de apostas que a política de contratualização fazia e que não era explicitado em nenhum de seus documentos oficiais.** Eram apostas implícitas exatamente por isso: **o plano dependia de que fossem apostas “vencedoras”, viáveis, razoáveis para que tivesse sucesso.**

Para construir a presente análise, selecionamos as seguintes apostas que

parecem ter tido muito peso quando da formulação da política:

1) Que haveria gestores, em todas as esferas de governo, com capacidade de implementar e acompanhar a política, protagonizando articulações políticas e promovendo os ajustes necessários;

2) Que as instâncias colegiadas e de controle social propostas teriam protagonismo e competência para o acompanhamento efetivo da política;

3) Que a utilização intensiva da informação, em bases lógicas e racionais, seria condição necessária e suficiente para dar suporte para o acompanhamento e ajustes necessários da política;

4) Que haveria sistemas locais de saúde que garantissem tanto as atividades de atenção básica como de atendimento de urgência e emergência, permitindo que os HES desempenhem o papel de serviço qualificado de referência;

5) Que haveria a continuidade e atualização permanente da política por parte do Ministério da Saúde, em particular o perfil de financiamento que conseguisse manter o impacto inicial dos recursos financeiros;

6) Que haveria uma capilarização das diretrizes e princípios da política de contratualização, conseguindo a participação, envolvimento e adesão do corpo funcional dos hospitais;

Procuramos, a seguir, analisar cada uma dessas apostas, apresentando e discutindo os achados do campo de investigação (o que se viu na prática) e suas consequências.

Primeira aposta: *que haveria gestores, em todas as esferas de governo, com capacidade de implementar e acompanhar a política, protagonizando articulações políticas e promovendo os ajustes necessários.*

Na prática: pudemos observar como estão precariamente constituídas as equipes gestoras do SUS. Os quadros pertencentes às equipes de gestão estaduais e municipais são insuficientes do ponto de vista quantitativo e, de maneira geral, muito

frágeis sob o aspecto qualitativo. Com frequência têm dificuldade de entendimento da própria política. Uma característica marcante da ação desses gestores é o pragmatismo na busca de soluções mais imediatas para os problemas assistenciais, em particular a garantia de acesso aos serviços de urgência e emergência e aos procedimentos de média e alta complexidade. A rotatividade dos quadros em função das mudanças políticas nos governos estaduais e municipais resulta, frequentemente, em muita descontinuidade na condução da política em âmbito local. Chama a atenção a desresponsabilização desses gestores estaduais e municipais na administração de recursos oriundos da esfera federal, atribuindo ao Ministério da Saúde a responsabilidade pelo aperfeiçoamento do sistema e até mesmo por um conjunto de medidas que, em princípio, estariam sob sua alçada. É nítida, ainda, a dificuldade dos gestores no manuseio do contrato e dos termos operativos, limitando sua ação à lógica burocrática já estabelecida. Os gestores “reais” têm dificuldades para compreender que a ampliação da oferta de serviços, para além do simples aumento do teto financeiro passa, necessariamente, pela qualificação da regulação, pela redefinição do perfil assistencial do hospital, mudando seu modo de produzir o cuidado e sua integração com a rede do SUS. Para justificar a dificuldade em lidar com a incorporação tecnológica e a produção de conhecimentos de acordo com as necessidades do SUS, utilizam invariavelmente como justificativa as limitações do financiamento, as deficiências dos sistemas de regulação estadual e municipal, os “acordos” informais entre gestores e dirigentes dos HEs, inclusive porque expressam que qualquer controle mais rigoroso poderia resultar em fechamento de serviços insubstituíveis e muito necessários para as populações locais.

As dificuldades, entretanto, não se restringem aos gestores estaduais e municipais. Na esfera federal, outras dificuldades foram observadas, tais como a descontinuidade política na SAS e na SGETS, a difícil articulação entre o Ministério da Saúde e o MEC, a paralisação por mais de dois anos dos trabalhos da Comissão Interinstitucional, a pouca participação e o descompromisso da Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos/MS, do Ministério da Ciência e Tecnologia e do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão na condução da política.

Há um evidente aligeiramento na implementação da política, sem o desenvolvimento de estratégias consideradas chaves para o seu sucesso, como o

sistema de monitoramento/acompanhamento.

Outro aspecto digno de nota é a colocação em plano secundário pelo Conass e o Conasems da agenda produzida pela política de contratualização.

Como consequência: é necessário reconhecer que não houve uma atuação de atores estratégicos para o sucesso da política, no caso os gestores estaduais e municipais, na dimensão idealizada nas formulações originais, resultando no que estamos designando como “um jogo de atores ausentes”. Os gestores não conseguiram – ou não têm conseguido cumprir – o papel fundamental de acompanhamento, monitoramento e, principalmente, de atualização da política, em função de características e necessidades locais, dando-lhe o sentido de uma “estratégia em processo”. Em uma perspectiva mais otimista, poderíamos dizer que tudo seria apenas uma questão de tempo, de mais capacitação dos gestores, explicação, por sinal, frequentemente evocada pelos entrevistados. Uma visão mais crítica, entretanto, apontaria que razões mais “estruturais”, em particular o modo de funcionamento do Estado brasileiro e sua ligação orgânica com os sistemas partidário-eleitorais, e o próprio desenho muito centralizado da política, seriam impedimentos mais difíceis de serem enfrentados e estariam nas raízes das dificuldades na implementação da política. Sem dúvida, é preciso reconhecer o quanto esses atores “reais” – e não os idealizados pela política – apresentam inegáveis competências para enfrentar o complexo e desafiador cotidiano dos hospitais, quase sempre se valendo de um saber operatório penosamente aprendido em suas práticas. No entanto, o estudo apontou com muita força o quanto seus modos de agir, pensar e produzir a política estão longe do que foi idealizado pela política da contratualização. De novo, a questão é saber se se trata de uma “questão de tempo” para que eles, afinal, se transformem a ponto de executar as funções, os modos de agir e atuar como pensado pela política (se “funcionalizem”), ou, pelo contrário, temos indicações de que as coisas são mais complexas, mais divergentes, quando levamos em consideração as contingências locais, as diferenças, em particular os múltiplos valores, sentidos e protagonismos de uma gama imensa de atores envolvidos na política.

Segunda aposta: *que as instâncias colegiadas e de controle social propostas teriam protagonismo e competência para o acompanhamento efetivo da política.*

Na prática: a Comissão Interinstitucional para Reestruturação dos HEs, reunindo os diferentes atores sociais envolvidos na busca de soluções para a crise dos estabelecimentos hospitalares de ensino, foi capaz de conceber uma arrojada e pretensiosa política de contratualização que, pela primeira vez na história do SUS, ousou romper a lógica convencional e a modalidade de financiamento por produção de serviços. As portarias interministeriais que regulamentam a política, as diretrizes e regras contidas no processo de certificação e contratualização dos HEs e a própria mobilização que permitiu articular um conjunto de forças políticas que tensionaram o Governo Federal no sentido de destacar recursos e implementar a política de contratualização são frutos que devem ser atribuídos aos esforços da Comissão Interinstitucional. Não foi capaz, entretanto, de enfrentar desafios já previstos ao longo do processo de formulação da política, tais como instituir o processo de monitoramento, a sistemática de reajuste dos valores financeiros, enfrentar a já prevista predominância do eixo assistencial sobre os demais e desenvolver estratégias de apoio e fortalecimento aos gestores locais, à medida que a política inova a forma de relação entre os gestores e seus prestadores e, portanto, demanda um aporte técnico e político e sustentabilidade para essa nova lógica de gestão descentralizada. Nos últimos dois anos, entretanto, a Comissão Interinstitucional, coordenada pela SAS fragilizada e preocupada com outras prioridades, sequer se reuniu.

Além disso, as Comissões de Acompanhamento dos Contratos foram implementadas com caráter meramente formal, com representações de usuários e dos atores internos ao HE com baixa legitimidade ou tutelados pela alta direção. O monitoramento do cumprimento de metas contratualizadas não acontece na prática e não há consequências objetivas quanto ao não-cumprimento de metas e responsabilidades acordadas entre as partes. Algumas Comissões dependem, para se reunir, da iniciativa dos dirigentes do HE. A maioria dos gestores não percebe a importância e acaba não se utilizando – ou mantendo apenas em caráter formal – esse dispositivo de gestão. Já os Conselhos Gestores, previstos como obrigatórios para os HEs públicos, não foram implementados. A aposta no processo de ampliação dos

gradientes de transparência, de maior democratização e na gestão participativa efetivamente não se cumpriu, convidando-nos, mais uma vez, a pensar a política como um jogo de atores ausentes.

Como consequência: a paralisia na condução da política em âmbito federal é percebida e destacada pelos dirigentes hospitalares (principalmente) e gestores locais. O Governo Federal tem enorme dificuldade em avaliar a política e definir mudanças necessárias. No âmbito dos HEs, os compromissos e metas contratualizados são percebidos, quando muito, pela alta direção do HE e alguns gestores vinculados diretamente à área de regulação ou assessoria do secretário de saúde.

Não há uma apropriação e corresponsabilização dos diferentes atores envolvidos na formulação, implementação, avaliação e acompanhamento das mudanças que deveriam se consubstanciar em metas quali-quantitativas e compromissos entre as partes. A contratualização passa a ser utilizada como um dispositivo de implementação de mudanças já desejadas pela alta direção do HE, sem se constituir em um projeto de mudança coletivo, capaz de questionar os arranjos de poder existentes e constituir novos protagonismos, comprometidos com um HE que pudesse atender as necessidades do SUS nos quatro eixos definidos como prioritários.

Terceira aposta: *que a utilização intensiva da informação, em bases lógicas e racionais, seria condição necessária e suficiente para dar suporte para o acompanhamento e ajustes necessários da política.*

Na prática: a abundância de fontes de dados utilizadas no cotidiano não é capaz de suprir as necessidades dos gestores das três esferas de governo e dos dirigentes dos HEs no que se refere aos sistemas de informação. Reiteradamente, gestores e dirigentes hospitalares afirmam que não conseguem ter informações confiáveis, sequer para agir sobre questões básicas e elementares para o processo de gestão cotidiano de uma organização hospitalar; e, que o processo avaliativo da política de contratualização fica comprometido pela ausência de sistemas de informações eficazes, apesar dos inúmeros existentes já utilizados, inclusive concomitantemente (e, por vezes, de forma redundante). Diversas iniciativas foram tomadas no âmbito federal, tanto pelo Ministério da Saúde como pelo MEC e o MPOG.

Há uma promessa de disponibilização de um sistema de informações “tipo ideal” que não se cumpre. Iniciativas grandiosas e indicadas pelos próprios dirigentes dos HEs como pouco eficazes, como é o caso do SAHE, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, são apontadas como experiências referenciais e trazem em seu bojo a aposta de que os HEs se mobilizarão para a mudança e qualificação gerencial a partir da comparação dos resultados obtidos em relação a outros estabelecimentos hospitalares de ensino.

Como consequência: a ausência de sistemas de informações é utilizada como justificativa para a baixa capacidade de avaliação da política de contratualização, tanto pelos atores em âmbito local como pelos dirigentes da esfera federal.

Cria-se a expectativa – generalizada – de que um novo e potente sistema de informações será capaz de resolver todos os problemas e ampliar a capacidade de avaliação e controle sobre a complexa vida da organização hospitalar. Os sistemas de informação acabam se instituindo como fetiche para gestores e dirigentes dos HEs, numa perspectiva panóptica que se encaixa perfeitamente na lógica presente nas novas propostas mais racionalizadoras de gestão das organizações hospitalares.

Quarta aposta: *que haveria sistemas locais de saúde que garantissem tanto as atividades de atenção básica como de atendimento de urgência e emergência, permitindo que os HEs desempenhem o papel de serviço qualificado de referência.*

Na prática: o pressuposto de que docentes resistem pela manutenção de atividades de atenção básica no âmbito do HE para ensino de alunos e residentes não pode ser considerado o único determinante da baixa capacidade da política de contratualização em garantir o reordenamento da demanda de cuidados básicos para a rede básica de saúde. A desestruturação e a baixa resolutividade dos sistemas locais de saúde; a baixa cobertura e qualificação de UBS ou da Estratégia de Saúde da Família; a inexistência de outros prestadores públicos ou privados do SUS que absorvam a demanda de média complexidade ainda concentrada nos HEs; a enorme dificuldade para estabelecer mecanismos de contrarreferência para usuários atendidos nos setores de urgência, ambulatorios especializados e enfermarias do HE; a fragilidade das centrais de regulação do SUS; o vínculo e a confiança de parte da

população no cuidado diferenciado prestado pelo HE e que não encontra correspondência na rede básica; a perpetuação de um modelo de cuidado centrado no médico especialista e em procedimentos, com nítida vantagem nesses aspectos para o HE em relação à rede básica, entre outros aspectos, parecem ser decisivos, também, para a baixa capacidade de indução da política de contratualização na reordenação do perfil assistencial dos HEs e na sua integração com o sistema locorregional de saúde.

Como consequência: esse tema aparece como o ponto de tensão mais evidente entre os gestores locais do SUS e os HEs. Os gestores queixam-se que os HEs continuam atendendo a demanda que deveria ser redirecionada para a rede básica de saúde, embora grande parte acesse o HE por meio do serviço de urgência ou de pronto-atendimento. A introdução, em larga escala, de estratégias de acolhimento e classificação de risco (protocolo de Manchester, por exemplo) esbarram na dificuldade de integração e contrarreferência para a rede municipal. Parcela significativa dos altos dirigentes dos HEs sonha com a possibilidade de “fechar” a porta da urgência e relacionar-se com a rede do SUS apenas por meio de demanda referenciada, e, se possível, ainda assim submetida aos mecanismos microrregulatórios que atendam interesses variados (procedimentos vantajosos na lógica financeira; casos de interesse do ponto de vista acadêmico, questões pautados por lógicas corporativas das mais diversas, inclusive o desenvolvimento de pesquisas a partir dos interesses da indústria farmacêutica e de equipamentos, etc.). Dirigentes dos HEs desejam, ainda, diminuir a oferta de procedimentos de média complexidade (que compõem o pacote de remuneração garantida pelo incentivo à contratualização) e sonham em ampliar a produção de alta complexidade, paga por produção de serviços, que disputam ferrenhamente com outros prestadores.

Queixam-se, ainda, da demanda produzida pelos gestores do SUS, sem fim, que não permite ao HE dedicar-se àquilo que ainda entendem ser a tarefa primordial de um estabelecimento dessa natureza: o ensino e a pesquisa. Sob esse argumento, mas claramente procurando responder ao imobilismo do MS nos últimos anos e sua alegada preferência pelos hospitais filantrópicos na constituição das redes de alta complexidade, consideradas “a joia da coroa” no financiamento do SUS, o MEC passa a se articular em torno da defesa dos interesses dos HEs vinculados às universidades federais.

Quinta aposta: *que haveria a continuidade e atualização permanente da política por parte do Ministério da Saúde, em particular o perfil de financiamento que conseguisse manter o impacto inicial dos recursos financeiros.*

Na prática: a percepção de que houve uma melhoria na situação financeira dos HEs, em particular nos primeiros anos após a implantação da política, é generalizada. De certa forma, para muitos gestores e dirigentes de HE, o que importa na política de contratualização é simplesmente o maior aporte de recursos financeiros. As demais apostas que ela pretende induzir são efetivamente secundárias. Como não foram instituídas regras definidas para reajustes dos contratos, princípio fundamental na lógica de precificação de metas qualiquantitativas e arranjos contratuais que se consubstanciem em contratos de gestão da maneira engendrada pela política de contratualização, progressivamente o equilíbrio econômico e financeiro experimentado nos primeiros anos de contratualização foi sendo substituído por queixas contra o MS e incertezas quanto ao futuro da política. Reajustes praticados pelo MS em 2008 sequer foram repassados pelos gestores locais aos HEs.

Os estabelecimentos hospitalares de ensino tendem a diminuir a oferta de procedimentos de média complexidade (já incluídos no incentivo à contratualização) e ampliar a produção de alta complexidade (pagos por produção), movidos basicamente pela tentativa de promover o equilíbrio financeiro. Ao invés de reconstituir a mobilização política e reivindicatória observada em 2003 e 2004, que resultou na formulação e implementação da política de contratualização dos HEs, seus dirigentes preferem uma alternativa mais conservadora, que termina por reproduzir a lógica de financiamento baseada no pagamento por produção e não nas necessidades da população e do sistema locorregional de saúde.

Sob o argumento do desfinanciamento, resta inalterada a oferta de leitos para convênios e particulares em HEs públicos, que deveria ter sido totalmente suprimida após quatro anos da celebração da contratualização como HE, aposta que por sinal foi a que mais causou polêmica, disputas e resistências no processo de formulação da política.

Como consequência: há um clima de muita incerteza em relação ao futuro da política (o que atesta que esse ponto é de fato sua face mais visível). Há também a

tendência dos HEs (em particular os vinculados às universidades federais, sob a proteção do MEC) provocarem a renegociação dos contratos – seja pelo vencimento do prazo de validade ou por antecipação da negociação mesmo – apontando para a diminuição da oferta de procedimentos de média complexidade e menor participação do HE na atenção às demandas de urgência e emergências, consideradas deficitárias na lógica de financiamento do SUS. Ao mesmo tempo, buscam a ampliação da oferta de serviços de alta complexidade, que são pagos por produção e melhor remunerados.

Por outro lado, os reajustes disponibilizados pelo MS ao final de 2008 não chegaram necessariamente aos HEs, ampliando a perspectiva de não-observância do equilíbrio econômico-financeiro experimentado na etapa inicial da implementação da política.

No caso dos hospitais federais e estaduais persiste, ainda, a lógica de utilização dos recursos do SUS para pagamento dos gastos com pessoal contratados por meio de fundações de apoio, seja pela política salarial adotada para os servidores estatutários, completamente fora dos parâmetros de mercado, seja pelas restrições para contratações de servidores públicos. A contratualização não foi capaz de instituir metas voltadas para essa questão, cerne do desequilíbrio financeiro da maioria dos HEs públicos.

Sexta aposta: *que haveria uma capilarização das diretrizes e princípios da política de contratualização, conseguindo a participação, envolvimento e adesão do corpo funcional dos hospitais.*

Na prática: o desenho metodológico adotado para a realização do estudo, como já comentamos antes, não permite uma avaliação qualificada do grau de **capilarização** da política. Por um lado, foi possível perceber indicações, nas falas dos dirigentes e dos gestores, de resistências, incompreensões, conflitos, em particular por parte da corporação médica; por outro, alguns dirigentes simplesmente ignoram tais dificuldades, relatando um mundo de “colaboradores” e convergências de interesses entre os diferentes profissionais, expressando uma ideologia de colaboração e adesão à proposta. O fato é que, a forte ênfase no alcance de metas estabelecidas pela contratualização, acompanhada da “ameaça” de que o HE poderia perder recursos à

medida que deixasse de cumpri-las, foi utilizada em graus diferentes pelas direções dos HEs como estratégia para a consolidação de processos anteriores de racionalização da vida hospitalar. Tais processos tipicamente “topo-base”, normalizadores, controlistas, presentes na “modernização conservadora” experimentada pelos hospitais (e reconhecidos como tais pelos trabalhadores...) seriam, em princípio, diferentes dos processos ascendentes e participativos de planejamento pensados pela política, de modo a se constituírem em novos espaços cada vez mais capilarizados para novas e permanentes (re) contratualizações. O contrato formal, instituído entre o HE e o gestor do SUS, seria apenas um primeiro passo a ser desdobrado em uma “cascata de contratualizações”, constituindo um fundamental momento de “contratualização interna”, produzindo nova pactuação entre os dirigentes hospitalares, gerências intermediárias e os demais atores da organização (médicos, funcionários, docentes, residentes, alunos e usuários representados por conselheiros de saúde), capazes de gerar cumplicidade e compromissos, entre os atores sociais internos ao HE, aos princípios e diretrizes da política. Esta seria a capilarização pretendida pela política. Dessa forma, o plano diretor do hospital, o planejamento estratégico, a interdisciplinaridade, entre outras apostas, deveriam ser implementados em função da mobilização resultante do processo de certificação no primeiro momento – e na sequência – dessa “cascata de contratualizações” interna. Isso efetivamente não ocorreu.

Como consequência: o processo de planejamento e gestão manteve seus aspectos tradicionais, circunscrito, na maioria dos locais, à alta direção do HE. O processo de contratualização é desconhecido da comunidade interna que ignora e não se sente corresponsável pela consecução das metas contratualizadas. Não há enfrentamento ou a construção de estratégias para lidar com as relações de poder e as disputas e interesses que a instituição médica e a instituição acadêmica continuam a determinar no interior da organização, embora sua presença e os efeitos de sua ação sejam identificáveis. Pior, sob algum aspecto, e com a deterioração novamente da situação econômica dos HEs, atores internos ao HE passam a atribuir a esse “ente externo” indecifrável (a contratualização e o gestor do SUS) os males da organização. Por outro lado, o HE ainda se mantém como uma caixa-preta para a maioria dos gestores do SUS, já que o processo de contratualização produz ainda baixa

transparência e capacidade de compreensão da complexidade inerente a uma organização do porte do hospital de ensino.

Em resumo

Pode-se dizer que a **Grande Aposta** (implícita) da política de contratualização seria sua capacidade de contrapor-se ao gerencialismo de base estrutural-funcionalista que caracteriza a modernização gerencial conservadora em curso, inaugurando um processo de reforma estrutural dos hospitais em todo o País, com forte caráter emancipatório, baseado em referenciais do campo da Saúde Coletiva comprometidos com o SUS e novas perspectivas para a gestão.

Na prática, isso efetivamente não ocorreu. É inegável que a política de contratualização foi formulada sob uma perspectiva crítica aos modelos tradicionais de administração hospitalar, em particular a marcada ênfase nos processos participativos e na democratização da vida do hospital, com forte controle social, produzindo o radical alinhamento dos hospitais de ensino às necessidades do SUS, nas dimensões assistenciais, de pesquisa e produção do conhecimento. No entanto, o estudo aponta como, na prática, a condução da política terminou por assumir (ou ser “contaminada” por) vários elementos de modelos mais tradicionais de gestão hospitalar ou de suas vertentes de “modernização conservadora”, em particular a utilização de ferramentas racionalizadoras que visam ampliar a capacidade de gestão e controle e imprimir maior disciplinamento à complexa organização hospitalar de ensino.

O fato é que a imagem-objetivo de boa parte dos dirigentes dos HEs continua sendo a de alcançar a *acreditação*, enquanto a equipe dirigente do MS responsável pela formulação da política ousava pensar ser possível fazer da *certificação/contratualização* um processo mais amplo e ambicioso, de natureza fortemente política, ao pretender incorporar uma dimensão (micro) política muito mais complexa do que aquela que embasa os processos de *acreditação*, em particular a consideração de que a disputa, o dissenso, são partes constitutivas da vida organizacional e, que, inevitavelmente, devem ser tomados como objeto da gestão em saúde. O estímulo à gestão colegiada em todos os níveis é a mais forte tradução de tal

concepção.

Como consequência, as apostas que os formuladores da política acreditavam fazer numa perspectiva transformadora, vinculada às concepções herdadas de correntes críticas do campo da Saúde Coletiva, comprometidas com princípios éticos e políticos como a publicização e a democratização da gestão, a gestão participativa, a educação permanente, etc., acabaram, em boa medida, reduzidas a um discurso espantosamente homogêneo dos dirigentes hospitalares, que idealizam uma instituição hospitalar que, um dia, funcionará perfeitamente bem e de acordo com todas as “conformidades” estabelecidas pelas poderosas organizações acreditadoras. Em relação à direção dos hospitais, observa-se a preocupação com a adoção das ferramentas e de um modo de gerir o hospital calcados em uma lógica instrumental, normalizadora, com forte orientação topo-base, descompromissada em promover processos internos de cunho mais participativo e ascendente. Isso talvez possa ser explicado pela conhecida autonomia das “bases” do hospital e o forte protagonismo de seus trabalhadores, em particular dos médicos (e, no caso dos HEs, dos médicos-professores), de modo que **o que as direções dos hospitais mais desejam, de fato, é aumentar o controle, a visibilidade e, em última instância, sua governabilidade ou a possibilidade concreta de conduzir a vida do hospital.** Mesmo que seja pela utilização de modelos de cunho aparentemente mais “participativo”.

Além disso, chama a atenção como, de maneira geral, gestores e dirigentes apontam que as mudanças observadas nos HEs após a contratualização terminariam ocorrendo com ou sem esse processo porque estão inseridas e potencializadas por outros movimentos de racionalização da vida hospitalar que atuam sinergicamente à política de contratualização.

Resta, neste ponto, fazermos a interrogação do quanto **a política de contratualização, em princípio formulada a partir de uma concepção mais emancipatória, crítica e política, não continha, ela própria, marcados elementos funcionalistas/funcionalizadores.** Tais elementos poderiam ser identificados na pretensão de uniformizar/homogenizar e estabelecer modos de funcionamento, de avaliação e controle, de prestação de contas, de capacitações, de definição de perfis e competências, para **todos** os hospitais, conforme estabelecido nos seus quatro eixos estratégicos. São elementos muito acentuados na política de contratualização, e de

marcado caráter racionalizador.

O que o estudo aponta é que a reforma, quando aplicada no mundo real, apreendida por atores concretos no contexto da micropolítica, acaba sofrendo importantes alterações em relação à proposta original. A política de contratualização tem uma característica marcante, ou mesmo definidora, que é de ser uma proposta totalizadora ou totalizante, afinal vista como “totalitária” por vários atores, seja nos espaços de gestão, seja nos hospitais. “Totalitária” porque pretende dar conta de tudo ao mesmo tempo, ter soluções e propostas para todas as dimensões da vida organizacional e mesmo para os sistemas de saúde, formulados a partir de uma posição de “exterioridade” que é, em si, problemática, tendo em vista a densidade da micropolítica organizacional.

Algumas conclusões neste segundo plano analítico...

Como já apontamos antes, a adesão e o desempenho dos gestores municipais e estaduais na condução da política de contratualização dos HEs, bem como sua atuação, não têm sido compatíveis com os pressupostos e responsabilidades que lhes foram atribuídos. Há uma percepção de que não existe o gestor potente e qualificado idealizado para garantir o êxito da política de contratualização. Um dos problemas é que na formulação das políticas os formuladores sempre idealizam os atores. Pensam em “funções” e acreditam que os atores reais executarão aquilo que se pretende que eles realizem.

A expectativa de que uma nova racionalidade gerencial seria capaz de “superar” todos os conflitos e disputas a partir de uma política governamental, sem considerar a complexidade da micropolítica do HE, não se concretizou, não alcançando o conjunto de transformações pretendidas pela política, que, afinal, almejava, nada mais, nada menos, que **inventar o novo hospital de ensino** (com certeza a aposta implícita que engloba todas as demais). O conjunto de dispositivos propostos na política, quando muito, foi apropriado por algumas direções dos hospitais para ampliar, consolidar ou simplesmente legitimar projetos de mudança já em curso.

A democratização almejada, a construção de espaços em que os atores sociais implicados na política pudessem participar, contribuir, criticar e disputar seus projetos,

descentrando o processo diretivo da esfera da alta direção ou do poder acadêmico instituído para novos espaços de cogestão, efetivamente, após cinco anos de implementação da política, não se consolidou. O processo de contratualização envolve vários atores que disputam seus projetos *em ato* na micropolítica dos HEs, mas percebe-se que, se de algum modo a contratualização permitiu fortalecer o grupo de alta direção, ela não foi capaz de propiciar a inclusão efetiva de novos atores no processo de pactuação do HE, por exemplo, transformando os vários espaços coletivos de acompanhamento e participação em territórios de disputa e de realização de parte substantiva da política organizacional. E isso não se dá por falta de capacitação ou de instrumentos gerenciais mais ou menos adequados, como propugna uma concepção funcionalista prevalente, que enfatiza soluções do tipo “capacitação”, criação de manuais, etc., que, até certo limite, podem trazer alguns impactos, mas é preciso reconhecer que há mais complexidade nisso tudo. Torna-se necessário, portanto, ter claro se o limite da política de contratualização é uma questão de “tempo de maturação” ou, ao contrário, é um problema mesmo de lógica, concepção e formulação.

A análise das apostas implícitas da política e dos seus diferentes graus de realização, permite afirmar que, e sem negar que em alguns HEs a contratualização parece ter produzido mudanças no sentido de “arrumar a casa”, é patente a dificuldade dos vários atores institucionais envolvidos, sejam eles os gestores ou as direções dos hospitais, em lançar um olhar mais micropolítico sobre os HEs e a contratualização.

O estudo mostra como a política de contratualização acabou se constituindo no “jogo dos atores ausentes”, indicando, talvez, o quanto os projetos formulados pelo Movimento Sanitário, mesmo quando generosos e arrojados, concebem atores idealizados que nunca comparecem e/ou atuam como o esperado. O jogo real quase sempre assume outra conformação quando se trata da implementação de políticas governamentais. Trata-se de um jogo mais fino, mais local, mais contingente, mais complexo do que as fórmulas de representação e participação que têm sido concebidas e propostas.

Por isso tudo é que é possível afirmar que a política de contratualização apresenta forte viés estrutural-funcionalista, de base racionalizadora, com forte ênfase

na padronização de processos, no aumento da visibilidade e responsabilidade de todos os setores (e atores) do hospital, na busca incessante pela previsibilidade e regularidade das atividades hospitalares, tanto nas áreas de apoio como nas áreas assistenciais, e a busca incessante por crescente capacidade de avaliação, acompanhamento e controle, através do uso intensivo e cada vez mais sofisticado da informação, com suas possibilidades quase infinitas com o avanço da informática.

Tal modo de se pensar a gestão persegue a sinergia entre graus crescentes de eficácia das ações, segurança no ambiente hospitalar e satisfação dos usuários, com a eficiência máxima dos recursos aplicados no hospital. Para tanto, buscam uma “funcionalização” da força de trabalho através dos processos de recrutamento, socialização, capacitação que resultem em “colaboradores” mais “governáveis” e alinhados aos projetos e interesses da direção superior.

A “funcionalização” da força de trabalho hospitalar pode ser caracterizada como fruto da combinação da não-estabilidade no trabalho (setor privado) ou da perda da estabilidade (setor governamental, via terceirizações em curso), com políticas de emulação do tipo “participação”, estímulo à produtividade e competitividade entre as várias unidades, e a mobilização de estratégias de gestão manipuladoras da “cultura organizacional” (sentido de pertença, orgulho da organização, etc.).

Por outro lado, os arranjos de participação, democratização e controle idealizados pela política de contratualização com os HEs, fortemente inspirados na produção de autores que enfatizam a necessidade de “constituição de sujeitos coletivos”, através da horizontalização e democratização das relações entre trabalhadores, usuários e gestores (CECÍLIO, 1994), encontram dificuldades em sua operacionalização e parecem não conseguir uma nova lógica de gestão e de funcionamento mais visível e transparente. Os canais de decisão e de poder são outros, são menos visíveis, mais informais e escapam às configurações mais formais. Os arranjos formais pensados são muito formais mesmo e não conseguem induzir uma lógica de funcionamento mais visível, como pretendido pelos dirigentes (CECÍLIO e MENDES, 2004).

O HE teima em escapar à lógica desejada pelos seus gestores, em particular o de ser reorganizado a partir de uma “lógica SUS”, com critérios de equidade no atendimento a partir do estabelecimento de fluxos mais racionais interserviços de

saúde, sempre se utilizando de critérios racionais, claros e pactuados. Tensionado por uma demanda que escapa aos mecanismos regulatórios, constituída a partir de diferentes interesses, na maioria das vezes conflitantes, o desejo de organizar o mundo do hospital a partir de ações gerencialistas defronta-se com as complexas relações de poder, em particular o poder do docente/médico, nem sempre conseguindo produzir um enfrentamento com a instituição médica, em alguma medida modificando os espaços de poder instituídos até então. Afinal, o discurso de que a oferta foi tomada de assalto pelo SUS e capturou toda a possibilidade de ensino na organização hospitalar sequer é verdadeiro, à medida que uma parcela significativa dos leitos ainda é ocupada a partir de diferentes lógicas que interessam à corporação médica, movida por interesses privados, acadêmicos ou pela disputa de poder e projetos que se estabelece na micropolítica.

Não há como deixar de destacar que o tema da “gestão do cuidado” – os processos mais micropolíticos da organização dos trabalhos das equipes – não foi enfrentado no processo da contratualização, mesmo reconhecendo, mais uma vez, que o recorte do estudo não permitiu observar com mais proximidade os espaços de organização do trabalho e produção do cuidado.

Mesmo em relação à regulação, parece haver uma ambiguidade entre ser considerada como um dos pontos de maior acerto da política, e, ao mesmo tempo, serem reconhecidas dificuldades na sua implementação efetiva, à medida que ainda sobrevive um componente importante de autorregulação no HE, escapando de uma “lógica de sistema”. A questão que se coloca é: pela natureza do hospital e o modo como os médicos atuam, pelo menos nas atuais condições históricas, seria possível sua heterorregulação (pelo gestor) plena? Isso seria de fato conveniente? Uma parcela de autorregulação, a despeito das conhecidas iniquidades que pode gerar, não poderia ser considerado como um elemento positivo da gestão do cuidado?

Aparentemente, cada hospital estudado ao longo dessa pesquisa apresenta algum “fetiche”, ora representado pelo sistema de informações que tudo resolverá, ora pela capacitação em gestão hospitalar dos gestores que trará um novo padrão de gestão e qualidade. Há sempre o mito de “ferramentas” que, se apropriadas, abririam os segredos do hospital. Uma espécie de caixa de pandora moderna.

Já há uma discussão clássica na Teoria Geral da Administração, em particular a

elaborada por March e Simon (1970), sobre o “mito” da racionalidade na decisão, mostrando que os processos de decisão são apenas parcialmente racionais e significam a “melhor decisão”, sendo, quase sempre, as decisões possíveis.

Tomando por base avaliações efetuadas por pesquisadores e instituições governamentais a partir de experiências internacionais com arranjos contratuais, Lima (2009), em estudo já citado anteriormente, identifica uma série de obstáculos (todos também presentes em nossa pesquisa): baixa autonomia gerencial dos prestadores, insuficiente capacidade de gestão do contratante e do contratado para lidar com a lógica contratual, e, financiamento insuficiente para implementação e manutenção da lógica contratual. Cabe destacar, ainda, as recomendações/exigências apontadas pela autora (também presentes na avaliação dos gestores e dirigentes hospitalares entrevistados): desenvolvimento da capacidade de regulação e gestão do Estado contratante e da capacidade de gestão do contratado, implantação de sistemas de informações sobre prestadores e população a ser atendida, desenvolvimento de sistema de monitoramento e avaliação, o uso de sistema de incentivos para a unidade hospitalar e suas equipes, adequadas estimativas de recursos para implantação e manutenção da lógica contratual, ênfase na negociação, cooperação e comunicação entre as partes contratantes, articulação entre planejamento e arranjos contratuais, formulação de uma política de contratualização¹⁴.

Segundo Lima (2009), a estruturação gerencial ou capacidade de gestão já existente da secretaria e do hospital, a continuidade administrativa da cúpula dirigente tanto da contratante como da contratada, a integração preexistente do hospital na rede de serviços e a participação das equipes do hospital desde o início da negociação da contratualização são aspectos facilitadores dos arranjos contratuais. Já entre as dificuldades, destaca a insuficiente capacitação gerencial dos gestores e do hospital para lidar com a lógica contratual, em especial com o processo de elaboração, negociação, monitoramento e avaliação do Plano Operativo Anual dos HEs, a ausência e/ou insuficiência de informações, a insuficiente negociação que se expressa no uso da ferramenta gerencial, a estimativa inadequada e insuficiente do financiamento da contratualização, a insuficiente integração do hospital com a rede, a não-adesão das

¹⁴ É preciso constatar que, sob certo aspecto, a experiência brasileira teve início pelo fim, ou seja, pela última recomendação aportada por Lima.

equipes do hospital e a inadequação da estrutura de incentivos (para o hospital e para as equipes assistenciais) e, por fim, a prevalência de aspectos culturais ainda dominantes relacionados à não-prestação de contas e à falta de foco no desempenho.

É inevitável reconhecer que a política de contratualização foi pensada como se pudesse ser “aplicada” em um campo neutro, esterilizado de atores ou com atores funcionalizados, como se o HE fosse uma folha em branco onde seria possível “grafar” suas diretrizes e seus dispositivos de operacionalização. Esta é uma aposta implícita na formulação da política que revela um forte viés funcionalista. Fica claro como esse é um campo produzido pelas relações de forças locais e que elas também “deformam” os vetores racionalizantes propostos pela política. Não que a política da contratualização ignorasse isso, **mas ela é formulada “como se”** os dispositivos formais de pactuação, de espaços de decisão colegiada e participativa, pudessem dar conta da complexidade dessas relações. Não dão. E é isso que se tenta compreender melhor no terceiro e último plano analítico.

CAPÍTULO 9

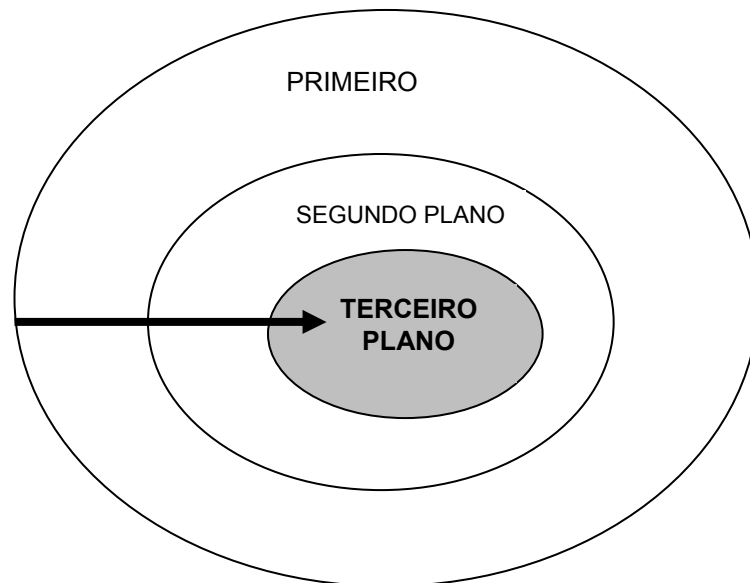
TERCEIRO PLANO ANALÍTICO: Elementos teórico-conceituais para uma melhor compreensão dos achados do estudo

“É preciso escolher entre a burocratização e o diletantismo administrativo e o grande instrumento da superioridade da administração burocrática é este: saber profissional especializado”

Max Weber, em “Economia e Sociedade”

“A razão abstrata se faz concreta na dominação calculável e calculada sobre a natureza e sobre o homem”

Hebert Marcuse em “Industrialización y capitalismo en la obra de Max Weber”



Percorridos os dois primeiros planos analíticos, entra-se agora no terceiro plano analítico, aquele no qual se busca um maior grau de abstração em relação ao empírico, visando encontrar fundamentos teóricos e as categorias analíticas que propiciem um entendimento mais aprofundado, tanto do processo de formulação como dos desdobramentos da política de contratualização. Pretende-se, neste plano, encontrar as possíveis conexões entre a singularidade do objeto estudado (a política de contratualização com os HEs), tanto com disposições, movimentos e fatos mais gerais da sociedade, como com determinado debate teórico do campo da teoria organizacional, almejando explicitar sentidos que não se apresentam tão de imediato ao se fazer a leitura dos dados obtidos em campo.

Este último plano está organizado, inicialmente, a partir de uma discussão sobre o conceito de razão, suas origens e horizontes¹⁵, buscando dar uma maior consistência ao conceito de “racionalização crescente das práticas médico-hospitalares”, situando-o na moldura mais geral do que tem sido denominado desde Max Weber como a “crescente racionalização da sociedade”.

Sobre o conceito de razão: origens e horizontes

Inicia-se este terceiro plano analítico com a pretensão de empreender uma análise filosófica sobre o conceito de razão, que, de alguma forma, contribua para uma melhor compreensão de alguns dilemas, movimentos e transformações que se observam na sociedade contemporânea, em particular aqueles relacionados com um **aparente irresistível processo de racionalização que vai se impondo em todas as dimensões da vida social**. Ou seja, pretende-se investigar o conceito de razão, buscando traçar uma breve história desse conceito, em particular no período que se denomina de modernidade e seus desdobramentos até os dias atuais. Com esse percurso, pretende-se dar um estofamento histórico-conceitual à afirmação de Habermas (1997) a propósito do conceito de razão, para quem razão *“é o tema fundamental da filosofia”*.

Para tanto, procurar-se-á, na primeira parte deste capítulo, apresentar os princípios que estão na base da atividade racional; discutir as aquisições proporcionadas pela ciência da natureza e pela filosofia do século XVI e XVII; e, apontando alguns elementos da problemática própria do Iluminismo, pontuar alguns elementos do debate contemporâneo. Tem por objetivo, também, abordar o tema da razão a partir da Teoria Crítica de Horkheimer, que se contrapõe à Teoria Tradicional, em particular a tese de que haveria um bloqueio estrutural na prática transformadora que impediria a realização dos ideais marxistas (a igualdade e a liberdade), assim como

¹⁵ Para a elaboração desta gênese da razão na modernidade, foi utilizado material didático produzido pelo filósofo Leandro Neves Cardim durante curso ministrado para os participantes da linha de pesquisa “Política, Planejamento e Gestão em Saúde”, do Departamento de Medicina Preventiva da EPM/Unifesp. O curso, desenvolvido ao longo do primeiro semestre de 2009, com os recursos da Fapesp, teve como título *“Sobre o conceito de razão: origens e horizontes”*, e tinha como “encomenda” a sistematização do debate em torno dos temas razão/racionalidade. Para a elaboração do texto, foram utilizadas anotações feitas durante os seminários, bem como apontamentos realizados a partir de leitura da bibliografia recomendada.

o abandono, posterior, que fazem deste modelo, em a Dialética do Esclarecimento, obra escrita com Adorno (ADORNO e HORKHEIMER, 1985), em que propugnam que a razão que opera no “mundo administrado” ou no “capitalismo administrado” é a razão “instrumental” própria à racionalidade burocrática. Procura-se compreender, ainda, por que **a razão se restringiu historicamente à função instrumental, a qual encontra no mundo administrado sua forma social concreta.** Neste contexto, são introduzidas as análises de Habermas, para quem interrogar essa aporia é colocar em risco o próprio projeto crítico, pois fragiliza a possibilidade crítica tanto em relação ao conhecimento quanto à emancipação. Habermas estabelece tanto uma ruptura quanto uma continuidade em relação ao modelo de Horkheimer e Adorno, amplia os temas da Teoria Crítica e encontra um novo paradigma explicativo, que funda um novo conceito de racionalidade nos termos de uma teoria de ação que faz conviver dois tipos de racionalidade: a instrumental e a comunicativa. Conclui-se esse itinerário com uma leitura das reflexões críticas de Kurz (2010), com uma leitura recortada e interessada de suas contribuições para o presente estudo.

Procura-se, com este sobrevoo sobre o tema, encontrar alguns elementos para uma melhor compreensão de por que o discurso racional foi alçado não só à condição do melhor de todos os discursos, mas o único que vingou na nossa tradição ocidental.

As origens

Uma das origens da palavra razão é a palavra grega *logos*, derivada do verbo *legein*, que significa reunir, ligar, juntar. É a faculdade intelectual do homem, considerada como sua característica específica. O primeiro sentido de *logos* é fala, linguagem, a qual é expressão do pensamento, mas tem um sentido que pode ser dividido em: a) *faculdade mental superior, sinônimo de inteligência conceitual e racional*, sentido aplicado desde sua origem. Pitágoras dividia a alma em duas partes, uma dotada de razão e incorruptível e a outra sem razão. Para Aristóteles, é o *logos* que conhece o universal objeto da ciência. Platão divide a alma em três faculdades: a razão (a melhor parte e que dá origem e dirige as demais, além de sobreviver após a

morte), o coração e a sensibilidade. Em Heráclito, o *logos* é a razão universal ou a alma que governa o mundo, eterno e incompreensível. Para os estoicos, a Natureza universal é a razão, princípio imanente e diretor da natureza; b) *o raciocínio*: um argumento (*logos*) em favor da vida terrena, para Platão, ou um raciocínio em favor da existência do lugar ou em favor da natureza do movimento, para Aristóteles; e, c) *o conceito*: sentido frequente em Aristóteles e define o que é falso como uma noção (GOBRY, 2000).

Outra origem para razão derivaria de *ratio*, do latim, verbo *reor* que significa calcular, contar. De acordo com Agostinho, é o olhar da alma ou a própria contemplação do verdadeiro, ou o próprio verdadeiro contemplado. Para Cícero, é a faculdade de pensar que distingue o homem dos animais, que lhe dá sentido, discernimento e capacidade de encadear e ver a causa das coisas, seus antecedentes. De acordo com Espinosa, a *ratio* se opõe ao apetite, à cólera e ao desejo porque julga de maneira justa. Assim como *logos*, a *ratio* possui duas faces: a) inteligência ou razão que raciocina; b) princípio de inteligibilidade ou razão do ser (FONTANIER, 2002).

A razão opera por meio dos princípios racionais. Princípio significa causa primeira das coisas. Em lógica, é uma lei fundamental do pensamento. Já para as ciências, é uma proposição primeira posta como fundamento de um raciocínio ou de uma demonstração. Em moral, é uma regra de conduta ou norma dos juízos práticos. Os princípios racionais são os princípios de identidade, o princípio de não-contradição ou de contradição, o princípio do terceiro excluído e o princípio de razão suficiente ou de causalidade, esse último formulado por Leibniz que afirma que nada se produz no mundo sem que exista uma razão suficiente para que seja assim, e não de outro modo.

O sujeito do conhecimento exerce duas atividades próprias à razão: a intuição e o raciocínio. O conhecimento intuitivo é direto, imediato, sem necessidades de demonstrações, argumentos e provas. A intuição é ponto de chegada e de partida. É um ato único que abarca por inteiro e de uma só vez o seu objeto, uma espécie de síntese de conhecimentos anteriores que permite ao sujeito cognoscente perceber, de uma só vez, e da maneira imediata, o todo daquilo o que está sendo conhecido, o que permite ao raciocínio dar início a uma nova cadeia de demonstrações. A intuição pode ser *sensível*, que diz respeito à nossa experiência no interior do mundo sensível, marcada distintivamente pela singularidade, ou *intelectual*, que capta o objeto em sua

universalidade e necessidade e pode ser transferida, uma apreensão direta e imediata dos princípios da razão que não podem ser demonstrados. Há, ainda, a intuição *valorativa* que prolonga a intuição intelectual e capta, também, o valor daquilo que está em questão.

O *raciocínio*, também chamado de *razão discursiva*, exige provas e demonstrações, pois há ligações entre vários atos intelectuais que formam cadeias que devem ser demonstradas e postas à prova, com critérios de generalidade e universalidade. Desdobra-se de três formas: dedução, indução e abdução. As duas primeiras levam do conhecido ao desconhecido, operando por cadeias de razão e conexões internas e necessárias entre ideias ou fatos. Já a abdução também é um raciocínio, mas não é propriamente demonstrativo. É uma espécie de intuição que não se dá de uma só vez, uma interpretação racional dos sinais, indícios e signos, chegando a uma conclusão apenas verossímil.

Se os gregos acreditavam que havia entre nosso intelecto e a verdade, entre o nosso ser e o mundo, uma participação direta harmoniosa, pois o corpo era nossa parte de natureza e o intelecto nossa parte divina, com o cristianismo e a noção de pecado original houve a separação entre o homem e Deus e, com isso, o erro e a ilusão se tornam parte de nossa natureza defeituosa. Ora, como podem os pecadores conhecerem a verdade? Como o finito pode conhecer o infinito?

Na Idade Média, a relação entre razão e fé (natural e sobrenatural) se tornaram estreitas. As **verdades da razão**, conhecimento que pode ser alcançado pela razão e **as verdades da fé**, conhecimento alcançado pela revelação, advindas do campo dos mistérios, são as duas maneiras de conhecer e mostram a divisão da razão, antes indivisa. Como a razão está sujeita a erros e falsidades e não pode haver contradição entre as duas e se houver, deve prevalecer as verdades da fé sobre as verdades da razão, o conhecimento racional se subordina ao conhecimento pela fé.

Assim sendo, a causa da verdade passa a ser a inteligência divina e a causa do erro e da falsidade a vontade humana. A verdade pode ser conhecida desde que a razão não contradiga a fé e se submeta a ela.

A modernidade¹⁶

A *filosofia moderna* não se contentava mais com essas respostas. Na Antiguidade, em particular em Aristóteles, o dado sensível (sensação e percepção) é muito importante no nível de fundamentação das verdades e o trajeto do conhecimento consistia em uma espécie de processamento do mundo sensível. Esse quadro predominava na Idade Média e é essa conformação histórica e conceitual que Descartes irá revolucionar. Nessas circunstâncias, não poderia haver demonstração rigorosa do tipo matemático. Sua superação é que dá surgimento à física matemática no estilo de Galileu, fruto da solidariedade entre o mundo sensível e a revolução que se operou no final do Renascimento.

A teoria do conhecimento surge tentando dar outras formulações às questões do conhecimento, buscando compreender como o conhecimento da verdade era possível e percebendo que as **verdades da fé** influenciavam a concepção de **verdades da razão**, levando os modernos a recusarem o **poder das autoridades sobre a razão**. Passam a separar fé e razão, criticam a autoridade da tradição, dos livros antigos e os ensinamentos das Escolas e atribuem a cada uma (razão e fé) um domínio próprio de conhecimento, sem relação de subordinação, examinando a capacidade cognitiva do homem e investigando a própria razão (daí a importância do sujeito do conhecimento).

Ao pretender abordar criticamente o mundo contemporâneo, torna-se necessário estabelecer certa comparação entre os resultados do processo histórico da modernidade com o projeto que se pode inferir dos objetivos daqueles que são fundadores. Bacon (1561-1626) e Descartes (1569-1650) se embasam na certeza de que há meios racionais (através dos quais se conhece a realidade em todos os aspectos) de emancipação do homem que devem ser investigados. Para eles, o conhecimento equivalia à emancipação porque propiciava o domínio da realidade. Não era no mundo material que a razão seria encontrada. **O homem tinha, por meio da**

¹⁶ A elaboração deste item toma como referência material didático produzido pelo filósofo Leandro Neves Cardim e a leitura de textos selecionados das seguintes obras: BACON, *Vida e Obra*; BACON, F. *“Novo Organon”*; DESCARTES. *Vida e Obra*; DESCARTES, R. *Regras para a direção do espírito; Princípios da Filosofia; Discurso do método; A metafísica da modernidade*; HUME, *Vida e Obra*; HUME, D. *Investigação sobre o entendimento humano; Sumário do tratado da natureza humana*; KANT, I. *Vida e Obra*; KANT, I. *Crítica da razão pura; Fundamento da metafísica dos costumes*; HEGEL, *Fenomenologia do espírito; Introdução à história da filosofia; Estética*; COMTE, A. *Vida e Obra*; COMTE, A. *Curso de filosofia positiva; Discurso sobre o espírito positivo*; BENOIT, LO. *Augusto Comte, fundador da física social*; MOTTA, MB. *Michel Foucault. Arqueologia das Ciências e Histórias dos Sistemas de Pensamento*; MARX, K. *Vida e Obra*.

razão, o poder de julgar o mundo e se tornar o seu senhor, tendo, como consequência, o domínio técnico da natureza.

São duas as características que marcam o início do pensamento moderno: a) o **caráter utópico de certas propostas de organização social do trabalho científico** que acompanham e ilustram a pretensão de domínio racional (como, por exemplo, a Nova Atlântida, de Bacon, que se contrapõe à República de Platão, uma representação literária do possível, escrita em 1627, que pensava um estado da civilização assentado na busca e organização do saber, capaz de trazer a felicidade, possível a partir dos seguintes pressupostos: a ciência é trabalho coletivo; é investigação empírica que nasce em contato com o real; e, tem sentido eminentemente prático, aumentando a duração da vida, curando doenças e fabricando máquinas; b) o modo como Descartes pretendia **integrar as várias partes que compõem a totalidade unitária do saber humano** (a sabedoria) visando a verdadeira felicidade, por meio das artes mecânicas que trariam domínio técnico da natureza, da medicina, que extinguiria as doenças e o domínio interno das paixões pela moral que levaria o espírito à serenidade (DECARTES, 1998). Assim, a noção cartesiana de sabedoria expressa a necessidade de totalização harmônica de todas as dimensões da vida humana.

Entretanto, ao se considerar a história da modernidade, observa-se que há uma incompatibilidade entre a autonomia da razão e a conquista da felicidade. Para Bacon e Descartes, nada deve se opor ao exercício da racionalidade que busca a felicidade e é isso que se observa no projeto de emancipação racional. Em seu horizonte está um projeto de realização da liberdade, que a história, no entanto, se encarregou de tornar falso.

Bacon, o primeiro dos modernos e o último dos antigos, precursor do método indutivo, experimental, em seu *Novum organum scientiarum* – obra escrita com a pretensão de ultrapassar a lógica aristotélica, centrada na dedução – anuncia a modernidade científica atribuída à observação e ao estudo dos fatos, pela ligação estreita entre ciência e a técnica. Preocupa-se em compreender a correspondência ou adequação entre nossas ideias e a realidade, examinando com cuidado as causas e as formas do erro que impeçam de alcançar a verdade. **Para agir sobre a natureza, é preciso conhecê-la e dela extrair as leis da mecânica. Vem daí a articulação entre a ciência e a técnica. A ciência se aplica nas máquinas e estas permitem descobertas.**

Descobertas científicas e inovações técnicas devem manter relações dialéticas. Classifica a ciência em três grupos, segundo a faculdade do espírito que está em jogo: 1) a filosofia, ciência da razão (englobada as ciências matemáticas e da natureza), 2) a história, ciência da memória; 3) a poesia, ciência da imaginação. **Depreende-se que é uma ciência posta a serviço do homem, ministro e intérprete da natureza, mediante a experiência ou a reflexão, em que ciência e o poder humano coincidem. Para tanto, a inteligência precisa de instrumentos eficazes que penetrem e dominem a natureza;** os instrumentos da mente são os experimentos, ligando a mente e o universo, permitindo interpretar a natureza, algo muito fecundo, já que os axiomas deduzidos com método e ordem fazem com que coisas novas surjam. Bacon propugna que é preciso eliminar as antecipações, purificando o intelecto de todos os ídolos (palavra oriunda do grego que significa imagem tomada por realidade ou fantasmas da verdade), para que haja uma tríplice crítica: das doutrinas filosóficas; das demonstrações extraídas de princípios errados; e, da razão humana natural (o bom senso que todos têm). Para tanto, elabora uma crítica aos ídolos: os *ídolos da tribo*, aquelas opiniões comuns que se formam em decorrência da natureza humana; os *ídolos da caverna*, provenientes da situação e natureza particular de cada um, de nossa psicologia individual, atribuídos em razão de sua natureza, educação, meio ambiente e leituras; os *ídolos do fórum*, erros atribuídos às causas do tipo da psicologia social, aos limites da linguagem e nossas relações com os outros; e, os *ídolos do teatro*, devido às doutrinas comuns, dos poderes das autoridades e sistematização abusivas dos filósofos e de seus argumentos demonstrativos.

A forma de exorcizar esses fantasmas (ou destruir estes ídolos) que deformam e falseiam as reflexões do espírito seria uma reforma dos conhecimentos, da sociedade e do intelecto, exigindo um método que possa aplicar a razão à experiência, organizando e controlando os dados recebidos por meio da observação e experimentação, organizando e controlando os resultados observacionais e experimentais e, por fim, desenvolvendo procedimentos adequados para aplicação prática dos resultados teóricos. A teoria dos ídolos teria um papel catártico, ajudando o homem a eliminar todas as suas pré-noções, o que ninguém tinha proposto até então.

Descartes, assim como Bruno, Kepler, Newton e Leibniz, mas mais do que qualquer outro, ajuda a demarcar a mudança no pensamento filosófico e científico do século XVI e XVII e o surgimento do mundo moderno em relação ao mundo antigo. De acordo com Koyré (2006), o que caracteriza esse período chamado modernidade é a superação do mundo como um todo finito e bem-ordenado, que possuía uma estrutura espacial comandada por hierarquias de graus de valor e perfeição e que manifestava, no limite, o espírito eterno e puro que descia até a matéria corruptível. Havia, em contraste, um universo infinito que rompia a hierarquia natural dos seres e era unificado pela identidade das leis que regem em todas as partes. Galileu submete tanto o mundo sublunar como o supralunar às mesmas leis, afinal o mundo é uno. Esta imagem do mundo foi construída a partir de uma perspectiva metodológica específica, a matemática, que se tornou um *corpus* integral com regras e linguagens especiais. **Vem daí, também, a imagem de uma racionalidade integral e transparente, já que o mundo deveria ser lido com um dicionário matemático** (GALILEU, 1999).

Descartes oficializa essa concepção no domínio da filosofia. No ideal cartesiano de ciência moderna, a ciência deve procurar, sobretudo, o bem-estar dos homens, por exemplo, pelo domínio da natureza (a construção de máquinas que facilitem o trabalho, por exemplo) e a saúde do corpo. Em O Discurso do Método (DESCARTES, 1973), trata do conhecimento verdadeiro e certo. Abre a primeira parte do texto com a famosa frase: *“o bom senso é a coisa do mundo melhor partilhada”*, admitindo que todos os homens, exceto os loucos, são dotados de razão, embora nem todos a apliquem de modo igual. Daí deriva a necessidade de um método que permita o acesso ao conhecimento certo e verdadeiro, entendido como *“regras certas e fáceis, graças às quais todos os que as observem exatamente jamais tomarão como verdadeiro aquilo que é falso e chegarão, sem cansar com esforços inúteis e aumentando progressivamente sua Ciência, ao conhecimento verdadeiro de tudo que lhes é possível esperar”* (Regra IV – Discurso do Método).

Entre as ideias verdadeiras, o famoso *cogito*, a certeza da consciência de si, princípio indubitável da filosofia, já que se pode duvidar de tudo, menos do próprio pensamento, pois duvidar é pensar, é existir como ser pensante, é o protótipo e o arquétipo da ideia clara e verdadeira. Esse autor sempre apresentou a matemática com fruto do método e não como o próprio método. O método consiste em ordem e

medida e se apresenta como um instrumento que ajuda a representar as coisas adequadamente e a controlar cada um dos passos, além do que permite deduzir ou inferir de algo já conhecido ao desconhecido. Portanto, dizer que o método é matemático não significa que ele use a aritmética, a álgebra e a geometria. O método quer ser uma *matesis universalism*, o ideal matemático, um conhecimento completo e perfeito dominado pela inteligência, que possui dois elementos fundamentais – a ordem e a medida –, que têm a função de produzir discernimento.

Bom senso, para Descartes (Primeiro Parágrafo de *O Discurso do método*), como já visto, é sinônimo de razão ou de faculdade de julgar. Para ele, o bom senso é a coisa melhor partilhada no mundo, a faculdade de distinguir o verdadeiro do falso. É também utilizado como Sabedoria, que ele não atribui a todos os homens de forma igual, pois é preciso aplicar bem a razão, através da utilização do método. Portanto, a única sabedoria humana a que todas as ciências se reportam é o bom senso, o qual é, simultaneamente, a sabedoria por intermédio da qual o homem se orienta na vida e a razão pela qual ele decide entre o que é verdadeiro e falso. Para ele, há três tipos de ideias: as *adventícias*, vindas de fora; as *fictícias*, fruto da imaginação; e, as *ideias inatas*, racionais e que já nascemos com elas. Essas últimas são como assinaturas do criador e só podem ser conhecidos por meio da “luz natural”. A razão é uma faculdade universal, especificamente humana e oferecida por Deus, mas subordinada ao uso respeitoso de regras precisas, de forma que o modo de operação da razão seja a produção e o estabelecimento da ordem nos conhecimentos e nas ações dos homens.

Descartes tinha, como Bacon, o ideal de uma filosofia teórica e prática, a partir da qual o homem se tornaria dono da natureza, oferecendo ao homem a oportunidade de fruir sem cansaço os frutos da natureza e a conservação da saúde. Seu *O Discurso do método* retrata o começo da modernidade exatamente à medida que instaura a era da razão.

Já Hume (1711-1776) critica a noção de substância espiritual e de causalidade em geral, na qual se fundamentavam os sistemas metafísicos do século XVII. Tanto ele como Locke (1632-1704), outro filósofo empirista, endereçam críticas às teorias de ideias inatas provenientes do cartesianismo. Para Hume, o sujeito não é mais uma substância, mas sim o autor do conhecimento. Locke advoga que é impossível provar que tais ideias existam e é preciso assumir que a mente é como um papel em branco

na qual as impressões sensíveis se depositam aos poucos e se transformam, depois, graças a determinações mentais, em conceitos e ideias gerais, o que explicaria porque temos conhecimentos universais e não apenas conhecimentos particulares. Assim, o conhecimento se estabelece a partir da experiência, provém da percepção do mundo externo (a sensação) ou do exame da atividade da nossa própria mente (a reflexão). Nada está no intelecto que não tenha estado antes nos sentidos. A partir dos dados da sensibilidade, o entendimento produz as ideias por meio de um processo de abstração. A experiência imprime em nossos espíritos as ideias, a razão as associa, formando os pensamentos (LOCKE,1991).

Hume vai na mesma linha ao criticar o inatismo. Divide as percepções da mente em duas classes, distintas por diferentes graus de força ou vivacidade. Defende que as ideias são lembranças de impressões. O material fundamental do pensamento são as impressões sensíveis e a variedade infinita de pensamentos se deve às diferentes maneiras de combinar as impressões, conformando uma relação direta entre impressão e ideia. Cada ideia exige uma impressão ou percepção viva que lhe corresponda. Para ele: *“A única maneira pela qual uma ideia pode ter acesso ao intelecto é a sensação efetivamente presente”* (HUME, 1980).

Descartes fundamenta os conhecimentos – substância e causa – que não são provenientes dos sentidos, de forma que se pode ter absoluta confiança na universalidade do conhecimento gerado por seu intermédio. Para Hume, é impossível que haja ideias de caráter universal afastadas de todo conhecimento sensível, que deve ser, portanto, reconhecida como base para as verdades científicas. Reflete, ainda, que as relações de causalidade só possuem a amplitude que têm porque temos o hábito de ver as coisas se repetirem. Assim, a causa não pode ser chamada de razão. Diz que as ciências nascem do hábito de associar ideias como consequências da repetição da experiência e os próprios princípios da racionalidade também são derivados da experiência: *“A razão não é, portanto, o guia da vida, mas o costume. Em todas as situações apenas ele determina o espírito a supor o futuro semelhante ao passado.”* (HUME, 1975).

Em síntese, de Hume se deduz um empirismo radical, no qual todos os nossos conhecimentos são provenientes dos sentidos e da experiência, são impressões. A crítica de Hume à metafísica clássica se baseava em dois pressupostos: que a realidade

em si existe e pode ser conhecida e que as ideias são conhecimentos verdadeiros da realidade porque a verdade é a correspondência entre as coisas e os pensamentos. Duas ideias que têm em Deus seu único fundamento, o qual garante a realidade de todas as coisas e dá ao homem o intelecto que conhece as coisas em si mesmas. Mas se como quer Hume, as ideias são associações, ou melhor, hábitos, a substância não passa de um conjunto de imagens e ideias que a consciência tem o hábito de associar por causa da semelhança entre elas. A ideia de causalidade também é um hábito. Assim, as categorias clássicas não correspondem a nada que existe na realidade, apenas nomes gerais com que os sujeitos nomeiam e indicam hábitos associativos.

Uma das características mais importantes do Iluminismo, o “espírito das luzes”, movimento de ideias que se desenvolve na Europa durante o século XVIII (mais especificamente de 1680 a 1780) e que conferiu fisionomia própria a toda uma civilização, em que se afirmam a independência e a maturidade do pensamento, é a reivindicação da **autonomia da razão**. O que o faz singular é exatamente a variedade de temas que são submetidos ao exame da razão que se quer autônoma. Os iluministas acreditavam que a razão poderia equacionar os problemas e encaminhá-los numa direção humanista, tomando o destino em suas próprias mãos, tendo por guia a razão. O cultivo do saber passa a ser proporcional ao da razão e a limitação da razão acompanha sua autonomia. Se esses limites não estão dados *a priori*, resulta na necessidade da ideia de progresso.

O século XVIII abandona a ideia de sistema tal como vinha do século anterior, ou seja, a totalidade gerada por dedução a partir de princípios, sendo substituída pela análise dos fatos particulares aos princípios. O que é dado é o fato. O princípio precisa ser encontrado pela análise, fruto da observação. O conhecimento – como processo a ser sistematicamente examinado – deve ser construído pela razão, a qual está ligada ao que o homem faz e não ao que o homem é em si mesmo. É resultado, portanto, da atividade sintética do sujeito.

Kant (1724-1804), filósofo da Ilustração, leva a cabo a crítica da metafísica a partir da teoria do conhecimento de Locke (que fazia a crítica cartesiana das ideias inatas) e da mecânica newtoniana, consagrando a primazia do método experimental e a fecundidade do procedimento analítico segundo o modelo mecanicista. Experiência e análise definem os elementos constitutivos essenciais de uma ideia de Razão que se

considera una e universal. A ambição dessa Razão é conquistar todos os domínios do saber humano e de tornar-se a norma de uma pedagogia que deve se estender para toda a humanidade. O progresso guiado pela Razão é constituído por uma certeza teórica de infalibilidade da Razão. Implica uma mudança operada pelo homem segundo fins racionais, medido pelo critério do melhor. São duas as coordenadas que definem o espaço da Ilustração: as luzes da Razão e o progresso.

Kant acreditava que seu tempo ainda não era o de uma época esclarecida: *“vivemos uma época de esclarecimento. Falta muito ainda para que homens, nas condições atuais, tomados em conjunto, estejam já numa situação, ou possam ser colocados nela, na qual em matéria religiosa possam fazer seguro e bom uso de seu próprio entendimento sem serem dirigidos por outrem (...)”* (KANT, 1990), mas a tarefa histórica e irreversível, já iniciada, era a emancipação da razão, uma responsabilidade inseparável e inerente a seu exercício. Autonomia e responsabilidade andam juntas na definição inicial de esclarecimento: *“Esclarecimento é a saída do homem da menoridade, da qual ele próprio é culpado. A menoridade é a incapacidade de fazer uso do entendimento sem a direção de outro indivíduo”*. O homem é responsável pelo uso heterônomo da razão porque é culpado de sua menoridade. Para que não pense a partir de outrem, sob pena de reproduzir seu pensamento, atribui valor à independência do pensamento, valorizando a autonomia e a liberdade. O significado ético da autonomia racional é a reivindicação da autonomia e ao mesmo tempo o anseio de liberdade.

Para Kant, o **uso público da razão** (liberdade de opinião e de debate) sinaliza que há certo exercício da liberdade. O **uso privado** é o que o sábio pode fazer de sua razão em certo cargo público ou função a ele confiado, pois quem tem um cargo público deve obedecer a ordens como se fosse peça da máquina do Estado, não deve raciocinar criticamente a propósito do funcionamento da máquina, assim como na hierarquia militar. O uso privado coincide com a definição de menoridade e heteronomia. É a esfera em que a opinião do soberano ou a razão de Estado deve prevalecer inteiramente sobre o indivíduo que deve manter absoluta passividade e obediência. Não há conflito entre os dois usos, sendo preciso mantê-los para preservar a integridade do Estado e a liberdade de consciência (o déspota esclarecido foi capaz de conviver com a rigidez burocrática de um estado militarista e autoritário com certo

pluralismo de opiniões). Já o uso público da razão deve se passar no “mundo letrado”, para garantir a tranquilidade pública. Para Kant, o esclarecimento do déspota é a condição para que a liberdade de pensamento no uso público da razão não subverta o Estado. A autonomia da razão em Kant é o tema da própria filosofia crítica, que redundava no uso prático da razão.

A partir da análise da revolução copernicana, Kant considera inatistas e empiristas como astrônomos geocêntricos. Toma como ponto de partida da filosofia a faculdade de conhecer ou o estudo da razão. Os objetos devem se regular pelo conhecimento e a ele se adaptam. O centro é a própria Razão. Seu método crítico é a análise reflexiva. A *Crítica da Razão Pura* ajuda a compreender tanto o sujeito como o objeto do conhecimento. O que se investiga é a faculdade da razão em geral. A preocupação é com o modo de conhecer, portanto, a razão é uma estrutura (universal e inata) vazia ou uma forma pura sem conteúdos, que depende da experiência que lhe fornece os conteúdos ou matérias do conhecimento para a razão. O conhecimento racional é, então, uma síntese entre as estruturas inatas e os conteúdos empíricos.

A razão é constituída por três estruturas *a priori*: **a) a sensibilidade** (percepção sensível, que possui o espaço e o tempo como propriedades); **b) o entendimento** (inteligência, que organiza os conteúdos enviados pela sensibilidade, por meio de um conjunto de elementos chamados categorias, que são instrumentos racionais através dos quais o sujeito organiza e conhece a realidade); e, **c) a razão propriamente dita**, que controla e regula as duas anteriores e que não está nas coisas, está em nós (daí a importância a revolução copernicana). É a razão subjetiva que garante a verdade tanto da filosofia quanto da ciência. O conhecimento não é reflexo do objeto exterior. É o próprio espírito humano que constrói, com os dados do conhecimento sensível, o objeto do seu saber. Além disso, conhecemos só os fenômenos e não as coisas em si mesmas.

Mas é só no domínio da moral que a razão poderá manifestar-se com toda a sua força. A razão prática, ou seja, a ética, deve ultrapassar tudo que seja empírico ou sensível para que ela mesma se realize. Em Kant, o imperativo moral não é hipotético, mas um imperativo categórico. Na ética racionalista há apenas um único sentimento que tem por si mesmo um valor: o sentimento de respeito. Este não é anterior à lei, mas é a própria lei moral, que autoriza ou proíbe este ou aquele ato que se tem

vontade de praticar. A moral de Kant, ao privilegiar a Razão humana, exprime sua desconfiança em relação à natureza humana. No rigorismo kantiano, a razão fala sob a forma severa do dever, porque é preciso impor silêncio à natureza carnal, submeter a vontade humana à lei do dever. O domínio da moral não é o da natureza, nem o da santidade, mas medido pelo esforço que se faz para submeter a natureza às exigências do dever. Daí sua conclusão: o problema político é um problema moral, a política não é prudência, mas sabedoria (aplicação imediata da lei moral). A razão conduz à emancipação política e otimismo e esperança aparecem até mesmo onde se fazem notar seus limites. É exatamente isto que será questionado pelos pensadores da “Escola de Frankfurt”. E é por isso que ela nos interessa neste estudo.

A Teoria Crítica da Escola de Frankfurt: os fundamentos de otimismo da modernidade postos em xeque¹⁷

Dando-se um salto deliberado sobre diversos pensadores que também poderiam contribuir para a discussão sobre o tema da razão (Marx, Weber, Nietzsche, Freud, Foucault, entre outros), aborda-se a partir daqui a Teoria Crítica, termo cunhado por Horkheimer em 1937, que, com Adorno e Habermas, membros do Instituto de Pesquisa Social, são expoentes da Escola de Frankfurt. O instituto tinha a obra de Marx como referencial central para a investigação científica; o marxismo e seu método (o modelo da crítica da economia política) era o crivo para as análises científicas, a partir de um trabalho coletivo interdisciplinar entre vários ramos do conhecimento, um mergulho na especialização, mas que procurava garantir a unidade (no horizonte do marxismo) para os resultados da pesquisa, projeto que ficou conhecido como “materialismo interdisciplinar”. Esses autores queriam pensar ou compreender o fim do sonho revolucionário, a vitória do totalitarismo, do nazismo, do stalinismo e, para o que interessa centralmente no presente estudo, da sociedade tecnocrática. Para eles, tudo isso estava **diretamente relacionado à constituição do**

¹⁷ À semelhança do anterior, este item toma como referência o material didático produzido pelo filósofo Leandro Neves Cardim e a leitura de textos selecionados das seguintes obras: HORKHEIMER e ADORNO. *Teoria Tradicional e Teoria Crítica*; ADORNO e HORKHEIMER. *Dialética do Esclarecimento*; HABERMAS, J. *Técnica e Ciência enquanto “Ideologia”*.

conceito de Razão, pois é no exercício de um determinado modo de racionalidade que eles viam o nascimento do que pode ser chamado de irracionalidade.

A racionalidade científica passou a dominar os processos sociais com uma racionalização crescente, à maneira positivista. Para Horkheimer, o valor de uma teoria deve ser diretamente proporcional à sua relação com a práxis, compreensível se estivesse aliada as formas de revolução. Porém isso não ocorre e ciência e técnica estão a serviço do capital. O fascismo é para ele expressão da sociedade que não tem mais escrúpulos e na qual impera a tecnocracia. Sob a influência de Marx, a Teoria Crítica faz a crítica da sociedade em que vivia, identificando que o mundo humano se tornou o mundo do capital, vindo daí a exigência de emancipação e de um comportamento crítico com face à dominação da natureza e do homem. Trata-se de emancipar o homem da dominação vigente, para instituir uma sociedade livre e justa. Para isso, a Teoria Crítica faz o diagnóstico do presente (o comportamento crítico), em busca de um prognóstico sobre a direção que deveria tomar o desenvolvimento histórico, implicando em certa concepção de ações que levam à emancipação.

O campo teórico em que se situa a Teoria Crítica se reporta a três momentos distintos. O primeiro, da década de 1930, com os escritos de Horkheimer, retomam alguns elementos teóricos fundamentais do marxismo e os utilizam para analisar seu momento histórico. A obra de Marx é crítica em relação ao pensamento utópico e ao pensamento que se julga neutro e defende a objetividade, representados, respectivamente, pelo socialismo utópico e a economia política clássica. O primeiro, por atravancar a transformação e pleno desenvolvimento do capitalismo (que leva em si o germe de sua destruição) até as condições necessárias para sua superação e por tirar o foco real das possibilidades de construção de um verdadeiro socialismo. O segundo, por considerar o capitalismo falsamente fundamentado em regras naturais que regulariam a troca, mas que se funda no lucro originado na mais-valia, extraída da força de trabalho e apropriada pelo capitalista, como dado e, portanto, eterno. A Teoria Crítica não pretende explicar como as coisas funcionam, mas o funcionamento concreto das coisas tendo em vista a emancipação que se encontra no horizonte da existência concreta, bem como desvendar as razões que bloqueiam esta emancipação. Seus dois princípios são **orientação para emancipação e comportamento crítico** e devem ser compreendidos como interiores à própria relação social – teoria, portanto,

inscrita no mundo real que pretende se distanciar dele ao elaborar um diagnóstico do presente. Para Horkheimer, não se trata mais de dizer que o movimento proletário é o único que salvará o mundo com sua revolução. O importante é vincular, novamente, teoria e prática não mais fora de suas tensões.

Nos escritos da década de 1930, ele se vale de inúmeras disciplinas científicas e especialidades (materialismo interdisciplinar) para fazer o diagnóstico do tempo presente. Três elementos fundamentais balizam o texto “Teoria tradicional e teoria crítica”: **a) análises econômicas**, as transformações do capitalismo concorrencial para uma fase monopolista que exigiu a intervenção do Estado para estabilizar o mercado, identificada pelo economista F. Pollock ; **b) estudos empíricos**, que levam Horkheimer à conclusão de que houve uma importante diferenciação do proletariado, associadas a mecanismos psicossociais criados com o objetivo de dominação capitalista; e, **c) a ascensão do nazismo e fascismo**, indicando que a classe trabalhadora não tinha tanta resistência ao capitalismo como Marx pensava e a ampliação do controle social por meio do avanço dos meios de comunicação de massa e da indústria de entretenimento. Esses elementos, analisados em conjunto, levam à percepção de que os potenciais de emancipação estavam bloqueados, com a estabilização dos elementos autodestrutivos do capitalismo, a integração das massas ao sistema e a repressão a qualquer forma de contestação. Portanto, a ação transformadora estava bloqueada, exigindo-se uma revisão profunda do marxismo e reconhecimento do papel da teoria no processo de emancipação.

Se o cientista é um observador neutro dos fenômenos, abstrai as qualidades concretas dos objetos e o sentido inseridos nas relações sociais, ficando restrito aos elementos da cadeia causal, o que se reproduz nas relações humanas. Para Horkheimer, para separar o sujeito e o objeto, o que é conhecimento do que é ação, é que existe o método científico. O cientista, a partir daí, não valoriza nada, não age, só classifica e explica a partir de uma pretensa neutralidade. Se ele se deixasse interpenetrar pelas ações não seria um cientista, mas sim agente social carregado de pressupostos em nome dos quais ele age. Trata-se de reconhecer que a realidade social é fruto da ação humana que se dá em determinado contexto econômico e histórico e é ele que deve ser analisado para compreendermos as condições necessárias para a ação.

Propugna que o conhecimento não deve ser considerado fora do caráter histórico em que foi produzido. Produção e lucro são os eixos organizadores da sociedade capitalista, que por sua vez é dividida em classes. Isso a ciência não pode deixar de reconhecer. A produção tradicional da ciência é parcial, pois a produção científica tem uma posição determinada no funcionamento da sociedade, fazendo da ciência um instrumento de dominação. Cabe à Teoria Crítica situar a teoria tradicional em seu verdadeiro lugar (no contexto da sociedade produtora de mercadorias), fazendo com que tome consciência de sua limitação e para que não exerça a dominação de modo legitimado, “objetivo e neutro”. É o horizonte de emancipação que permite compreender o sentido destas distinções entre teoria crítica e tradicional. O comportamento crítico, como já apontado, pretende desbloquear e possibilitar a realização da liberdade e da igualdade que funda o horizonte de emancipação da sociedade.

A época em que viveram Horkheimer e Adorno não era fácil e a obra desses dois autores se expressa como uma filosofia de caráter radicalmente pessimista. Em uma segunda fase da Escola de Frankfurt, produzem a “Dialética do Esclarecimento”, escrito em 1944, durante o exílio nos EUA, na qual abandonam a economia política como centro do materialismo interdisciplinar e procuram elaborar um novo diagnóstico, percebendo que o capitalismo se transformara de tal forma que a possibilidade de concretizar a igualdade e liberdade não podia mais ser reproduzida. Até 1937, Horkheimer acreditava que, com o fim do nazismo, seria possível retomar a prática transformadora, o que não ocorreu. Nos anos 40, o diagnóstico era mais pessimista e apontava para o bloqueio estrutural da prática transformadora. Apoiava essa visão a implantação de variantes de economia planificada na União Soviética, na Alemanha e nos Estados Unidos, trazendo uma nova questão: por que a humanidade, ao invés de entrar em um estado verdadeiramente humano, se afundava de novo ou numa nova barbárie? Pollack, como já destacado, defendia a hipótese da ocorrência de uma mudança estrutural no capitalismo, com a intervenção do Estado na organização da produção, distribuição e consumo, tudo de forma planejada, um **“capitalismo de Estado”**, também denominado capitalismo administrado (por Pollock) ou **mundo administrado (para Adorno), um sistema fechado sobre si mesmo bloqueando**

estruturalmente a ação e a possibilidade da vitória sobre a injustiça. Um sistema controlado externamente pela política, marcado por uma racionalidade burocrática.

No interior do capitalismo administrado, o agente social está absolutamente sujeitado, ou seja, sem espaço para o comportamento crítico e a ação emancipadora. A própria realidade concreta não permite mais o discernimento das tendências de emancipação e **a racionalidade instrumental domina completamente a sociedade**, bloqueando o comportamento crítico.

Essa nova perspectiva de bloqueio estrutural da ação emancipadora é descrita pelos autores como ênfase na dialética do mito e do esclarecimento. Se o esclarecimento pretendia tornar o homem senhor e possuidor de si e da natureza, a razão se revela um instrumento de dominação. O mito retorna na forma de uma sociedade racional. E com ele o desencantamento prateado por Weber (2006). **A razão é a verdadeira responsável pela situação de dominação, é o próprio instrumento de dominação. É preciso investigar a estrutura da razão e sua relação com o projeto de dominação da natureza, procurando compreender o que levou a racionalidade humana a uma função de adaptação à realidade e à produção de um conformismo diante da dominação.** A ciência mais desenvolvida volta a engendrar a crença e a superstição (do mito) e engendra uma nova mitologia. Esse desencantamento do mundo se cristalizou no empreendimento técnico, não se trata de um engano teórico, pois se trata de uma alienação dos homens em relação às coisas. Trata-se de uma dominação tanto do plano do conhecimento quanto da filosofia e da ética.

Antes da ciência moderna (Bacon e Descartes) se constituir como arma para a intervenção nos processos naturais, os homens acreditavam intervir sobre eles por meio de feitiços. Adorno e Horkheimer advogam que o mito antecipa ilusoriamente o esclarecimento e que a intenção de dominar a natureza é mais antiga do que os meios técnicos apropriados para tal empreendimento, só erigidos no século XVII, mas que já residia no mito sob forma de um desejo de domar a natureza. Por um lado, o mito como antecipação da ciência da natureza, por outro, o caráter de repetição que liga o conhecimento científico ao mito. Por isso o mito já é esclarecimento e o esclarecimento se reverte à mitologia.

Tanto a relação com a natureza como a práxis estão imersas na barbárie. Isso não é um pessimismo absoluto, mas um mergulho naquilo que poderia proporcionar a reversão do esclarecimento unilateral, o que o tornaria dialético, ou seja, consciente *daquilo que não é*, ressaltada a importância da reflexividade do pensamento e dos conteúdos da experiência interpretados de modo crítico. Para Horkheimer e Adorno, a dialética seria o antídoto contra a ideologia dominante.

Habermas, importante intelectual de esquerda, assistente de Adorno e considerado o herdeiro da Escola de Frankfurt, ou da Teoria Crítica, desenvolveu uma investigação geral sobre uma sociologia geral e uma teoria da história inseridas no debate político sobre a essência e os fins da democracia. Sua **Teoria do Agir Comunicativo** tem por objetivo recriar o espaço crítico necessário para a emancipação. Tem por ponto de partida a Dialética do esclarecimento e a crítica que faz ao diagnóstico de bloqueio estrutural do agir emancipatório. Considera radical demais a aporia vislumbrada por Horkheimer e Adorno, que coloca em risco o próprio projeto crítico. Parte das linhas estruturais desses autores, mas propõe um diagnóstico de presente diferente do produzido por eles. Converte ao reconhecer que o capitalismo passou a ser regulado pelo Estado, a neutralização da emancipação pregada pelo marxismo em função da não-realização do colapso interno do capitalismo, nem da organização e reação do proletariado contra a dominação do capital. A diferença se apresenta no que se refere à saída proposta, pois propõe repensar o diagnóstico de bloqueio estrutural da ação emancipatória e ao comportamento crítico.

Para encontrar um novo paradigma explicativo, propõe abandonar o marxismo, impondo certos limites à análise de Adorno e Horkheimer, que empreenderam uma minuciosa investigação sobre o conceito de razão e as formas sociais de racionalidade e concluíram que a razão instrumental era tão predominante (do mito às ciências mais avançadas) que era a forma estruturante e única de racionalidade social no capitalismo tardio.

Habermas elabora uma nova teoria da racionalidade, apresentada inicialmente em sua obra *Técnica e Ciência como Ideologia*, escrita em 1968, e de forma mais elaborada em sua *Teoria da Ação Comunicativa*, em 1981, que contempla duas faces, uma **instrumental** e outra **comunicativa**. Para ele, não há predomínio da razão

instrumental, pois a evolução histórica e social das formas de racionalidade leva a uma diferenciação da razão humana nessas duas formas.

A *razão instrumental*, orientada para o êxito, em que o agente calcula os melhores meios para atingir os melhores fins definidos previamente. Trata-se do tipo de agir racional-com-respeito-a-fins em que “*a racionalização progressiva da sociedade está ligada à institucionalização do progresso científico e técnico*”. O autor associa a razão instrumental com o trabalho compreendido como ação dirigida à dominação da natureza e à organização da sociedade que visam à produção das condições materiais da vida e que permitam a coordenação das ações (a reprodução material da sociedade). Distingue trabalho e interação, entendendo o primeiro como o agir racional-com-respeito-a-fins, seja o **agir instrumental** (que se rege por regras técnicas baseadas no saber empírico), seja a **escolha racional** (regida por estratégias baseadas no saber analítico), seja a combinação dos dois, a **ação de caráter estratégico** (uma relação interpessoal, mas como tem caráter interpessoal, está orientada para a obtenção de um resultado e tem caráter instrumental).

A alternativa proposta por Habermas ao agir instrumental é a **interação**, a ação do tipo comunicativo orientada para o entendimento e não para a manipulação de objetos e pessoas no mundo em vista da reprodução material da vida. É nessa espécie de agir que se dá a reprodução simbólica da sociedade, agir que está inscrito na própria realidade das relações sociais em que vivemos (formação da identidade individual, instituições em que o indivíduo se socializa, processos de aprendizado, etc.).

De acordo com a predominância destes dois tipos de ação pretende classificar os sistemas e subsistemas sociais. Há, entretanto, a exigência de uma condição ideal que orienta para a ação que visa o entendimento, em que não poderia haver obstáculos para a comunicação entre os interlocutores, que paradoxalmente, só se realiza em condições de comunicação real no interior do próprio mundo. Toma, para tanto, os seguintes pressupostos: não pode haver assimetria entre os sujeitos da comunicação; é preciso ser um discurso argumentativo; não pode haver distúrbios que atrapalhem o entendimento. Justamente porque tais condições não são cumpridas e não ocorrem é que possibilitam o reconhecimento ou detecção dos obstáculos que impedem a realização da comunicação. Somente antecipando as condições ideais nas condições reais é que a ação do tipo comunicativo pode se dar.

A partir desse viés é que a emancipação pode ser inscrita no mundo social concreto. Portanto, a racionalidade é instrumental e comunicativa, duas faces necessárias e complementares. Quando extrapolam seus domínios próprios, tem-se as patologias sociais, detectáveis pela teoria crítica que procura apontar a ação correta.

Assim, para Habermas,

“a racionalização dos sistemas racionais-com-respeito-a-fins, o crescimento do poder de manipulação técnica não conduz por si só a um melhor funcionamento dos sistemas sociais, mas oferece aos membros da sociedade as chances de uma emancipação mais ampla e de uma individuação progressiva”.

A teoria da ação comunicativa diz respeito ao intercâmbio entre agentes sociais por meio da linguagem, logo, o que está em jogo é o intercâmbio comunicativo, remetendo a uma teoria da racionalidade que pretende dar conta do momento atual histórico, a modernidade, da expansão da racionalidade por todos os domínios da vida social. Na ação comunicativa, os participantes são sujeitos e regulam suas ações por normas de convivência, enquanto na ação estratégica cada participante é um objeto e suas ações são reguladas por regras de eficácia.

Na ação comunicativa, a interação social implica no uso específico da linguagem, que se especifica no entendimento mútuo. Suas unidades mínimas – “atos de fala” – são os enunciados linguísticos elementares. Isso implica uma reivindicação de validade que coloca em questão os obstáculos ao entendimento. Daí porque exige argumentos desenvolvidos de forma discursiva para se conduzir a um consenso racional. A racionalidade habermasiana não pretende ser a expressão de alguma entidade abstrata (a razão), nem um atributo da sociedade como um todo. É um processo que pode ser desencadeado pela disposição e pela capacidade dos parceiros de interação que sustentam discursivamente suas posições mediante argumentos. Se é verdade que Habermas não constrói um modelo explicativo para tudo e renega outras manifestações não racionais, outras racionalidades, acaba por propor uma tentativa audaciosa de **saída**, uma teoria centrada na ação, referida a uma dimensão significativa da interação social, que nos reenvia para o mundo da vida, a fonte da racionalidade. Vejamos, agora, novíssimas questões trazidas por um “herdeiro” da Escola de Frankfurt e suas contribuições para nossas reflexões.

A dominação sem sujeito

Robert Kurz, filósofo e ensaísta alemão que, partindo de uma corrente de esquerda marxista tradicional, e também reconhecidamente devedora aos pensadores da Escola de Frankfurt, ao desenvolver uma nova abordagem na análise dos problemas contemporâneos, nos incita com a seguinte questão: *"Porque é que, depois que inventaram as máquinas, as pessoas têm que trabalhar mais do que antes da existência delas?"* Nadando contra a corrente de certo pensamento hegemônico, Kurz diz que a elevada concorrência no mundo globalizado tem tendência a gerar uma deterioração nas relações humanas e que a revolução da informática representa um perigo para a sociedade por estar aliada a um sistema de produção que tende a criar cada vez mais desemprego. Para ele, a separação de funções é um retrato da divisão do trabalho na sociedade capitalista e propõe que o tempo economizado pelo aumento da produtividade se transforme em qualidade de vida. Para nossas reflexões, utilizamos, para isso, basicamente as ideias contidas do livro *Razão sangrenta: ensaios sobre a crítica emancipatória da modernidade capitalista e de seus valores ocidentais*, recentemente publicado no Brasil (KURZ, 2010). Para discutir a razão/dominação no mundo atual, ele parte da crítica ao que ele caracteriza com a redução grosseira da dominação a um cálculo utilitarista, que significa **"a redução grosseira da consumação da dominação a um sujeito autônomo da vontade"** (p. 218, grifos atuais). Para ele, tal *"redução deixa-se demonstrar praticamente à vontade na literatura marxista e de esquerda"* (idem). Segundo Kurz, *"a restrição do capital e de seu caráter nocivo a organizadores sujeitos da vontade e do interesse, não só constitui um grave erro teórico, senão que tem consequências práticas fatais. Com as veneráveis palavras de ordem de agitação contra a vontade maligna e o subjetivo cálculo utilitário dos dominantes, já não é possível apreender a efetividade progressiva nem se pode alcançar os sujeitos constituídos por essa mesma realidade. Salta aos olhos que o caráter autofinalístico e autodestrutivo da máquina capitalista suplantou o individualismo de quaisquer organizadores e proprietários"* (p. 218, grifos atuais) (...). Para ele, o argumento subjetivista servia à fase histórica de ascensão do capital,

quando trabalhadores ainda presos a esse invólucro social viam-se obrigados a se converter em sujeitos marcados pela mercadoria.

O conceito de **fetiche** assume lugar central nas reflexões do autor. Para Marx, o fetichismo provém do fato de que, devido às condições capitalistas de produção, as mercadorias são produzidas pelo trabalho do homem, mas se apresentam a eles como coisas estranhas, dotadas de vida própria. Partindo do conceito marxiano de fetichismo, Kurz desenvolve uma abordagem que o **amplia**. *“A ressignificação desse conceito de Marx por Kurz se dá pela ampliação da mercadoria, como trabalho humano ocultado ao se contemplar o produto pronto, para a existência contínua de matrizes sociais não tematizadas, que permitem entender a história humana até hoje como uma história da submissão dos homens a formas diversas de fetiche”* (REGATIERI, 2010, p.14-15). Para ele, a história até hoje decorrida pode, então, sob essa perspectiva, ser encarada como uma história de relações de fetiche, a história não como uma história de lutas de classes, mas, antes, como uma história de relações de fetiche. Nessa medida, e este é um ponto central do seu pensamento, *“o conceito de dominação não se acha mais simplesmente atrelado a relações exteriores de submissão entre certas pessoas, mas à **sujeição comum a relações formais alienadas e autônomas**”* (idem, p. 16, grifos atuais). E este ponto nos interessa.

Para ele, nunca houve sociedade sem formas de fetiche, pois a relação entre indivíduo e sociedade seria marcada por esse *“desencontro entre os “indivíduos sensíveis-sociais” e sua “forma negativa das constituições do fetiche”*” (idem, p. 17). Se, nas formações sociais dirigidas pela religião, o fetiche e o conjunto de crenças, rituais e interdições produzidos pelos homens são autonomizados no desenrolar do processo social, no capitalismo o “invólucro coercitivo” ao qual há que se dolorosamente se amoldar é o valor, a presente configuração de fetiche em que o indivíduo está envolvido. *“O indivíduo sob o fetichismo do valor constitui a forma do sujeito moderno”* (idem, p. 20). A noção de sujeito construída pelo Iluminismo significa já a individualidade abstrata do sistema produtor de mercadorias.

Apresentado o conceito de fetichismo de modo ampliado, Kurz apresenta sua reflexão sobre o que ele denomina de primeira e de segunda natureza humana. Enquanto a primeira diz respeito ao substrato biológico do homem e ao mundo físico circundante, a segunda natureza se refere aos sistemas simbólicos socialmente

produzidos. **Ambas têm em comum o fato de parecerem como algo externo aos homens, dotadas de leis próprias.** A constituição de uma segunda natureza implica uma certa libertação face à primeira natureza. Para Kurz, a liberação da primeira natureza se dá pela oposição do homem a esta como sujeito, mas como sujeito social. A questão é que *“se os sujeitos individuais ganham progressivamente consciência face à primeira natureza, a segunda natureza, o plano dos sistemas simbólicos permanece uma zona não tematizada”* (REGATIERI, 2010, p. 21). Os conceitos de fetiche e de segunda natureza permitiriam apontar que *“há algo que, por si mesmo, não é nem sujeito nem objeto, senão que constitui essa própria relação (...) Esse algo, a forma social plasmada irrefletidamente no íntimo dos homens, é a própria dominação em processo: a inexistência de sujeito não é, de seu lado, um sujeito que se poderia ‘dominar’, senão que constitui dominação, determinando-se, paradoxalmente, como algo a um só tempo próprio e estranho, interno e externo”* (idem, p.21).

É essa ideia que servirá como fio condutor das reflexões de Kurz e que alimentam a ideia de “dominação sem sujeito” e, na nossa opinião, representa o esforço de crítica (e superação) da racionalidade tal como vem sendo pensada desde o Iluminismo, que não conseguiria, segundo ele, superar a forma iluminista do sujeito. Para ele, nem o próprio marxismo, nem mesmo os pensadores da Escola de Frankfurt, apesar da indelével ligação do autor com ela, conseguem fazer tal superação. Segundo ele, por exemplo, Horkheimer tematizaria a dissolução do conceito de dominação de classes mediante o desenvolvimento real das próprias sociedades ocidentais, mas não conseguiria se *“desvencilhar da insistente **representação subjetivo-sociológica da dominação.** Esta se acha profundamente ancorada no pensar esclarecido ocidental, o qual, por princípio, **estabelece a ‘subjetividade’ como algo estranho e apriorístico.** Todas as relações sociais devem e precisam, de alguma maneira, ser derivadas desse sujeito literalmente quimérico, o qual permanece o ponto de partida e de chegada de todas as análises”* (KURZ, 2010, p. 232, grifos atuais).

E quais seriam as consequências gerais que decorreriam do conceito de dominação sem sujeito? Para o autor, tratar-se-ia de construir um conceito de emancipação que visasse não apenas a supressão da relação do capital como tal, mas da *“supressão da ‘pré-história’ em geral, isto é, da ‘pré-história’ naquele sentido marxiano, o qual encerra em si todas as formações sociais até hoje existentes, e,*

portanto, também a nossa” (idem, p. 281). Para ele, seria a superação da história das relações fetichistas comuns a todas as formações sociais preexistentes. Para tanto, seria necessário que “aquilo que até então se fiava num cego mecanismo de regras se veja obrigado a ser transferido à ‘consciência autoconsciente’ dos seres humanos, ou mesmo dizer, à autoconsciência” (idem, p. 291). Isto ocorreria, em termos práticos, “quando os processos sociais de decisão se referirem diretamente ao conteúdo sensível da reprodução, e não forem mais codificados e filtrados por uma forma inconsciente. Para lograr tal processo de decisão são necessárias, é claro, instituições (‘conselhos’, ‘mesas-redondas’, ou seja lá como se queira chama), as quais se organizem qual uma rede e estabeleçam (ao menos na era do processo de transformação social acolá da forma da mercadoria) determinados critérios de decisão” (idem, p.292).

Em resumo, seria a substituição de formas inconscientes de sociabilidade por formas mais organizadas e interconectadas de comunicação humana direta. Como ele próprio diz, *“No lugar da ‘forma’ inconscientemente codificadora, surge o ‘agir comunicativo’ (Habermas) dos seres humanos, os quais refletem, e, por conseguinte, organizam conscientemente sua própria sociabilidade e suas cadeias de ação social” (idem, p. 293).*

O mundo administrado

Retomemos agora, dos pensadores da Escola de Frankfurt, o conceito de **mundo administrado**. Nele, a razão passa a ser pura e simplesmente *a capacidade de adaptação a fins previamente dados de calcular os melhores meios para alcançar fins que lhe são exteriores, portanto, pautado por uma razão instrumental que a tudo domina e que passa a ser o único modo de racionalidade*. O mundo administrado se reduz a uma espécie de função de adaptação à realidade, que pode produzir o conformismo diante da dominação vigente.

Weber, com certeza, foi o autor que primeiro apontou para tal questão. Segundo Domingues (2002, p. 39),

*“Weber desenhou a modernidade como uma civilização na qual as racionalizações instrumental e formal adquiriram dominância e esvaziaram a vida social de sentido. A burocracia e o direito, a economia e a política foram postas **sob o feitiço desencantado de um processo de inevitável adaptação cada vez mais adequada**”*

dos meios aos fins e do pensamento dedutivo, que não percebe os conteúdos e situações específicas com os quais tem que lidar. Fôramos aprisionados em uma 'jaula de ferro' da qual não haveria saída (...)

A ampliação dos setores sociais submetidos a padrões de **decisão racional**, ou seja, a **racionalização progressiva da sociedade**, está ligada à institucionalização do progresso científico e técnico, que, penetrando cada vez mais amplos setores institucionais da sociedade, transformam as próprias instituições e antigas legitimações se desmontam. Max Weber destaca que esse processo de racionalização se estende à escolha correta entre estratégias, ao emprego adequado de tecnologias e à organização de sistemas de acordo com fins (no caso, com objetivos *estabelecidos* em situações *dadas*). Essa espécie de racionalidade subtrai à reflexão o contexto de interesses globais da sociedade – ao serem escolhidas as estratégias, empregadas as tecnologias e organizados os sistemas –, furtando-a a uma reconstrução racional ou, a uma despolitização do processo de racionalização em si (HABERMAS, 1997).

Do ponto de vista do presente estudo, interessa destacar como tais processos racionalizadores vão se impondo de um modo abrangente, a cada vez mais amplos setores da sociedade, dando a sensação de que *“o motorista saltou do trem, mas ele continua correndo em alta velocidade”*.

Como também aponta Habermas em outro estudo: *“Porém, uma vez desfeitas as relações internas entre o conceito de modernidade e a sua autocompreensão, conquistada a partir do horizonte da razão ocidental, os processos de modernização que prosseguem, por assim dizer, automaticamente, podem ser relativizados desde o ponto de vista distanciado do observador pós-moderno. (...) As premissas do esclarecimento estão mortas, apenas suas consequências estão em curso. Dessa perspectiva, uma ininterrupta modernização social autossuficiente destaca-se dos impulsos da modernidade cultural que se tornou aparentemente obsoleta; ela opera apenas com as leis funcionais da economia e do Estado, da técnica e da ciência, as quais se fundem em um sistema pretensamente imune a influências”* (HABERMAS, 2000, p. 6).

Para Saint-Pierre (1999, p. 133),

“A dominação em seu tipo burocrático tem duas consequências irreversíveis que levam Weber a uma visão trágica da história, pois se por um lado esse tipo fornecer uma maior precisão nas previsões, mais amplo espectro na aplicabilidade dos cálculos e uma crescente eficiência administrativa – todos estes elementos

necessários para dominar a acentuada complexidade das organizações sociais –, por outro lado sua natureza carrega uma inexorável perda da liberdade, tanto dos dominados quanto mais dos próprios executores do quadro administrativo, os ‘funcionários’.

Kurz lembra como Weber apontou adequadamente a dinâmica “objetiva” e destituída de sujeito próprias do processo moderno de burocratização, o qual se distancia das teorias habituais da dominação, por exemplo ao afirmar que “*o funcionário de carreira constitui apenas um membro particular, encarregado de tarefas especializadas, num mecanismo incessantemente progressivo, o qual lhe prescreve essencialmente uma rota de marcha [...]. Além disso, os dominados não podem, de seu lado, evitar nem substituir o aparato burocrático existente de dominação. **A ligação do destino material das massas ao modo correto de funcionamento das organizações capitalista privadas, estruturadas de uma maneira cada vez mais burocrática, aumenta continuamente, sendo que o pensamento acerca da possibilidade de sua desconexão torna-se, com isso, mais e mais utópico***” (WEBER em *Economia e Sociedade*, apud KURZ, p. 229).

Por outro lado, Kurz alerta para o risco de que, juntamente com o conceito de constituição fetichista, não apenas o antigo conceito subjetivo-esclarecido de dominação se tornaria obsoleto, senão que o próprio conceito de dominação. Para ele, isso é inaceitável, pois o fato da pressão (e repressão) realmente experimentada pelas pessoas não poder ser remetida a um sujeito determinado, sendo apenas “estrutural”, não mudaria em nada seu caráter, nem tampouco o fato de ainda ser digna de ódio. Alguns conceitos como “papel”, “estrutura” acabam sendo utilizados, segundo ele, com vistas à justificativas, à autojustificativa e ao autoapaziguamento dos portadores de certas funções de dominação. “*Que alguém ‘apenas’ faça o seu serviço, cumpra o seu ‘dever’, atue em conformidade com seu ‘papel’, entregando-se, ademais, às próprias ‘estruturas’, eis aí afirmações que há muito compõem o repertório padronizado da falsa e desviante legitimação do exercício do dominação*” (p. 254).

Carapinheiro (1998) reconhece esse fenômeno de racionalização crescente da sociedade em “tradução” específica para campo da gestão hospitalar, ao cunhar a expressão **racionalização crescente das práticas médico-hospitalares**. Tal processo seria caracterizado pelos seguintes elementos: a) *A medicina moderna como atividade que se integra cada vez mais na atividade econômica global, portanto suscetível de se*

constituir em alvo de avaliação de custo-benefício: o hospital-empresa; b) O hospital é peça central do complexo médico-industrial: atravessado por estratégias das indústrias de medicamento e equipamentos; c) Decisões cruciais para a vida do hospital tomadas em órgãos e instâncias externos; d) Decomposição do ato médico global em atividades isoladas, diversificadas e centralizadas pela organização hospitalar; e) A automação crescente; d) A terceirização de serviços; f) Deslocamento da relação médico-paciente para médico-organização; g) Especialização crescente da prática médica: hierarquização entre especialidades e novas interdependências técnicas e funcionais.

A década de 1990 foi rica em propostas e experiências de mudanças de modelo de gestão nos hospitais públicos e privados brasileiros (COSTA, RIBEIRO e SILVA, 2000; MALICK e TELES, 2001; SCHIESARI, 2003). No caso do setor público, as motivações para tal movimento foram as dificuldades gerenciais próprias da administração pública, em particular os complicados e burocratizados processos de provimento de todo o tipo de insumos para o funcionamento rotineiro do hospital. No setor privado, a busca da eficiência máxima, competitividade e sobrevivência em um mercado não só cada vez mais competitivo, mas também muito regulado/regulamentado por agentes externos, sejam eles as próprias operadoras de planos de saúde e suas estratégias de disciplinamento e controle dos prestadores hospitalares (MALTA *et al.*, 2004), sejam os órgão governamentais ou mesmo pacientes cada vez mais organizados e exigentes. Todas essas experiências têm em comum a busca de certo “padrão de funcionamento”, cujo padrão-ouro seriam os componentes e exigências dos chamados processos de acreditação, em particular, a forte ênfase na padronização de processos, capacitação de pessoal, adoção de protocolos de atendimento, que, se triunfantes, deixariam todos os hospitais muito parecidos entre si, já que buscam ou tentam se aproximar do mesmo padrão ideal ou idealizado de funcionamento (CECILIO, 2007a).

A política de contratualização, em sua operacionalização, vai encontrar esse “movimento racionalizador”, em maior ou menor grau, em todos os quatro HEs estudados, como o material empírico indica com tanta força. Mais do que isso, e esse é o ponto central que se quer destacar neste plano de análise, é importante ressaltar **o quanto a política de contratualização, mesmo sendo oriunda do setor público governamental, formulada a partir dos princípios do SUS, e claramente herdeira de um conjunto de princípios defendidos há décadas pelo movimento sanitário**

(articulação dos hospitais de ensino com o SUS, democratização da gestão, controle social, produção do conhecimento e incorporação tecnológica orientadas pelas necessidades de saúde da população), **ela própria é “contaminada” por um conjunto de conceitos, dispositivos, sentidos buscados por tais práticas racionalizadoras.** Quais seriam esses elementos? Antes de mais nada, a sua evidente adesão ao **agir-racional-com-respeito-a-fins**, no sentido habermasiano (FREITAG, 1986; ARAGÃO, 1997); do termo, **o que implica, objetivamente, em forte componente de heteronomia e controle, inscritas na própria lógica de tal tipo de opção.** Não se trata, aqui, de se fazer um julgamento moral, do tipo “do bem” ou “do mal”, mas, apenas reconhecer que **a política traz em seu “genoma” essa marca e terá que lidar com ela no complexo processo de interação e de sua realização nos processos micropolíticos hospitalares.** Podemos, neste ponto, apontar tal fato como *o achado central do estudo.* Mas defendamos um pouco mais nossa tese, explorando melhor os conceitos de sujeito e poder implícitos na política de contratualização, tentando caracterizar o quanto são evitados de elemento tipicamente estrutural-funcionalistas¹⁸.

¹⁸ O Funcionalismo é um controverso ramo da antropologia e das ciências sociais. Uma doutrina que pretende explicar aspectos da sociedade em termo de funções realizadas ou suas consequências para sociedade como um todo. **Funcionalismo** (do Latin *fungere*, “desempenhar”). Segundo as teses de Talcott Parsons, a sociedade e a respectiva cultura formam um sistema integrado de funções. Ao mesmo tempo que ocorria o choque da revolução behaviorista, desenrolava-se, nos domínios da ciência política, o processo de recepção das ideias de função, estrutura e de sistema, principalmente a partir das teorias gerais da antropologia e da sociologia. Nas ciências sociais, especificamente na sociologia e na antropologia sociocultural, o funcionalismo (também chamado análise funcional) é uma filosofia sociológica que originalmente tentava explicar as instituições sociais como meios coletivos de satisfazer necessidades biológicas individuais. Mais tarde se concentrou nas maneiras como as instituições sociais satisfazem necessidades sociais, especialmente a solidariedade social. O funcionalismo é associado com Émile Durkheim e mais recentemente com Talcott Parsons. Visto que a análise funcional estuda as contribuições feitas pelo fenômeno sociocultural para os sistemas socioculturais dos quais fazem parte, muitos funcionalistas argumentam que instituições sociais são funcionalmente integradas para formar um sistema estável e que uma mudança em uma instituição irá precipitar uma mudança em outras instituições; expressas por Durkheim e outros como uma analogia orgânica. O funcionalismo, nascendo como uma alternativa a explicações históricas, foi uma das primeiras teorias antropológicas do século XX, até ser superada pela análise estrutural-funcional ou estrutural-funcionalismo. O estrutural-funcionalismo tem a visão de que a sociedade é constituída por partes (por exemplo: polícia, hospitais, escolas e fazendas), cada uma com suas próprias funções e trabalhando em conjunto para promover a estabilidade social. O estrutural-funcionalismo foi a perspectiva dominante de antropologistas culturais e sociólogos rurais entre a II Guerra Mundial e a Guerra do Vietnã. Juntamente com a teoria do conflito e o interacionismo, o funcionalismo é uma das três principais tradições sociológicas. Uma função social é "a contribuição feita por qualquer fenômeno a um sistema maior do que o que o fenômeno faz parte" (Hoult 1969: 139) . Esse uso técnico não é o mesmo da ideia popular de função como um "evento/ocasião" ou uma obrigação, responsabilidade, ou profissão. (<http://www.acacio.kit.net/sociologia04.htm>, consultado em 12/01/2010).

Sujeitos e poder na política de contratualização: marcas do estrutural-funcionalismo

Kurz (2010) defende a ideia de que haveria uma dissolução das antigas e subjetivas teorias da dominação no interior das mais modernas tentativas do estruturalismo, do estrutural-funcionalismo e da teoria do sistema. Em tais abordagens, a sistemática falta de sujeito é francamente assumida e tematizada, *“não meramente como (lamentável) resultado histórico da modernidade, senão que, pela primeira vez, como verdadeiro princípio da pura e simples socialização humana”* (p.233).

Para Michel Foucault, ao conceito de “estrutura” corresponderia o conceito de “sistema”, quer como sinônimo, quer como postulado da *“totalidade’ das relações [...] que se conservam e se alteram independentemente dos conteúdos que elas terminam por unir”* (Frase de um entrevista de Foucault, citada por KURZ, p. 237).

Segundo Kurz, a teoria do sistema, sobretudo a partir de Talcott Parsons, não titubeia e tampouco possui qualquer escrúpulo teórico-subjetivo que a impedisse de dissolver o sujeito da dominação e, com este, o sujeito em geral, nas leis da cibernética de movimento consoante aos “sistemas”, de modo que o **mundo social poderia ser descrito como uma máquina de relações privada de sujeito**, logrando compreender o ponto de partida do Esclarecimento apenas como uma ideologia obsoleta e pré-científica. (p. 237).

O que KURZ alerta é que,

“para a teoria do sistema, toda crítica à dominação é tão sem sentido quanto uma crítica à circulação sanguínea ou à evolução. Já que todo tipo de relação sempre engendra, com necessidade lógica, um sistema de relações para além daqueles que se correlacionam, inacessível em sua própria legalidade, o que até então aparecia ser ‘dominação’ pode igualmente constituir apenas uma função imprescindível aos sistemas” (p. 240).

Com tudo isso, queremos apontar que uma característica marcante do estrutural-funcionalismo, e que diferencia como abordagem teórico-conceitual, é **como** opera os conceitos de **sujeito e dominação**. Como resumo do que foi dito até agora, podemos dizer, então, que no estrutural-funcionalismo o conceito de “sujeito” é substituído pelo de “função” e o conceito de “dominação” não faz sentido, pelo menos como trabalhado na tradição do pensamento esclarecido e do pensamento crítico, pois todo o **funcionamento da sociedade deve ser visto como um conjunto de**

relações necessárias para o bom funcionamento do sistema.

Defendemos, neste momento, a tese de que esses dois elementos estão marcada e regularmente presentes nas atuais abordagens de gestão, de um modo geral, e especificamente nas propostas de “modernização gerencial” dos hospitais. Este seria o “segredo”, o obscuro, o não-problematizado, o naturalizado, em tudo o que se tem produzido para produzir a excelência dos hospitais, tanto no setor privado, como crescentemente nos serviços governamentais! Se bem olhadas tais propostas, há uma **funcionalização dos sujeitos** que se traduz na quase obsessão por capacitações sem fim, por protocolização e normalização de todos os processos hospitalares, pelo aprimoramento dos processos de seleção e de socialização, buscando enquadrar do modo mais perfeito possível cada trabalhador às funções que se espera que ele desenvolva a contento. O sucesso do “sistema”, no caso os serviços de saúde (na verdade subsistemas que se articulam a outros subsistemas produzindo o sistema maior, a sociedade...) depende dramaticamente de tal funcionalização. Ela é a estratégia gerencial vital. TODOS se funcionalizam, TODOS inescapavelmente precisam ser funcionalizados, presos a um processo impessoal de racionalização crescente de tudo e de todos, uma máquina infernal de subjetivação e controle da qual ninguém pode escapar, do mais simples trabalhador à mais alta direção.

Como aponta Kurz, *“aquilo que os indivíduos atualmente percebem como sendo sua heteronomia é, desde sempre, um funcionalismo abstrato do sistema, o qual já é absorvido por nenhuma subjetividade. Todos os funcionários das hierarquias são percebidos tais como são: **executores subalternos de processos destituídos de sujeitos, indivíduos aos quais não apenas não nos ‘subordinamos’, mas que são até mesmo julgados em virtude de sua ‘competência funcional’**”* (grifos atuais) (p. 226).

É **disto** que estamos falando quando apontamos a marcada afiliação estrutural-funcionalista de TODAS as abordagens “modernizadoras” de gestão em voga.

A seguir com nossa argumentação, precisamos, agora, apontar o que estamos caracterizando como **elementos estrutural-funcionalistas implícitos na própria política de contratualização**. Para tanto, vamos retomar as categorias empíricas produzidas durante o estudo, em particular três que selecionamos por contribuírem de modo marcante para o debate que estamos fazendo: *“política de contratualização e racionalização”, “um jogo de autores ausentes” e “o fetiche da informação”*. Mesmo

consideradas as diferentes **intensidades** com que essas categorias vão compor as **equações** singulares de cada hospital, elas foram construídas a partir de reflexões de TODOS os dirigentes. Vale destacar, ainda, que estas são categorias que estamos designando como “categorias-novidade”, pois elas não são um simples espelho ou decalque das perguntas contidas no roteiro de entrevista, mas foram apontando ou revelando, gradualmente, aspectos que não estavam bem formulados na política. Foram percebidas já no primeiro hospital visitado e, atentos, pudemos observar como estavam presentes em todas as **estações** visitadas. Na sequência, fazemos considerações sobre cada uma delas, agora para ir fechando este terceiro e último plano analítico.

Política de contratualização e processo de racionalização em curso

Há uma regularidade impressionante no modo como os dirigentes identificam **convergências** entre as diretrizes da política e os processos racionalizadores que, de um modo ou de outro, TODOS os hospitais de ensino já estavam vivendo antes mesmo da política de contratualização.

Seria interessante nos questionarmos sobre a razão de dirigentes tão diferentes, em contextos organizacionais tão distintos, parecerem estar falando da mesma coisa, do mesmo modo, ao formularem “hospital desejado e necessário”, o “hospital dos sonhos”. Uma revisão sobre o tema “de como os dirigentes hospitalares aprendem” (LACERDA e SILVA, 2001; MORAES *et al.*, 2004; SOUZA *et al.*, 2008) não aportou nenhuma contribuição para uma compreensão dessa “regularidade discursiva” dos dirigentes, pois são estudos que destacam mais suas estratégias de aprendizado. São estudos que não se ocupam em caracterizar uma possível matriz discursiva compartilhada entre os dirigentes e como ela seria produzida. Poderíamos dizer que, no caso do presente estudo, tal matriz tem um elemento “ideológico”, um modo muito marcado de pensar que não é só “técnico”, mas também profundamente político. O hospital é pensado como **um mundo administrado**, com todas as implicações presentes em tal modelo, na linha do que vimos desenvolvendo até agora. A questão seria: *como se produz tal matriz discursiva, este modo de se enunciar a*

desejada construção do hospital de ensino?

Não são claras as “conexões”, os pontos de contato e comunicação que se estabelecem entre os dirigentes propiciando que falem as mesmas coisas. Como são entidades com regimes jurídicos muito diferentes, não é possível afirmar que exista um **centro formulador**, um “**sujeito autônomo da vontade**”, no sentido empregado por Kurz, que de algum lugar formule o que poderia ser um grande projeto racionalizador. Isso não é possível de ser identificado. No entanto, algo ocorre que faz com que os hospitais privados tenham que ser cada vez mais organizados, seguros, acreditados, assim como já se observam fortes indicações de que as várias instâncias gestoras do SUS – sejam o Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais da saúde – também estão embarcando na mesma onda. O Prohosp adotado em Minas é formulado de modo muito parecido com as propostas para o setor privado. Impossível, aliás, distinguir as falas (e pretensões) dos dirigentes públicos e privados. Estabelece-se uma “ditadura de ideal de funcionamento” da qual ninguém parece escapar. E, se bem olhado, tudo isto que parece “modernização gerencial”, choque de gestão, pode, sem risco de simplificação, ser resumido numa fórmula bem simples: **funcionalização dos trabalhadores e uma ocultação sistemática dos processos de dominação, assimetria de poder e violência institucional**, características do estrutural-funcionalismo como estamos apontando. O resto deriva disso. Conflitos, resistências, oposições, alienação, sofrimento dos trabalhadores, nada disso conta. A promessa de um **mundo administrado** parece fazer desaparecer, em um passe de mágica, esses problemas.

Neste sentido, e isso foi ocupando nossa atenção à medida que conversávamos com os dirigentes, de hospitais públicos e privados, é o quanto eles identificavam ou reconheciam, digamos assim, fortes elementos racionalizadores na própria política de contratualização. A política de contratualização não lhes causava estranhamento em seu desenho geral. Ao contrário, em graus diferentes ela apresentava forte sinergia com os vários processos de racionalização locais, como consequência, fosse uma “coisa natural e necessária”. Algo como se a política trouxesse elementos familiares, elementos constitutivos dessa dispersa “geleia discursiva” que hoje domina os desejos e formulações dos dirigentes. A política de contratualização parecia se inscrever nesse formato geral do que temos chamado de “modernização gerencial conservadora”, pois ela promete transparência, previsibilidade, modelagens regulares, mecanismos de

controle, eficiência e eficácia e, afinal, o triunfo dos projetos dos dirigentes, apesar de, ou acima de todos os projetos, sentidos e movimentos micropolíticos da organização! Mais instigante é que a política tenha sido fortemente influenciada, em sua formulação, por um projeto ético-político que podemos identificar, sem titubeio, pelo melhor pensamento do movimento sanitário, com certeza a partir da tradição crítica da Saúde Coletiva brasileira. Basta dizer que a política pretendia, como objetivo último, reinventar o hospital-escola, transformando-o em um hospital do SUS, produzindo formação, conhecimento e cuidado a partir das “necessidades da população”, e não mais subordinado aos interesses privados e privatizantes que sempre o habitaram e modelaram. Seria a reinvenção do hospital universitário como parte de uma estratégia ainda mais ampla e ambiciosa de avançar, de algum modo, no processo civilizatório brasileiro, reforçando as dimensões de inclusão, produção de equidade e cidadania. O novo hospital como peça-chave desse avanço! Vejamos mais um pouco as outras categorias empíricas para seguirmos com nossa análise.

Contratualização, um jogo de atores ausentes

Pensamos ser possível afirmar que a política de contratualização parte de uma **concepção dualista** de seus sujeitos. De um lado, há sujeitos formuladores, atores político-institucionais agregados nas várias instâncias de representação do SUS que deságuam e compõem a Comissão Interinstitucional para Reestruturação dos HEs. Ali, como os próprios documentos oficiais explicitam, foi palco de um amplo debate, onde ideias foram confrontadas, posições defendidas, interesses compostos, em um “processo político” que, afinal, resultou da *formulação da política de contratualização*. Por outro lado, uma vez formulada a política, ela sofre uma **despolitização** quando pensada em sua *implementação ou operacionalização* pelos hospitais de ensino, quando ocorre como que uma **funcionalização** da contratualização, isto é, todos os sujeitos reais, sejam eles os gestores ou os dirigentes hospitalares, são “projetados” como **funções**, isto é, **papéis** a simplesmente serem cumpridos para o sucesso das diretrizes da política. Trabalha-se com gestores e dirigentes idealizados (pura **função**), aos quais não caberá mais nada do que fazer “a política sair do papel”, sob a irresistível

sedução (e imposição) dos recursos financeiros generosos colocados à disposição dos HEs, desde, é claro, que **funcionem** como o esperado. O estudo aponta como tais funções não se cumprem, ou como, estamos chamando, tornam-se um jogo de atores ausentes.

Estamos, portanto, diante de uma disjunção *formulação/politizada* e *implementação/funcionalizada* que atravessa toda a engenharia da política. Aliás, podemos apontar este como um viés quase sempre presente no processo de formulação e implementação das políticas públicas, causa nunca reconhecida de seus fracassos. Basta lembrar o exemplo recente do **Pacto**. E não é que não se pensem sujeitos, dissensos e disputas na implementação, pois isto seria ingenuidade demais. Sujeitos em disputa na micropolítica são pensados sim, mas, no caso da contratualização, tudo de alguma forma se acertará em **espaços públicos** de confronto e/ou negociação, de um modo geral em vários arranjos colegiados, como minuciosamente previsto nas diretrizes de gestão e controle social da política de contratualização. Apesar de tal saída ser apontada por tantos autores, inclusive por Robert Kurtz, numa perspectiva emancipatória/habermasiana, digamos assim, o estudo mostra como ela não pode ser tomada como a solução. O material empírico nos autoriza a dizer do quão precariamente funcionaram todos os arranjos, tanto internos como externos ao hospital, vistos como garantia de transformações micropolíticas mais radicais na vida do hospital. Frequentemente, tais arranjos são simples simulacros burocráticos, quando não simplesmente ignorados ou manipulados instrumentalmente pelos dirigentes. Tudo isso nos remete à necessária consideração sobre o que pensamos ser a **concepção de poder** presente na formulação da política.

Seria possível identificar, nas organizações hospitalares, três dimensões de poder distintas, porém imanentes entre si: uma dimensão de autoridade/ordem, uma dimensão de disciplinamento/controle e uma dimensão de cooperação/consenso. A dimensão mais visível ou facilmente reconhecível das relações de poder existentes em uma organização é aquela que se expressa nos arranjos hierarquizados de autoridade, do tipo legal-formal, tal qual formulado por Max Weber (1991) ao trabalhar o conceito de burocracia. Essa dimensão do poder, a da autoridade/ordem, se materializa nos organogramas formais, nos regulamentos, nos rituais do cargo e tem como característica principal o fato de a relação de dominação ser reconhecida como

legítima pelos dominados (CECÍLIO, 2007a).

Essa dimensão do poder/dominação, apesar de ser a mais facilmente reconhecida pelo senso comum, ao trazer com ela o conceito de “chefe”, não é suficiente para se pensar o conjunto das relações de poder que existem na organização hospitalar. Reconheçamos, então, uma segunda dimensão de poder na vida organizacional, que é a dimensão que poderia ser designada como de disciplinamento/controle. Essa é uma face do poder na organização que não se expressa tão explicitamente nos organogramas formais, mas atravessa a organização como um todo e em todas as direções, não mais no sentido topo-base próprio da dimensão autoridade/ordem.

Alvesson e Deetz (2001) ajudam a caracterizar esta dimensão quando afirmam que

“um dos termos mais úteis que entram nos estudos organizacionais é o conceito de disciplina de Foucault. As demarcações fornecem formas de comportamento normativo apoiadas em reivindicações de conhecimento. Treinamentos, rotinas de trabalho, autovigilância e especialistas compreendem a disciplina na qual fornecem os recursos para a normalização. Especialistas normativos em particular e o conhecimento que eles criam proveem um disfarce para as práticas discursivas arbitrárias e geradoras de vantagens e facilitam a normalização” (p.253).

Para os mesmos autores,

“Knights e Morgan usaram as práticas discursivas de Foucault para mostrar a construção da pessoa e do mundo no discurso da estratégia corporativa. Eles sustentam que o discurso estratégico engaja os indivíduos em práticas por meio das quais eles descobrem a essência da ‘verdade’ do que eles são, a saber –‘um ator estratégico’” (p.248)

A partir das ideias de Foucault (2000), é possível adotar a imagem de uma rede para pensar as relações de poder no hospital.

“O poder não é algo que se possa dividir entre aqueles que o possuem e o detêm exclusivamente e aqueles que não o possuem e são submetidos. O poder deve ser analisado como algo que circula, ou melhor, como algo que só funciona em cadeia. O poder funciona e se exerce em rede. Nas suas malhas os indivíduos não só circulam mas estão sempre em posição de exercer este poder e de sofrer sua ação; nunca são o alvo inerte e consentido do poder, são sempre centros de transmissão” (p.183).

Disciplinamento e controle, portanto, como uma dimensão do poder na vida organizacional que, para além das linhas de autoridade legal-formal impressas nos organogramas formais, falam-nos de inumeráveis relações que formigam na

micropolítica do hospital e que precisam ser levadas em conta em qualquer política que pretenda introduzir mudanças na vida do hospital. É o que provoca, o que desafia qualquer pretensão de se construir uma macrorracionalidade organizacional. Para o bem ou para o mal, em geral para o mal, para quem está em situação de governo.

Porém, podemos considerar, ainda, uma terceira dimensão do poder nos hospitais e que poderíamos chamar de cooperação/consenso. Por essa dimensão, está-se mais atento à ideia de **poder de** do que **poder sobre** (presente nas duas dimensões anteriores), tal como apontado em trabalho clássico de Lukes (1980). De modo provocativo, Lukes aponta uma surpreendente “convergência” nas formulações de dois autores tão diferentes como Hannah Arendt e Talcott Parsons. Vejamos como eles pensam a questão do poder.

Para Arendt (2001), apesar de “*a convicção de que o tema político mais crucial é, e sempre foi, **quem domina quem***”, defende a tese de que “*o poder corresponde à habilidade humana não apenas para agir, mas para **agir em concerto**. O poder nunca é propriedade de um indivíduo, pertence a um grupo e permanece em existência apenas na medida em que o grupo conserva-se unido*” (p.36). Ou, ainda, “*o **poder emerge onde quer que as pessoas se unam e ajam em concerto**, mas sua legitimidade deriva mais do estar junto inicial do que qualquer ação que possa seguir-se*” (grifos nossos) (p.40).

Já para Parsons (*apud* Lukes),

*“o poder, então, é a generalizada capacidade de **assegurar o desempenho de obrigações por parte de unidades, num sistema de organização coletiva**, quando as obrigações são **legitimadas com referência ao seu impacto sobre metas coletivas** e onde, no caso de recalcitrância, há um pressuposto de imposição de sanções de qualquer que seja a real agência daquela imposição”.*

Ou seja, para Parsons, segundo Lukes (1980),

“a conceituação de poder liga-se à autoridade e busca de metas coletivas, e desassocia-se dos conflitos de interesse e, em particular da coerção e força” (p.24).

A visão parsoniana de poder é hegemônica na produção teórica sobre as organizações do que está sendo denominado, nesse estudo, de estrutural-funcionalismo, com sua ênfase nas organizações como “sistemas cooperativos” (BARNARD, 1971). Já a concepção arendtiana pode ser identificada em autores que advogam a possibilidade de construção de novos consensos, no interior de colegiados

organizacionais, como pressuposto fundamental para a mudança organizacional.

Talvez pudéssemos identificar elementos parsonianos e arendtianos na formulação da política. No primeiro caso, quando se pensa o poder sinônimo de autoridade, portanto visto como legítimo pelos subalternos, e caracterizado pela “cooperação” em torno de metas organizacionais; no segundo, ao buscar a construção de consensos, em processos dialógicos público, para a produção da política. Não seria equivocado, pensamos, afirmar que as duas concepções estão presentes de modo tenso na formulação. Na prática, ao haver uma sinergia e identificação da contratualização com processos racionalizadores em curso, com marcado caráter funcionalizante, **os dirigentes e os gestores, sem exceção, pouco valorizam o que poderia ser chamada a dimensão mais arendtiana de poder da proposta**, o que se expressa no precário funcionamento dos órgãos colegiados, pensados na contratualização como o espaço político por excelência!

De acordo com Cecílio (1999),

“As três dimensões do poder apresentadas, construídas a partir de referenciais teóricos tão diferentes, estão presentes, de forma imanente, em todas as organizações, e nas hospitalares em particular. Levá-las em conta em suas especificidades constitui um dos maiores desafios para a função gerencial. Frequentemente, modelos de gestão do tipo participativo, mais “democráticos”, que enfatizam a dimensão cooperação/consenso, deixam na sombra as outras dimensões do poder, o que pode explicar certo “mal-estar da organização”, ou seja, os trabalhadores são, de alguma forma, subestimados na sua capacidade de percepção das contradições entre os vários tipos de sentidos da vida organizacional sinalizados pela direção e operacionalizados, em particular, pelas gerências que lhe são mais próximas. (...) Esse paradoxo está inexoravelmente presente na função gerencial: bater, disciplinar, controlar, vigiar e punir, mas também afagar, convocar para a cooperação, exercer a sedução e o agir comunicativo, para a construção de fugazes consensos em torno de convocatórias para a ação, em torno dos “objetivos organizacionais”. Obter o alinhamento de vetores dissonantes em relação ao grande vetor da macrorracionalidade pretendida pela organização. A indagação seria sobre o quanto se trata de fazer um movimento “substitutivo” de uma prática da violência, do exercício da autoridade visando à construção e manutenção de uma determinada “ordem organizacional” por uma prática mais concertada, consensuada, ou, se, inapelavelmente, teremos que conviver com o exercício das três dimensões na função gerencial e, mais do que isso, fazer, dessa tensa convivência, matéria-prima para a gestão”.

Parece-nos, portanto, ser possível afirmar que a política de contratualização adota uma visão de poder e autoridade na organização hospitalar que não leva em consideração a complexidade e a tensão apontadas acima. É mais um traço tipicamente funcionalista dela, o que aliás converge com a concepção de poder adotada em todas as estratégias racionalizadoras que vêm sendo experimentadas no

Brasil e no mundo, como já apontamos antes. Vejamos agora mais uma categoria empírica produzida no estudo: “o fetiche da informação”.

O fetiche da informação ou a complexa equação exterioridade/interioridade na proposta de acompanhamento e avaliação da política de contratualização

O estudo mostrou como há muita dificuldade, por parte de todos os atores entrevistados, de uma efetivação da “avaliação da política”, em particular nos termos em que foi concebida. Quase sempre são apresentadas explicações para tal dificuldade ligadas à ausência ou má qualidade ou insuficiência dos bancos de dados, justificativas repetidas como um mantra, algo que quase sempre é considerado como **ainda** não implantado, a esperar um aperfeiçoamento que parece nunca acontecer. Isso foi observado com surpreendente regularidade em todos os hospitais estudados. Fazemos a indicação, portanto, e como resultado da pesquisa, que uma política de tal complexidade, como a da contratualização, fruto do encontro nada simples entre um “macro” e um “micro”, precisaria, necessariamente, desenvolver instrumentos, lógicas, processos, dispositivos de avaliação muito mais elaborados, descentrados e “colados” à lógica do trabalho cotidiano que se realiza nos hospitais de ensino.

Os processos avaliativos de políticas de saúde, para serem bem-sucedidos, deverão dar conta da complexidade e heterogeneidade do seu “objeto”. De fato, o mais correto seria trabalhar com *várias dimensões da avaliação da política*, deixando claro, de saída, o reconhecimento do quanto seria desafiador compor um conjunto de instrumentos avaliativos que dessem conta da multiplicidade das variáveis e dimensões envolvidas na implementação de uma determinada política. É claramente o caso da política de contratualização dos HEs, à medida que envolve vários espaços, vários atores, vários interesses e, principalmente, precisaria dar conta da complexa equação entre **externalidade** (o Ministério da Saúde, o Ministério da Educação, os gestores estaduais e/ou municipais, ou seja, os avaliadores) e **internalidade**, o território do hospital de ensino e sua micropolítica como o componente mais

“interno”, ou “micro” (os avaliados)¹⁹. Não é nada simples tal equação, nem sempre problematizada nos desenhos avaliativos das políticas públicas, que, de modo hegemônico adotam o paradigma que estabelece uma relação bem marcada entre “sujeito” (avaliador) e “objeto” (avaliado), a despeito alguns avanços teórico-conceituais que vêm acontecendo na área (GUBA e LINCOLN, 1989; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2000; KANTORSKI *et al.*, 2009). De qualquer forma, as estratégias de avaliação previstas na política de contratualização afiliam-se, claramente, a este **paradigma positivista de avaliação**, o que, aliás, é mais uma indicação do quanto a política padece de forte viés funcionalista. E, mais importante, como adota, implicitamente, um conceito funcionalizado dos sujeitos que deveriam, em princípio, colocá-la em prática.

Este talvez seja um dos pontos mais frágeis, conquanto considerado estratégico, da política. Se há alguma coisa nela que vai evidentemente mal é a baixíssima capacidade de avaliação de seu real desenvolvimento, em QUALQUER nível do sistema de saúde, de Brasília aos dirigentes hospitalares.

É possível afirmar que a política de contratualização não desenvolveu, nem teórica nem operacionalmente, processos de avaliação compatíveis com sua complexidade e que refletissem, minimamente, o potencial emancipatório que ela promete. Como vimos, NENHUM dos dirigentes entrevistados parecia ter informações fidedignas à mão para avaliar, de modo “objetivo”, qualquer diretriz da política, nem mesmo os impactos do financiamento, sua dimensão mais visível e valorizada, do mesmo que não conseguia fazer qualquer avaliação “qualitativa” que fosse construída de forma compartilhada e sistematizada.

Então, **o fetiche da informação é essa promessa nunca cumprida de que poderosos sistemas informacionais, por si só, disponibilizarão elementos irrefutáveis para uma avaliação “objetiva”**. Aliás, a “objetividade” poderia ser lembrada como mais um **mito da modernidade**, no mesmo sentido apontado por Adorno e Horkheimer. E mais, é necessário reconhecer que a desejada “objetividade” da

¹⁹ Quem faz gestão em saúde, pela natureza da função ou pelo lugar institucional que ocupa, tende a se colocar de modo externo a esse campo micropolítico, enxergando-o como território a ser normalizado e controlado. Interessa, portanto, nessas reflexões, destacar a externalidade dos gestores, e, muitas vezes, dos próprios gerentes de serviços, em relação a tal campo micropolítico, e as implicações disso para a avaliação. Consideremos “externo” aquilo que opera mais distante do território do cuidado direto, e que possui, portanto, uma qualidade de “externalidade”, em contraposição ao “interno”, que seria portadora da qualidade de “internalidade”.

informação traz em si a ideia de um sujeito subsumido a uma verdade incontestada, que poderia ser expressa na máxima “contra fatos não há argumentos”. Mesmo que os “argumentos” sejam outras visões, outras vivências da vida hospitalar que não poderão nunca ser “medidas” pela pretensa inquestionabilidade dos indicadores. As implicações políticas dos processos avaliativos da política de contratualização não são tematizados, mas tratadas apenas como se fossem uma questão técnica (uso intensivo e sofisticado da informação), neutra, e, acima de tudo, inquestionável, necessária e, por consequência, aceita por todos os atores submetidos aos processos avaliativos. O que é **coerente com o que estamos chamando de funcionalização dos sujeitos**. Algo como “se a política é justa, justos são seus mecanismos avaliativos”. Afirmamos que a política de contratualização sofre desse “viés tecnocrático” e quer-se discutir, aqui, as suas implicações para sua implementação, inclusive para uma análise mais apurada da eterna alegação de “falta de informação” para a avaliação.

Tomados os devidos cuidados para explicitar o que está sendo chamado de externo/ interno, e mesmo relativizando qualquer entendimento de uma oposição absoluta entre os termos, apresentamos a ideia de que, para se pensar a avaliação de uma política de saúde, poderia ser adotada uma **gradação móvel e variável** que, partindo das esferas mais “externas”, ou mais “superiores” do sistema, ou das instâncias formuladoras e normativas, vá se aproximando do campo interno da micropolítica, buscando reconhecer suas especificidades. Isso, a política nem palidamente faz, assumindo um caráter marcadamente conservador e que de nada difere dos outros processos de “modernização gerencial conservadora” em curso.

A pretensão máxima quando se usa os indicadores “duros” é que eles tenham potência não só para revelar, mas também, para **formatar ou modelizar** o território da micropolítica, como é claramente o caso dos indicadores utilizados na política de contratualização. Este é um elemento nem sempre considerado com clareza. Todo o processo de contratualização entre Estado e entes privados nos novos regimes de gestão (Organizações sociais, fundações estatais de direito privado, OSCIPs, etc.), está fortemente ancorado no conceito de “contratos de gestão” que, por sua vez, apoiam-se em indicadores de resultados que, em princípio, seriam a garantia da “objetividade” no acompanhamento dos contratos, e, por conseguinte, de controle do Estado, mesmo com as limitações apontadas por Lima (2009).

A prevalecer a tendência de delegação de funções estatais para entes privados, sejam eles considerados como “terceiro setor” ou efetivamente de mercado, pautada por uma lógica contratualista, materializada em contratos de gestão, como se observa na atualidade, assistiremos à exacerbação de tal lógica “objetivadora” dos processos avaliativos, cultivando o fetiche pela informação, em particular a promessa de um controle ilimitado em um mundo administrado.

Como aponta Cecílio (2010),

“Por outro lado, se o processo avaliatório pretender adentrar o espaço micropolítico, buscando produzir, a partir dele, os elementos que permitam nortear de modo substantivo políticas comprometidas com a defesa da vida e produção de cidadania, novas equações “exterioridade”/“interioridade” deverão ser o “objeto de desejo” de quem se ocupa com mudanças de caráter emancipatório, no sentido habermasiano do termo. Embora esse campo micropolítico apresente elementos estruturados, dotados de certa regularidade e previsibilidade, como não poderia deixar de ser em função da institucionalização das práticas de saúde, ele é principalmente território de fluxos, de arranjos contingentes e negociados, de produção de novidades e novos conhecimentos, do inusitado e do que escapa à pretensão de normalização, visibilidade e controle. Olhados desse território micropolítico, os dirigentes, os gestores, e muitas vezes, os próprios gerentes são percebidos como o que é “de fora” (ou “de cima”), o intangível, distante, a exterioridade enfim. Mesmo considerando de que o mundo micropolítico é ele próprio composto por vários territórios profissionais-existenciais que se tangenciam, se dobram uns sobre os outros, de modo que, também nele, haveria “internos” e “externos”, qualquer projeto de gestão que aspire ser emancipatório terá que estar comprometido com a investigação, produção e, principalmente a experimentação de novas equações que consigam ir além da velha fórmula positivista sujeito/avaliador e objeto/avaliado. O delírio funcionalista e controlador máximo é supor ser possível anular o componente da interioridade da equação exterioridade/interioridade nos processos avaliativos. Triunfasse tal visão, a dinâmica da micropolítica poderia ser totalmente capturada, esquadrihada e controlada por um olhar externo objetivo, “científico”, distanciado: a exterioridade absoluta, mesmo reconhecendo que algum componente de exterioridade sempre há de estar presente no processo avaliativo”.

Por tudo isso, é possível afirmar que os gestores, em particular os formuladores da “grande política” e os que fazem seus acompanhamento e avaliação deverão buscar desenvolver, conceitual e operacionalmente, outros modos de se fazer a avaliação que não se resumam aos indicadores e metas como a política de contratualização o faz. O material empírico do estudo mostra bem como NENHUM gestor faz um efetivo acompanhamento dos impactos da política! Como disse uma dirigente do HE₂: *“ainda bem que somos uma OS do bem, caso contrário o gestor nunca saberia de nossas falcatruas...”* Então, é possível afirmar que a política de contratualização está assentada sobre um processo de avaliação inadequado, insuficiente e, o pior,

apresentado como suficiente avaliar o quanto os hospitais-escola estão se aproximando do hospital idealizado pela política...Não é!

Podemos caracterizar, nesse ponto, mais um elemento claramente “racionalizador” e funcionalista da política de contratualização, ao analisarmos o modo como foi montada sua grade avaliativa, isto é, o conjunto de indicadores que foram pensados para serem usados no processo de contratualização, componente estruturante do pacto que se estabelece entre os gestores e os HEs. Poderíamos dizer, sem erro, que são indicadores que, se por um lado têm sua razão de existir como estratégia de controle por parte do ente financiador sobre a destinação dos recursos vultuosos vinculados à política, por outro **mostram-se sempre insuficientes para uma avaliação efetiva da capilarização dos princípios nela contidos.**

Talvez seja esse o elemento conceitual central para a compreensão da reconhecida dificuldade, por parte de todos os atores entrevistados, da difícil efetivação da “avaliação da política”, em particular nos termos em que foi concebida. Quase sempre são apresentadas explicações para tal dificuldade ligadas à ausência ou má qualidade ou insuficiência dos bancos de dados, justificativas repetidas como um mantra, algo que quase sempre é considerado como **ainda** não implantado, a esperar um aperfeiçoamento que nunca vem. Fazemos a indicação, portanto, e como resultado da pesquisa, que uma política de tal complexidade, como a da contratualização, fruto do encontro nada simples entre um “macro” e um “micro”, deverá, necessariamente, desenvolver instrumentos, lógicas, processos, dispositivos de avaliação muito mais elaborados, descentrados e “colados” à lógica do trabalho cotidiano que se realiza nos hospitais de ensino, orientados para superação da simplificação típica de processos avaliativos de cunho positivista e funcionalizantes.

E...

Vamos fechando, aqui, este terceiro e último plano analítico. Pensamos ter cumprido nosso desejo de irmos além da “avaliação da política”, a partir do lugar de quem a formulou, mas produzido indagações e questionamentos que, embora sem

resposta clara, no mínimo nos alertem sobre a complexidade inerente à implementação de políticas formuladas pelos governantes para serem implementadas por atores em suas condições concretas de atuação.

As questões mais inquietantes que trazemos conosco ao finalizarmos este estudo, e que permanecerão abertas para novas investigações, talvez possam ser formuladas assim:

- Por que a política de contratualização, definida como estratégia política em espaço altamente politizado e aderido aos princípios mais nobres do SUS e elaborada a partir de princípios provenientes do melhor pensamento do Movimento Sanitário brasileiro, apresenta, objetivamente, tantos pontos de convergência com a reforma gerencial conservadora quando operada pelos dirigentes hospitalares?

- Por que os dirigentes fazem uma leitura conservadora e instrumental das melhores proposições da política, de modo que ela se transforme em simulacro de sua grandeza de propósitos iniciais, amesquinhando-se em processos instrumentais de busca de controle e “eficiência de processos”?

Pensamos ser possível dizer que a reflexão teórica elaborada neste terceiro plano analítico, em particular a exploração que faz do conceito de **razão** na modernidade e seus impasses apontados pelo pensamento crítico na Escola de Frankfurt, em particular seus “continuadores” vivos, com destaque para Jürgen Habermas e, mais recentemente, Robert Kurz, pode aportar algumas pistas para tal discussão. Evidentemente não há nenhuma “escola filosófica” que dê conta, por si só, de responder tais questões, mas podem fornecer conceitos para fecundar estudos, intervenções que sinalizem a complexidade do **nosso** objeto, nós que militamos na saúde. Descontado o pessimismo às vezes considerado fora de moda e, quem sabe, “alemão demais” dos pensadores de Frankfurt, é inegável que eles ajudam, no mínimo, a produzir sentido para esta sensação de que “*o maquinista pulou fora e o trem continua seguindo em alta velocidade*”. O que importa é que, se estivermos atentos, encontraremos no **desencantamento do mundo** weberiano, no **mundo administrado** de Adorno e Horkheimer, nas **sociedades de controle** apontadas por Deleuze, no **mal-estar da pós-modernidade** de Zygmunt Bauman, na **dominação sem sujeito** do Kurz e, quem sabe, até no **mal-estar da civilização** de Freud, guardadas as diferenças de seus pontos de partida de formulação, elementos para pensarmos estes

problemas colocados pela pesquisa. Coisa que o cinema e a literatura há décadas nos alertam, bastando lembrar, só para ficar nos mais clássicos, os **Tempos Modernos** de Chaplin, o **Fahrenheit 451**, filmado por Truffaut ou o **1984** de George Orwell. Todos eles, no fundo, falando de um mundo no qual uma racionalidade instrumental vai se impondo como **única** e triunfante racionalidade possível, seja pela automação crescente das fábricas, pela destruição do pensamento crítico representado pela literatura, seja pelo avanço avassalador de sistemas panópticos de observação e controle.

Para além do que nos parece mais “evidente por si”, da “necessidade necessária” (brincando com as palavras do Ricardo Bruno) de se “terapeutizar” os hospitais, tornando-os “científicos”, eficientes, previsíveis e subjugados a uma racionalidade incontornável, parametrizada pelo mercado e seus critérios de competição e sobrevivência, caberia ao estudioso e ao militante se inquietar perante este movimento avassalador que vai se impondo como verdade única, disseminado como praga por batalhões de consultores, de MBAs, de ONAs, de capacitações sem fins... E tudo isso, não sem um preço (além dos custos que representam), sem um sentimento de imposição, de coerção, de perda de liberdade, de sensação de alienação e alheamento aos frutos do trabalho.

Então, uma aporia...

Se **aporia** for entendida como o conflito entre opiniões, contrárias e igualmente concludentes, em respostas a uma mesma questão, pensamos ir finalizando este plano analítico com uma aporia expressa da seguinte forma: *o triunfo destes processos de racionalização da vida hospitalar acena com a garantia de qualidade, cientificidade, segurança das intervenções, coisa que todos desejamos, seja como gestores, seja como profissionais, mas seja, principalmente como usuários do sistema de saúde, portanto algo de positivo, portando, **uma solução boa, algo a ser desejado**; por outro lado, tais processos implicam em forte intervenção, disciplinamento, controle das práticas profissionais, reforço dos elementos “objetivos” e parametrizáveis do cuidado, a partir de um conhecimento científico produzido em territórios cada vez mais distantes e*

*obscuros para quem se utiliza das tecnologias dele derivadas (GOMES, 2010). Tudo isso significaria importante perda de liberdade, autonomia ou comando sobre nossos processos de trabalho, portanto, em princípio, **algo não desejado, o preço a ser pago pelo bom cuidado.***

Isto tudo também poderia ser pensado como uma falsa aporia, já que a segunda opinião não teria razão de ser, sendo, no fundo uma falsa questão. No limite, poderíamos dizer: **as coisas não poderiam ser de outro modo...** o mundo caminha nesta direção.

Ou não! E para dizer não, **batalhar o não a essa posição** que parece se impor cada vez mais, seria preciso reafirmar, mesmo que contra todas as “evidências” que, para aqueles que ainda não abriram mão da construção de organizações, relações e sociedades pautadas por princípios emancipatórios – *em particular a ideia de que **nós nos produzimos o tempo todo, ao produzirmos o cuidado*** –, nunca será indiferente, **como** fazemos a gestão, **como** organizamos nossos processos de trabalho, **como** fazemos a coordenação do cuidado. Considerando que o **modo** de se fazer a gestão, mais do que “técnica” é do campo da política, cada um dos “**comos**” acima deverá ser, sempre, uma produção permanente em ato, no campo das práticas, das disputas, da micropolítica de cada hospital, e nunca a aplicação de determinado receituário e suas definições e “conformidades” *a priori*.

É por tudo isso que o enfrentamento teórico e político da acachapante funcionalização e homogenização dos modos de se fazer a gestão e sua verdade única se impõe como pauta prioritária para o Movimento Sanitário brasileiro.

DE VOLTA AO COMEÇO

O DIFÍCIL EXERCÍCIO DA ANÁLISE DE IMPLICAÇÃO

Retomando a análise de implicação

Este último capítulo, dedicado normalmente à “*parte final do texto, na qual se apresentam conclusões correspondentes aos objetivos ou hipóteses*” (ABNT, 2005) deveria restringir-se às conclusões do estudo e apresentação dos seus desdobramentos. Afinal, na conclusão espera-se que o autor da pesquisa sugira e recomende para outros autores assuntos aos quais o objeto da sua pesquisa tem ligação e que mereceriam ser explorados por outros pesquisadores, sob outra ótica ou abordagem. Outrossim, usualmente recomenda-se que as conclusões restrinjam-se ao que foi tematizado no desenvolvimento do trabalho, ou seja, que não acrescente nada que não tinha sido antes discutido.

Deveria aqui tratar, portanto, de resgatar o percurso metodológico adotado, os principais achados do campo e de apresentar uma síntese a partir dos três planos analíticos desenvolvidos, revisitando os objetivos e pressupostos do estudo para, ao fim, destacar recomendações e novas perguntas.

Pois bem, não será desta forma recomendada que conduzirei esse último capítulo! Nele, retomarei a análise de implicação, na alteridade produzida pelo encontro com o orientador e, permitindo-me não “ocultar” as suas provocações, mas explicitando-as no correr do texto²⁰.

Explicitarei, no Capítulo 1, a promessa de promover e sustentar o deslocamento da posição de *sujeito formulador* da política de contratualização para a de *sujeito epistêmico*, interessado em investigar e produzir conhecimento a partir de outros olhares: o dos gestores do SUS e dos dirigentes de hospitais de ensino contratualizados ainda em 2004, ano de implantação da política, escolhidos aleatoriamente entre estabelecimentos de diferentes naturezas jurídicas.

²⁰ Este último capítulo foi escrito da seguinte maneira: eu produzi o texto e o orientador, à medida que progredia em sua leitura, ia fazendo seus comentários ou **provocações**, que fui incorporando para ir produzindo uma composição do meu texto com os comentários dele, resultando em um intertexto nosso, dispositivo para análise da minha implicação.

Em 2005, quando comecei a desenhar o projeto de pesquisa, ainda participando da Linha de Pesquisa “Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde”, da UFRJ, coordenada pelos Professores Emerson Elias Merhy e Marcelo P. Land, fui intensamente instigado por eles e por outros companheiros, em particular por Laura Feuerwerker e Tulio Batista Franco, para que pudesse produzir um afastamento da posição de formulador da política e permitisse espaço para emergir a alteridade no encontro com os atores que seriam objeto de minha investigação, atentando para o risco que corria de construir uma narrativa épica, relativamente comum em investigações que tomam a própria trajetória profissional do investigador como objeto de estudo. Também a banca de qualificação, composta pelos professores Laura Feuerwerker e Samuel Gohman, voltou a alertar para a mesma questão, redobrando nossos cuidados (meu e de meu orientador) nesse sentido.

Atento para isso, recebi ainda de meu orientador uma marcação intensiva em relação ao cuidado redobrado que deveria tomar com essa relação-contaminação entre *sujeito formulador* e *sujeito epistêmico*. À sua genialidade e honestidade intelectual sou profundamente devedor, pois a todo o momento empreendeu um grande esforço para me descentrar do papel de formulador da política e garantir esse espaço mais alteritário desejado, lembrando e cobrando esse necessário afastamento, no espaço intercessor produzido pela riquíssima relação intelectual e afetiva que estabelecemos.

Meu orientador tem sua trajetória como sanitarista e docente marcada por uma profunda implicação com a construção do SUS. Por outro lado, nesta nossa convivência tão próxima, durante quatro anos, pude ver como ele sempre se referencia, nas pesquisas que coordena, nas orientações que conduz e nos cursos que oferece por uma orientação ético-política que, para além da defesa do SUS, interroga, o tempo todo, sobre a possibilidade de construção de práticas emancipatórias nas organizações de saúde. Práticas emancipatórias em sua dupla face: produção do bom cuidado e produção de organizações mais solidárias, distensionadas, lugar de reinvenção de relações entre homens e mulheres. Um orientador “em crise”, como ele mesmo gosta de dizer, que se posiciona contra-hegemonicamente às principais correntes da teoria das organizações e da gestão em saúde, incluindo determinadas práticas vindas do campo do movimento sanitário, exatamente ao questionar seu caráter instrumental e

funcionalizante, travestidos de uma “modernização conservadora”, como ele insiste em apontar. Protagonista de experiências, como ele reconhece que, se por um lado, não puderam representar uma contraposição prática ao gerencialismo triunfante e hegemônico que grassa no setor público e privado, por outro lado não deixaram de aportar contribuições para a construção de uma teoria crítica das organizações de saúde, numa perspectiva emancipatória, no sentido habermasiano do termo. Para ele, produzir tal teoria crítica, que resista ao “canto de sereia” da onda gerencialista, é uma luta política central na construção do SUS hoje. Tudo isso esteve presente na produção e consolidação do espaço intercessor que foi a produção da tese. Tudo o que foi produzido na tese, foi produzido, problematizado e teorizado, nesta perspectiva.

Uma tríplice intercessão entre sujeitos

No percurso do desenvolvimento do estudo, a vida me proporcionou uma oportunidade ímpar, estranha e ao mesmo tempo surpreendente. Ao final de 2008, fui convidado pelo prefeito eleito de São Bernardo do Campo (SBC), Luiz Marinho, para assumir a secretaria de saúde do município (SMS).

Ao aceitar tal desafio, após pesar os possíveis impactos de tal decisão na condução da tese, assumi, sem perceber imediatamente, uma terceira posição em relação ao estudo. Além de *sujeito formulador* da política de contratualização, transformado (ou tentando se posicionar) como *sujeito epistêmico*, passei também à situação de *sujeito gestor*, responsável pela implementação da política, objetiva e concretamente, em uma nova *estação*. Assumi a responsabilidade de coordenar, dentro do processo de reestruturação geral do sistema local de saúde, encontrado em situação caótica e em contexto de grave crise, a adesão ao processo de certificação e contratualização do Complexo Hospitalar de SBC, formado por três hospitais de ensino pertencentes à Prefeitura²¹, geridos em parceria com a Fundação do ABC²², que mantém importantes cursos de nível superior, com destaque para o de medicina, e

²¹ Hospital de Ensino Padre Anchieta, Hospital Municipal Universitário e Pronto Socorro Central.

²² Fundação Pública de Direito Privado, criada em 1967, pertencente aos municípios de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul.

programas de residência médica e multiprofissional, que utilizam a rede municipal (e, em particular, esses três hospitais), como cenários de ensino-aprendizagem.

Embora tenhamos perseguido desde os primeiros meses a certificação do Complexo Hospitalar, defrontamo-nos com a postura praticamente inercial com que a política vinha sendo conduzida pelo MS. Sob a alegação de que as portarias não abrangiam a análise de hospitais de ensino agrupados em complexos (argumento sem fundamento, haja vista que outros complexos haviam sido anteriormente certificados e contratualizados em conjunto) e que a Comissão Interinstitucional não vinha se reunindo com regularidade – o que de fato pudemos confirmar ao longo do estudo – a visita dos certificadores do MEC e do MS só ocorreu ao final de 2009, ao mesmo tempo em que esta pesquisa já estava bastante adiantada, na fase de conclusão do relatório final para o órgão financiador (a Fapesp) e finalizando a conclusão do segundo artigo encaminhado para publicação.

Portanto, quando já estava bastante adiantado o estudo, concluídas as visitas às *estações* e os dois primeiros planos analíticos, voltei a me deparar com a política, só que agora de outro lugar, munido com os mesmos instrumentos, mas tendo feito o estudo e amparado em suas conclusões, ainda que não finalizadas.

Como *sujeito epistêmico* convivi, o tempo todo, com o *sujeito formulador*, que, agora, teria que conviver com o *sujeito gestor*. Assim, este último texto é feito de um lugar marcado pela busca de produzir conhecimento, de colocar em análise a experiência que vivo como gestor local a partir dos achados do meu estudo e tentar produzir, a partir daí, alguma contribuição adicional aos que tem a responsabilidade pela formulação e implementação de políticas no âmbito do SUS.

O *sujeito epistêmico* já trazia consigo o *formulador* e, agora, também está presente o *gestor*! Uma tripla intercessão, surpresa que a vida me coloca em pleno andamento da pesquisa. Só me resta, então, reconhecer a situação, saudá-la, não ocultá-la, explicitá-la e aproveitá-la ao máximo, colocando-a em análise. Tenho agora que me defrontar com a dúvida do quanto, neste momento, o *sujeito gestor* possa estar predominando, sabendo o quanto o *formulador* é ainda muito forte e se impõe na minha análise, ainda que ocultamente, e, o que mais me aflige, saber o quanto o *epistêmico* pode ter sido provocado e produzido "artificialmente" pelo orientador. Basta dizer que só explicitarei e discuti com meu orientador o processo de

contratualização em SBC recentemente, no nosso último encontro para finalizar a discussão do trabalho, o que o levou a sugerir que tal fato possa ter sido um lapso ou um ocultamento, o que não deixou de produzir certo desconforto na análise do final do estudo e que terminou contribuindo para o desenho deste último capítulo. Entrava, agora, para valer, no processo de análise da minha implicação com o objeto de estudo.

Concordando com as **provocações do orientador**, tal situação de convivência de tríplice sujeitos configuraria menos um quadro psiquiátrico de múltiplas personalidades em conflito – um quadro esquizofrênico talvez –, do que um problema epistemológico, mas também ético-político, que atravessou todo o estudo. Um problema epistemológico exatamente porque o “equacionamento” dessa relação de “tríplice sujeito” foi apontada pelo orientador como provável dispositivo da minha análise de implicação.

De volta à gestão do sistema local de saúde

Encontrei a SMS de SBC profundamente desestruturada. Sua capacidade administrativa não refletia a complexidade das responsabilidades sanitárias atribuídas aos municípios. As funções de gestão estavam delegadas à Fundação do ABC, inexistindo um processo de gestão no âmbito da SMS. Isto contribuía para a instalação de processos administrativos marcados pelo descaso com o patrimônio público, gerando gastos desnecessários para a saúde²³. As unidades de saúde estavam abandonadas, com estrutura física precária e com grande deficiência de profissionais, resultando em desumanização no atendimento ao usuário, expressa na postura de desalento, abandono e desesperança da população frente ao não-cumprimento pelo poder público da saúde como um direito. O modelo de atenção adotado era marcado pela fragmentação e desqualificação. A saúde mental estava totalmente desorganizada, sem um projeto assistencial consistente, distante das diretrizes pactuadas nacionalmente; a atenção básica esvaziada de profissionais e propostas; os

²³ Dois exemplos: os desvios na área de assistência farmacêutica, segundo o DENASUS, de 2002 a 2008, foram superiores a R\$ 166 milhões. A economia do município por ocasião da revisão dos contratos com os três hospitais foi da ordem de R\$ 77 milhões/ano, valor superior ao custo anual de cada um destes hospitais e que foi utilizado para sustentabilidade econômica ao projeto.

serviços de urgência com baixa resolutividade e desintegrados da rede de atenção, o PS Central numa condição extremamente precária, uma insuficiência de leitos hospitalares acarretava longa espera em locais inapropriados, uma grande insuficiência de leitos de UTI e falta de médicos em vários serviços, particularmente os de urgência, gerando o caos em toda a cidade. Tudo isso agravado pela inexistência de um processo de regulação fazendo com que cada usuário tivesse que sair procurando vaga para internações, consultas e exames. A assistência farmacêutica estava privatizada, inexistindo no município uma política de assistência farmacêutica condizente com uma atenção integral de qualidade e configurando uma situação de falta de medicamentos na rede. Muitos trabalhadores, apesar de bastante desmotivados pelas péssimas condições de trabalho e ausência de processos formativos, vinham demonstrando um enorme esforço para produzir saúde em condições tão adversas. O desrespeito com a população se refletia também nos espaços de controle social: em seis anos, o Conselho Municipal de Saúde estava sem eleição, sem legitimidade e não era paritário como prevê a lei. Havia seis anos que não era realizada a Conferência Municipal de Saúde e a legislação municipal nessa área estava em desacordo com as normas do SUS.

Portanto, as condições para a existência do gestor qualificado para a gestão, pressuposto da política de contratualização dos HEs, também não estavam dadas em SBC²⁴. Essa experiência, ainda em curso, tinha todas as condições para reproduzir a fragilidade do gestor local do SUS e o **jogo dos atores ausentes** que encontrei em meu estudo.

Percebi que tinha a possibilidade, entretanto, em função das condições políticas objetivas que estavam em cena, de protagonizar a implementação de políticas e programas dos quais tinha participado do processo de formulação anos antes em Brasília, na condição de gestor do MS, e que, pela omissão do governo anterior em SBC, foram negligenciadas ou não implementadas, como, por exemplo, a estratégia de saúde da família e agentes comunitários de saúde, o SAMU-192, o Programa Brasil Sorridente, a Farmácia Popular e a política de contratualização dos HEs. Agora, numa nova *estação*, contava com condições políticas e gerenciais alvissareiras para colocá-

²⁴ Só a partir de janeiro de 2010 entrou em vigor nova lei municipal, dotando a SMS de estrutura gerencial compatível com as necessidades e exigências do SUS. A estrutura até então existente (cargos, número e qualidade do pessoal, condições de trabalho e de gestão, etc.) podem ser consideradas pré-SUS, uma vez que a última reforma administrativa tinha sido efetuada em 1977.

las em prática: um prefeito sensível e comprometido com a saúde e o SUS, que elegeu a reestruturação do sistema de saúde como a principal prioridade de governo, o suporte das demais áreas governamentais; orçamento municipal condizente; ampla autonomia para composição da equipe de gestão da SMS e do Complexo Hospitalar; e, autonomia de gestão (administrativa e financeira) a partir da parceria com a Fundação do ABC, gerida a partir de nosso governo como a fundação estatal da saúde de SBC²⁵.

Pude compor a equipe gestora da SMS com profissionais experientes e comprometidos com o projeto político-sanitário. Desde o primeiro momento, defini, entre várias possibilidades, a alocação estratégica de quadros altamente qualificados, como a ex-diretora da Coordenação Geral de Atenção Hospitalar do DAE/SAS/MS no comando do Complexo Hospitalar, dirigente que comigo tinha participado diretamente da formulação da política de reestruturação dos HE, confiando a ela e aos demais dirigentes hospitalares, entre outras importantes responsabilidades, a de conduzir, sob liderança do Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência da SMS, o processo de certificação e contratualização do nosso Complexo Hospitalar.

Assumindo o risco de reproduzir uma “narrativa épica”, reconheço que constituímos uma equipe altamente qualificada e comprometida com a construção do SUS, portadora de um projeto consistente e com grande viabilidade/governabilidade e capacidade de governo, embora tenha encontrado condições preliminares de gestão bastante desfavoráveis. Entre outras coisas, por exemplo, as dificuldades para aprovar a reforma administrativa na Câmara de Vereadores de SBC, postergando a desejada reforma que daria potência de gestão para a SMS para o início de 2010 e **um sistema de informação muito precário, incapaz de produzir o monitoramento e controle necessários.**

Ao receber a revisão do meu orientador, fui alertado para o quanto esse trecho destacado em negrito no parágrafo acima indica que, de alguma forma, ainda estou preso ao fetiche da informação, com vistas ao monitoramento e controle necessários. **A provocação do orientador** é de que eu estaria falando exatamente como vários dirigentes hospitalares entrevistados, ou seja, **o desejo de ter um sistema de informação capaz de produzir o monitoramento e controle necessários!** Me provoca

²⁵ Além de um cidadão-morador ilustre que ocupava o estratégico cargo de presidente da República.

dizendo que, neste momento, o *sujeito gestor* como que cala o *sujeito epistêmico* que, no correr do estudo, chamou a atenção várias vezes para o **fetichismo da informação!**

De qualquer forma, estou destacando que, no caso da contratualização em SBC, poderia ser reconhecido um gestor local com mais capacidade de gestão, ou, pelo menos, se esforçando para sê-lo.

Contudo, as condições gerais do processo de contratualização no âmbito do MS, como já referido anteriormente, não ajudavam. A Comissão Interinstitucional não se reunia havia dois anos, o MS não avaliava o pleito de SBC. Em contraposição à prioridade que o município dava ao processo de certificação/contratualização do Complexo Hospitalar como hospital de ensino, pode-se afirmar, com consistência, do lugar de *sujeito gestor*, que a política de contratualização foi conduzida pelo MS, ao longo de 2009 e 2010, de forma extremamente frágil e secundária na ordem de prioridades governamentais, tão claudicante e sem potência, que acabou não se constituindo para o município na expressão mobilizadora das profundas mudanças que acabaram sendo empreendidas no âmbito do Complexo Hospitalar e na regulação dos serviços hospitalares. O certo é que teríamos efetuado as mudanças, conduzido o processo de reestruturação do Complexo Hospitalar, independentemente da certificação/contratualização como HE.

Aliás, o primeiro contrato de gestão (contratualização) estabelecido entre a SMS e o Complexo Hospitalar foi celebrado em 21 de junho de 2009, com recursos exclusivamente do município, nos moldes dos arranjos contratuais que vinham sendo propostos para as Fundações Estatais em serviços públicos em outros Estados e municípios. Neste caso, não há dúvida do quanto o arranjo contratual proposto para a nossa fundação estatal agiu sinergicamente à lógica da contratualização do Complexo Hospitalar como HE. Ou, é necessário reconhecer, que, também em SBC, a política de contratualização encontrou processos anteriores de racionalização da vida hospitalar.

O processo de certificação e contratualização

A fase de preparação da certificação do Complexo Hospitalar, que precedeu a aguardada visita dos certificadores do MEC e do MS, constituiu, em si mesma, um

momento muito especial, reforçando o achado do estudo de que o processo de certificação é apontado como o mais rico de todas as etapas da política.

A certificação teve início formalmente em meados de agosto de 2009, quando a diretoria e o colegiado gestor da instituição, a partir de decisão da SMS, resolve apostar neste processo como um elemento qualificador da relação ensino-pesquisa e da assistência no âmbito do Complexo Hospitalar, mas sobretudo pela possibilidade do componente hospitalar público do município de inserir de forma inequívoca na rede de saúde do município. Naturalmente, a perspectiva de ampliação dos recursos financeiros estava em tela, mas em função do processo de contratualização (como fundação estatal) já ter ocorrido, com recursos transferidos pela SMS a partir da precificação do conjunto de ofertas acordadas e contidas no contrato, o interesse econômico-financeiro que tanto mobilizou as *estações* estudadas não era fator preponderante e mobilizador para o Complexo Hospitalar, embora sua alta direção compreendesse com clareza e estivesse comprometida em buscar tais recursos junto ao MS para garantir sustentação ao sistema local de saúde.

A partir desse momento, portanto, constituiu-se uma comissão envolvendo membros dos três hospitais que conformam o Complexo Hospitalar para que, em pequenos grupos multidisciplinares, toda a proposta de certificação fosse conhecida, discutida e os profissionais se sensibilizassem para o novo desafio de ser reconhecido como um complexo hospitalar de ensino. Também era papel dessa comissão providenciar a documentação necessária para comprovação dos requisitos estabelecidos pelos respectivos ministérios.

Como o objetivo de preparar o Complexo Hospitalar para receber os certificadores do Governo Federal (mas porque eram também medidas que estavam inseridas no Plano Diretor Hospitalar que construímos e discutimos com o Conselho Municipal de Saúde e no âmbito do governo), todas as instalações dos hospitais foram adequadas para o ensino e pesquisa, tais como: salas de aula, biblioteca, informatização, etc.. Foi desenvolvido, também, um grande esforço de revisão de rotinas administrativas e técnicas. Protocolos de conduta clínicas foram revisitados e adequados às condições oferecidas pelas instituições à luz de consensos técnicos atualizados. Iniciou-se a implantação de um programa de gerenciamento de risco, a educação continuada foi reorganizada, todas as comissões foram adequadas e o

processo de trabalho revitalizado. A política de humanização ganhou fôlego: criou-se o Serviço de Orientação dos Usuários (SOU), implementou-se a visita aberta (24 horas), enfim, várias iniciativas encontraram nesse processo o estímulo para sua consolidação.

Entre 16 e 18 de dezembro de 2009, recebemos os avaliadores do MEC e MS que vistoriaram todas as unidades hospitalares e suas instalações, assim como os serviços terceirizados, checando todos os protocolos, equipamentos e documentação. Também avaliaram as instalações de pesquisa e ensino, bem como protocolos, processos, atas de comissões e contratos de parceria com as escolas da área da saúde (medicina, enfermagem, fisioterapia, fono e psicologia), programas de treinamento da graduação e da pós-graduação, programas de especialização e residência médica em seus vários programas. Finalizou-se a vistoria com entrevistas junto aos alunos e pós-graduandos das instituições, e finalmente com conselheiros de saúde e os gestores, procurando avaliar todos os convênios e contratos firmados entre a SMS e as entidades de ensino conveniadas. Finalmente, oito meses após a visita, em 13 de agosto de 2010, foi publicada portaria atestando a certificação dos hospitais do Complexo Hospitalar como HE.

Novo processo de pressão teve que ser desencadeado para viabilizar a formalização da contratualização. Era patente a falta de vontade política dos agentes governamentais federais em viabilizá-lo. Entretanto, pragmaticamente, tratava-se de captar recursos que o município já vinha arcando por conta própria, obter do governo federal um tratamento isonômico em relação a outros governos municipais e estaduais que conduzem a gestão de seus hospitais de ensino contando com o aporte de recursos adicionais previstos na política. Para tanto, após enorme pressão política sobre os dirigentes do MS, contando com a ativa articulação do prefeito municipal, que efetivamente entrou em cena, e com apoio dos quadros da secretaria e do Complexo Hospitalar junto à diversas instâncias do MS, finalmente, ao final de 2010, obtivemos a confirmação da contratualização do Complexo Hospitalar como HE e a publicação de portaria ministerial que ampliou o teto financeiro do município em 42 milhões de reais/ano, ampliando significativamente a viabilidade do projeto de mudanças em curso.

Aqui, o **jogo de autores ausentes**, categoria empírica tão importante na construção do estudo, é invertida completamente. Agora, e em mais uma **provocação**

do orientador, os atores locais utilizam-se de seus conhecimentos e contatos nos “anéis burocráticos” do Estado (que os estudos fundadores da Saúde Coletiva tanto denunciaram nos anos 70, ao falarem da privatização do Estado...) para viabilizar a contratualização e a captação de recursos financeiros. Uma utilização dos “anéis burocráticos” do “bem”...

As condições relatadas fizeram com que o processo fosse construído, por um lado, de forma muito arrastada, com muitas dúvidas sobre a possibilidade de êxito. Por outro, sob a coordenação da equipe dirigente do Complexo Hospitalar, pudemos observar um rico processo de produção e internalização da contratualização.

Aqui, a **provocação do orientador** é que eu, quando formulo como *sujeito gestor*, falo em “internalização da contratualização”, sem nenhuma avaliação mais objetiva que o *sujeito epistêmico* saberia cobrar ou exigir...

O primeiro estímulo à adesão ao Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino, considerando as duas fases: certificação e contratualização, partiu do colegiado de gestão da SMS, a partir de discussões sobre a inserção do Complexo Hospitalar de SBC na rede de atenção à saúde do município e região, considerando sua potência na área assistencial, mas sobretudo na questão do ensino – sempre tão distante das necessidades do sistema de saúde. Mais tarde, na fase de visitação dos ministérios, a SMS participou formalmente das visitas no papel de gestor público, e não podia ser diferente. Entretanto, esteve presente em todas as etapas de preparação para a certificação, apoiando, criticando e colaborando nas estratégias de melhoria dos processos internos para adequação aos critérios de certificação.

O processo produziu um sentido de equipe entre os gestores da SMS e os dirigentes do Complexo Hospitalar. Desde a discussão dos indicadores, comprovação dos dados, passando pela justificativa do que solicitávamos ao MS, a participação da secretaria foi ativa, na discussão e definição de metas quali e quantitativas, melhoria da gestão interna dos hospitais, apropriação da potência do ensino e pesquisa para agregar qualidade a rede pública. A participação como gestor que assumiu para valer a coordenação política do processo, manifestando-se de forma inequívoca quanto ao que estava sendo produzido, parece-me ter sido a maior contribuição da SMS à contratualização.

Impactos da contratualização em SBC

Independentemente da fase seguinte, da contratualização como HE, o Complexo Hospitalar continuou operando e sendo gerido a partir do arranjo contratual estabelecido anteriormente. Mais do que isso, investindo no aprimorando dos processos de estrutura interna como: **elaboração de rotinas técnicas e operacionais de forma continuada**; criação do sistema de avaliação de satisfação do usuário; reestruturação das comissões hospitalares e implantação de novas comissões como a de transplante, captação de órgãos, etc. Desenvolveram-se **rotinas e fluxos** de vigilância da saúde do trabalhador e atividades de vigilância epidemiológica, hemovigilância, farmacovigilância e tecnovigilância, em parceria com a SMS. Instituiu-se a utilização de prontuário único, visita e prescrição multidisciplinar. As instalações para estudo, ensino e pesquisa, após a adequação, passaram a ser plenamente utilizadas. As ações de humanização estão sendo implementadas conforme o preconizado pelo HumanizaSUS, como a implantação da visita aberta e outras iniciativas. Está em plena atividade a comissão de medicamentos e materiais, com uma única central de compras servindo ao complexo, mantendo portanto uma **padronização de materiais e medicamentos**.

O estabelecimento do **planejamento de processos, protocolos e fluxos**, permite que o Complexo Hospitalar trabalhe com **indicadores, tanto de produção e de qualidade, como instrumentos de gestão**. A implantação da política de gestão do trabalho em saúde, entre diversas medidas, constituiu um programa de **capacitação e treinamento profissional para qualificar os trabalhadores**. A alta direção e as gerências intermediárias estão envolvidas em estratégias de Educação Permanente, em conjunto com o quadro de dirigentes da SMS.

Outra provocação do orientador aponta como nestes dois últimos parágrafos várias das medidas propostas (marcadas em negrito) visam produzir, em última instância, exatamente o que denominamos no estudo de racionalização da vida hospitalar! **Um hospital organizado**, planejado, protocolizado, produtivo, informatizado, monitorado, com trabalhadores capacitados e qualificados

Ao longo de todo esse processo, e à medida que a secretaria foi implementando a regulação dos serviços municipais, o Complexo Hospitalar passou a ser regulado pela SMS. Até então, o hospital não só operava a gestão das suas vagas e serviços, como acabava, à semelhança do que foi observado no HE₂, assumindo o papel que deveria ser competência do gestor local. Atualmente, as internações e procedimentos ambulatoriais são integralmente reguladas pelo Complexo Regulador da SMS.

De novo, sou **provocado** com o seguinte questionamento: em nenhum hospital de ensino estudado as internações e procedimentos ambulatoriais são reguladas **integralmente** pelo complexo regulador da SMS, sobrando sempre um espaço de liberdade e autonomia de atuação dos profissionais (centralmente os médicos) e mesmo dos usuários, para a produção de itinerários terapêuticos informais, nômades e desafiadores da regulação formal. Não teria, neste momento, o *sujeito gestor* abafado, pesadamente, o sujeito epistêmico ao fazer tal afirmação?

As transformações observadas no cotidiano do Complexo Hospitalar de SBC, seja em função da etapa de preparação para a certificação, seja para o processo de contratualização em si (embora, novamente, caiba destacar que neste caso o contrato tinha sido celebrado anteriormente), são mudanças que se orientam, pelo menos como intenção, exatamente pelo que apontava a política.

Em SBC estamos tendo a oportunidade de exercitar, de tentar colocar em prática, o que a política traz de inovação (para além das práticas racionalizantes tradicionais). A democratização mais efetiva e a gestão colegiada e participativa no planejamento e na vida institucional²⁶. Ainda que em fase inicial de implementação, está presente nas ações desenvolvidas o desejo de reorientar o cuidado em rede por meio de linhas de cuidado, coordenadas a partir da atenção básica, integrando os hospitais com os demais serviços do município, com a atuação de apoiadores matriciais “costurando e tecendo” a integração intra-hospitalar e desses serviços com a rede.

Aqui, o **orientador me provoca** da seguinte forma: a implantação de linhas de cuidado a partir da atenção básica, seria um diferencial importante em relação aos

²⁶ Os Conselhos Gestores das unidades hospitalares que compõem o Complexo Hospitalar de SBC foram eleitos em 14 de outubro de 2009 e a posse ocorreu em 14 de dezembro de 2009. Desde lá, são mantidas reuniões mensais em cada unidade. No que se refere à contratualização, foram informados do processo, mas não participaram ativamente do processo, em função de que grande parte do trabalho aconteceu antes da instalação dos conselhos.

outros HEs, ao reinventar **a relação do hospital com o SUS**. Se considerarmos que as linhas de cuidado significariam, em sua formulação política mais avançada, a produção de uma complexa rede de relações interserviços, intersujeitos, fortemente do campo micropolítico, portanto a ser produzida em processo e com tempo, o que significa afirmar as linhas já estariam implantadas? Segundo ele, neste momento, o *sujeito gestor* como que anula tudo o que o *epistêmico* anunciava até então.

Há, ainda, o esforço de se produzir estratégias de educação permanente para dirigentes e trabalhadores dos hospitais, conduzidas de forma integrada com a SMS, procurando fugir dos esquemas tradicionais de capacitação, embora se esteja observando alguma resistência das gerências do complexo hospitalar em participar desses processos mais construtivistas e problematizadores próprios da educação permanente.

Há décadas buscava-se o reconhecimento institucional, por exemplo, para credenciamento de bolsas de residência, para a produção de pesquisa institucional a partir de demandas discutidas com as equipes da SMS (e não apenas por iniciativas individuais, como ocorria até então), definição em colegiado de gestão central da secretaria de saúde sobre qualquer mudança no perfil assistencial ou incorporação de novas tecnologias nos hospitais, entre outras importantes mudanças, exemplificam e dão sentido a esta afirmação.

O processo de certificação/contratualização foi assumido como uma oportunidade de visualizar, promover e implantar melhorias permanentes nas unidades. Como nada foi construído exclusivamente para tal processo, fica mais difícil identificar mudanças que foram efetivamente induzidas por ele. Na verdade, experimentamos muito daquilo que pretendíamos quando idealizamos esse processo: entendíamos que era possível, por meio de um programa ministerial, estimular e oferecer uma possibilidade de resgate do papel desses hospitais para o sistema de saúde. Esta não é a única forma de induzir essa transformação – e a experiência em SBC dá conta de mostrar isso – mas tornou-se, para gestores e gerentes quem souberam entendê-lo e aproveitá-lo, uma grande oportunidade nesse sentido.

As mudanças produzidas pela contratualização não se restringiram ao Complexo Hospitalar de ensino. A SMS teve que desenvolver sua capacidade de gestão e consolidar o processo de acompanhamento e avaliação de contratos, aprendendo a

lidar com uma nova cultura de avaliação e de comprometimento em que o desejado é o cumprimento do contrato (pois, no mérito, é isso que interessa e não a punição pelo não-cumprimento de algumas delas). Da mesma forma, as áreas de regulação assistencial e a estruturação de uma área para a educação permanente foram potencialmente beneficiadas com esse processo.

Em autoanálise a partir da política de contratualização

Que diferenças e expectativas posso destacar ao promover uma autoanálise sobre a nova situação de *sujeito gestor*, agora com a responsabilidade de implementar a política de contratualização armado e profundamente mexido com os achados do estudo? Serei eu um agente da racionalização? O quanto minha ação governamental está capturada, ainda que inconscientemente, por lógicas racionalizadoras das práticas médico-hospitalares, como as **provocações do orientador** me fazem pensar?

Penso que o estudo me trouxe importantes reflexões, possibilitando uma nova práxis, que leve em consideração esses aportes. Neste momento em que me coloco em análise (na intercessão dos sujeitos formulador, epistêmico e gestor), tenho noção disso e vejo que, embora extremamente difícil, é possível fugir em parte das “armadilhas” que se apreendem de meus estudos. Reconheço que essa interlocução me permitiu vislumbrar que processos anteriores de racionalização da vida do hospital já estavam presentes, antes mesmo da chegada em âmbito local da política de contratualização, portadora que é de uma aposta de construção de um novo hospital para o SUS. O que fomos vendo no estudo é que, por desconsiderar elementos da micropolítica do hospital e da dinâmica política local, acabam tendo – como dispositivo de mudanças almejadas – pouca potência.

Reconheço hoje que vivi o processo de certificação/contratualização do Complexo Hospitalar de SBC de forma muito pragmática, assumindo claramente certa relativização em relação ao grau de formalização originalmente proposto e mesmo em relação às diretrizes contidas na política. Nada que tenha me deixado com o sentimento de estar promovendo uma deturpação, mas de forma muito explícita, assumo que a busca dos recursos financeiros do Incentivo à Contratualização e a incorporação ao teto global financeiro do município de recursos referentes a um

conjunto significativo de serviços prestados pelos três hospitais (implantados antes ou após 2009) que não contavam com a transferência regular e automática de recursos federais, e que eram bancados exclusivamente com recursos do tesouro municipal²⁷, foi mobilizadora para levar adiante a adesão à política de certificação/contratualização, num contexto de pouca ou nenhuma receptividade por parte dos dirigentes do MS.

Na verdade, atribuo à maneira mais “relaxada” como lidei com o processo de adesão à política, à certeza de que o conjunto de mudanças que pretendíamos e iríamos implementar no Complexo Hospitalar de SBC, ocorreria com ou sem a contratualização como HE. Tanto é que, em 21 de junho de 2009, portanto mais de seis meses antes da certificação e 18 meses antes da publicação pelo MS da portaria que formalizou a contratualização do Complexo Hospitalar, já tínhamos transformado a relação convenial com a Fundação do ABC, mantida pela gestão anterior, substituindo-a pela celebração de contratos de gestão contendo arranjo contratual que já seguia praticamente a lógica da contratualização como HE na íntegra. Ou seja, sem reconhecimento formal do Governo Federal e novos recursos, apenas com aqueles disponibilizados pela Prefeitura, já fizemos a contratualização. Trata-se de um movimento sinérgico, parecido em parte com o que observei em outras *estações*, só que não motivado por processos de acreditação, qualidade total ou **outras estratégias racionalizantes**. No caso específico de SBC, a motivação era a afirmação da Fundação do ABC como fundação estatal (pública de direito privado) e não como organização social, como a direção da entidade e o ex-gestor de saúde de SBC vinha mantendo até então. Ou seja, havia a necessidade de reestruturar o Complexo Hospitalar, inseri-lo e integrá-lo adequadamente no sistema local de saúde e corrigir as graves distorções assistenciais e gerenciais que encontramos, e, ao mesmo tempo, tais decisões estavam referenciadas a um campo de disputa ideológica envolvendo modalidades de gestão para o Estado no qual estávamos (e estamos) inseridos no movimento sanitário.

Aqui, a **provocação do orientador** é no sentido de questionar quando eu digo que os processos em curso (nos quais ele identificou fortes elementos

²⁷ A participação do governo do Estado nas despesas em saúde por meio de recursos transferidos ao município é insignificante. Em 2010, esse valor foi da ordem de 0,32% do total de gastos com saúde, cabendo à União 33,66 % e os restantes 65,96% ao município. Fonte: Relatório de Prestação de Contas do 4º trimestre (2010), produzido pela Secretaria de Saúde de São Bernardo do Campo.

racionalizadores) “não foram motivados por processos de acreditação, qualidade total ou outras estratégias racionalizantes”. O que eram então? Não eram racionalizadoras? Ou eram “racionalizadoras do bem”? Existe “racionalização do mal” e “racionalização do bem”? E qual ator social arbitraria o que é “do bem” e o que é “do mal”?

Antes da pesquisa teria sido mais rigoroso, menos flexível na condução do processo, na exigência do preenchimento de critérios e mais obsessivo em relação à fixação e cumprimento de metas. Acreditaria enfaticamente na potência do processo mais formal. Tenho a percepção de que acabei apostando, com a minha equipe, numa via de construção mais coletiva, que procura envolver mais as pessoas, no cotidiano dos estabelecimentos e em processos de gestão colegiados, na internalização e na disputa do projeto no âmbito da micropolítica, via discussão e construção coletiva, colegiada, princípio da política que não pude vislumbrar nas *estações* analisadas em meu estudo, mas que tem sido a aposta central na experiência concreta de gestão que estamos empreendendo em SBC.

Reforçando o que já afirmei antes, é preciso considerar que o processo em SBC se diferencia, entre outros elementos, pelo fato da prefeitura ser gestora e proprietária do Complexo Hospitalar ao mesmo tempo. Isso confere uma singularidade muito especial à essa experiência local. Os dirigentes hospitalares foram indicados pelo gestor, a gestão hospitalar é integral e autonomamente efetuada pelo Complexo Hospitalar por meio da fundação estatal (com ágeis mecanismos de gestão). O gestor acaba tendo um duplo papel, o de gestor e dirigente do hospital, ainda que operando por meio de quadros profissionais altamente capacitados e aderidos ao projeto (ao ponto de participarem do colegiado de gestão central da SMS). No arranjo interno, os dirigentes são indicados pelo prefeito e, no caso, por direta escolha do gestor municipal de saúde – um modelo muito peculiar. No caso dos hospitais públicos federais, por exemplo, os dirigentes lidam com gestores relacionados a outras forças políticas, de outra esfera de governo. No caso de SBC, o modelo é mais caseiro, previsível, controlável.

Até que ponto essa situação peculiar é propiciadora de condições distintas e marca muitas das diferenças observadas em relação as demais *estações* aqui estudadas? Outros hospitais municipais vivem realidades semelhantes? O estudo não

pode demonstrar se essa situação observada – gestão e gerência municipal, a modalidade mais descentralizada entre todas as existentes – permite resultados distintos dos que pude observar nos HEs escolhidos para compor a amostra do presente estudo. Esse arranjo é uma novidade, embora na perspectiva mais contratualista não haja nenhum estranhamento no que diz respeito à celebração de contrato de gestão entre o Estado e os seus próprios serviços em busca de maior autonomia e eficiência.

A análise crítica das apostas apresentadas e discutidas no segundo plano analítico deste estudo teve importância particular e significativa na maneira como conduzi, na qualidade de sujeito *gestor*, o processo de contratualização em SBC. Estava alerta para a necessidade de constituir um time de gestores e gerentes, na SMS e no Complexo Hospitalar, com capacidade de implementar e acompanhar a política, protagonizando articulações políticas e promovendo os ajustes necessários. Instituímos instâncias colegiadas e de controle social, acreditando que pudessem ter protagonismo e competência para o acompanhamento efetivo da política. Mobilizamos nossas ações para que o sistema local de saúde pudesse garantir tanto as atividades de atenção básica como de urgência e emergência, permitindo que os HE desempenhem o papel de serviço qualificado de referência²⁸.

Outra aposta presente em SBC, conforme já discutido, é a de que haveria uma capilarização das diretrizes e princípios da política de contratualização, conseguindo a participação, envolvimento e adesão do corpo funcional dos hospitais. Da mesma forma, há um investimento importante, embora a essa altura menos idealizado, na utilização intensiva da informação, em bases lógicas e racionais, como condição capaz de dar suporte para o acompanhamento e ajustes necessários, mas não mais como a panaceia que resolverá todos os problemas do cotidiano de nossas organizações. Estava muito mais esperto quanto a isso.

A despeito dessa “relativização” da potência do uso da informação, a **provocação do orientador** é a de que eu afirmo que “a aposta é que haveria uma capilarização da política”, como se, em SBC, ao contrário do que fomos afirmando no

²⁸ A aposta na implantação das UPAs (quatro inauguradas até o presente momento e mais cinco em fase de implantação) e estruturação e descentralização das bases do SAMU-192, a ampliação da cobertura e fortalecimento das equipes de saúde da família e o investimento na abertura de quatro novas UBSs e a reforma e ampliação de outras 27, o estabelecimento de apoio matricial na rede, linhas de cuidado para lidar com os principais desafios, são demonstrações objetivas do quanto essa aposta é central no projeto sanitário de SBC.

correr do estudo, a “capilarização estaria garantida, e que, de alguma maneira, e por algum “milagre”, ela ocorreria. Neste momento, o *sujeito gestor* é quem fala mais alto, deixando na sombra o *sujeito epistêmico*.

Comparativamente às demais estações visitadas, o processo de SBC se destaca pela interlocução e solidariedade entre a SMS e o Complexo Hospitalar – grande parte atribuída ao modelo de gestão que foi desenvolvido, mas fortemente influenciado pelo alinhamento político-ideológico que existe entre as pessoas que lideram cada um dos processos que definimos desenvolver. Não que o nosso processo não tenha enfrentado grandes dificuldades e até mesmo conflitos, mas há muita cumplicidade em relação ao que se quer construir, onde se quer chegar. A convicção, às vezes até mais do que a competência e *expertise* (que se constroem também na experimentação), parecem contar decisivamente.

Lições que aprendi

Entre as muitas lições que puderam ser por mim apropriadas no papel de *gestor*, oriundas das provocações transportadas da dimensão *formulador* e *epistêmico*, destacaria que a mais importante foi ter plena consciência da intencionalidade e dos limites do programa de reestruturação dos hospitais de ensino, das apostas que nele estavam subliminarmente inscritas e aproveitar tudo isso como estratégia para implementar ações qualificadoras para o Complexo Hospitalar, incluindo sua maior inserção na rede de saúde de SBC. A mais gratificante experiência (embora tenha que admitir o alívio proporcionado pelo aumento de recursos) foi o compartilhamento das responsabilidades frente a cada etapa do processo, o desafio de capilarizar a discussão e as propostas com as diferentes equipes e com todas elas. A busca por um processo “real” de transformação da instituição também tem sido muito importante, pois receamos repetir o que aconteceu em outros estabelecimentos hospitalares e produzir uma certificação e contratualização que não fizesse a menor diferença no cotidiano das pessoas.

Aqui, a **provocação do orientador** é: seria possível afirmar que o “alinhamento político-ideológico” entre eu e minha equipe gestora e os dirigentes ou gerentes

hospitalares responsáveis por implementar as ações se reproduz no mundo micropolítico? Para ele, é nestes momentos em que a tensão entre meus “atores internos” se torna mais evidente e o *sujeito gestor* se impõe, abafando a voz do *sujeito epistêmico*.

Naturalmente, tais opções refletem um certo modo de fazer gestão, mas acima de tudo, uma concepção de mundo. É provável que outros atores à frente da SMS e do Complexo Hospitalar de SBC tivessem protagonizado outras formas de produzir mudanças na atenção hospitalar. Talvez sequer tivessem tentado produzir a contratualização dos seus hospitais de ensino.

Temos nos deparado e refletido sobre as dificuldades e desafios ao optar pela gestão colegiada. Temos nos defrontado e buscado caminhos para enfrentar os ruídos na comunicação (apontada desde sempre como nó crítico em qualquer organização humana), na democratização da gestão, no processo de abertura dos hospitais para rede, na relação com a faculdade de medicina e com o programa de residência médica, entre outras.

Nossos hospitais são, ao mesmo tempo, muito iguais e muito diferentes dos que observei em meu estudo. E são hoje já muito diferentes do que eram ao final de 2008. A alta direção e as gerências intermediárias atuam em sinergia com o projeto da SMS e da rede de cuidados municipal. É uma direção comprometida com o projeto mais geral do SUS, característica que não estava marcadamente presente nas *estações* que visitei. Isso não significa, entretanto, que o conjunto de profissionais que atuam nos HEs esteja aderido a esse projeto. Ou que se posicionem em outra trincheira, como adversários do SUS. Trata-se, claramente, de um projeto em disputa (novamente reforçando as premissas do estudo), que se dá de maneira, na maioria das vezes, muito sutil, quase imperceptível. De outras, ruidosa e visível. De qualquer forma, temos adotado estratégias muito cuidadosas no âmbito da micropolítica, em particular na relação com o corpo clínico e com os docentes. A percepção interna (e externa também, avaliada por pesquisas de opinião pública e outros instrumentos de gestão) é de que os hospitais melhoraram, que mudaram positivamente, mas que estamos apenas no começo, pois muito ainda falta avançar.

O que posso observar com clareza é que, nesta peculiar experiência de SBC, há o desejo de constituir um *mix* entre processos racionalizantes, que aumentem a

previsibilidade e a funcionalização dos hospitais, garantindo um padrão de maior eficiência e cientificidade aos nossos serviços, sem o abandono do ideário emancipador do qual somos devedores, do campo da Saúde Coletiva, em particular as reflexões e contribuições produzidas pelo Laboratório de Planejamento e Administração (Lapa) da Unicamp, e de tantos autores que nesta “fonte beberam” e a tomaram como referência teórica, buscando uma maneira de produzir esse novo hospital de ensino do SUS.

Lidando com a racionalização do mundo do hospital

Neste ponto, e tendo experimentado dar voz para todos esses sujeitos que me compõem, provocado pelos comentários do orientador sobre o meu texto, vou tentar produzir algumas “conclusões” possíveis, grávidas de tensões e aporias...

É inevitável avançar em projetos mais científicos, mais objetivantes, mais reguladores, porque produzem um bem que as pessoas querem e precisam, que faz sentido tanto para usuários, como trabalhadores e gestores e que podem ampliar a previsibilidade, a sustentabilidade, a eficiência, a capacidade técnica, científica e econômica de nossos hospitais. Só que esse processo racionalizador, oriundo e trabalhado no setor privado na lógica do mercado, com seus valores de competitividade, redução de custos e aumento de lucro, quase sempre, ao ser transplantado para o setor público, sofre deturpações importantes, em decorrência de sua inadequação para a gestão de organizações que são estruturadas por outros sentidos que não o da produção de valor, e que requerem um conjunto de práticas gerenciais mais finas, complexas e capazes de produzir outros sentidos para o trabalho em saúde.

É preciso reconhecer, portanto, que certo nível de racionalização das práticas médico-hospitalares pode levar a um padrão de eficiência, mesmo que movido por diferentes lógicas. No setor público, embora possa trazer alguns benefícios de curto prazo, quase sempre têm aplicação desastrosa e apresentam-se como um simulacro, uma vez que são medidas implementadas à “meia-sola”, um transplante malfeito daquilo que é efetuado em serviços privados em condições de controle muito distintas,

ainda que os resultados e a louvada eficiência do setor privado – “cantados em versos e prosas” – também mereçam ser seriamente questionados.

São, portanto, como destacado no terceiro plano analítico deste estudo, impasses, dilemas que temos que encarar. Os que defendem o SUS (a partir de um certo ideário emancipatório), defrontam-se com tais dilemas, quase um impasse, eu diria. Métodos de cogestão de coletivos para os hospitais (CECILIO, 2004; 2007a; CAMPOS e AMARAL, 2007) partem de determinadas apostas, apontam para alternativas para o paradigma estrutural-funcionalista, mas, por não considerarem devidamente a complexidade e as consequências dessa colonização do mundo do hospital pelas práticas racionalizantes, acabam forjando modelos muito simplificados de enfrentamento desta realidade, e não têm conseguido se apresentar como alternativa real e “pragmática” no atual debate do campo público.

Está em jogo certo jeito de pensar a sociedade, um ideário marcadamente comprometido com uma visão de homem e de mundo numa perspectiva emancipatória, que produziu o Lula, mas produziu a Dilma e outros gestores que apostam de modo cada vez mais explícito na eficiência e na modernização gerencial. Esse discurso gerencialista traz proteção, conforto, aceitação... E, mais do que isso, parecem produzir um grande consenso sobre o “que deve ser feito”, para fazer os serviços funcionarem bem, sejam eles bancos, museus, hidrelétricas ou serviços de saúde. Os programas de qualidade marcados por grandes “ídolos” (*falconis* e *gerdaus* da vida), manuais, creditações, etc., constituem-se em senha para ingresso em área VIP no mundo administrado.

Ou nos deixamos capturar por tudo isso e seguimos em frente ou aceitamos o desafio de experimentar novas coisas nos hospitais, novos coletivos, mecanismos de conversa e produção de diálogo com médicos e profissionais de saúde. Outros experimentos que despertem novos sentidos na relação dos trabalhadores da saúde com o seu hospital, como um espaço de realização profissional, organizado, eficiente, seguro, mas que permite respirar, brotar a criatividade, trabalhar a diferença, experimentar coisas novas, produzir novos encantamentos e sentidos. Construído por pessoas decentes, comprometidas, capazes de produzir coisas diferentes, boas e não apenas reproduzir as regras e protocolos retiradas dos manuais superestruturados dos MBA, processos de acreditação, etc., válidos para qualquer lugar, circunstância e

contexto, que atuam como vetores externos que mexem com a vida das pessoas (consideradas meramente “colaboradores” ou mais um recurso a ser manipulado e enquadrado nas regras do jogo) sem considerá-las como sujeitos centrais de qualquer processo de mudança.

Permitindo-me, neste ponto, voltar ao lugar de *sujeito epistêmico*, livre dos imperativos do tempo e das respostas imediatas exigidas dos gestores públicos, responsáveis pela formulação e implementação de políticas públicas, dos imperativos do Estado, que nos levam à simplificações, aligeiramentos e outras estratégias de sobrevivência, chego ao final do estudo sem a necessidade de produzir respostas, apontar saídas e normatizar esquemas de enfrentamento dos problemas aqui identificados.

Como militante cuja trajetória profissional e de vida está altamente implicada com a construção do SUS, tomado na perspectiva de um projeto emancipatório e de produção de uma nova sociedade, parto do pressuposto que não tenho o direito de desconsiderar as questões levantadas pelo estudo, de refletir o quanto nossas (melhores) práticas estão profundamente imbricadas e contaminadas por teorias que produzem racionalização crescente das práticas hospitalares e que, por sua vez, estas podem ser compreendidas como partes de processos mais amplos de racionalização da sociedade.²⁹

Considerações quase finais

Produzir um novo hospital de ensino, a partir dos ambiciosos eixos estratégicos contidos na política de reestruturação dos HE, forjada no início do governo Lula em resposta à crônica crise a que estavam submetidos esses estabelecimentos hospitalares, procurando transformá-los, efetivamente, em hospitais *do e para* o SUS,

²⁹ No momento que formulo a conclusão deste estudo, já sei que fará parte desta banca a Prof^a Dr^a Alzira Jorge, da UFMG, que, coincidentemente, foi convidada para compor a equipe dirigente do Ministério da Saúde a partir da posse da presidenta Dilma Rousseff, como Diretora do DAE, cargo que também ocupei, assumindo a responsabilidade pela política de contratualização dos HE. Sinto-me, portanto, compromissado com ela e essa minha última experiência, como gestor do SUS em SBC, me permite aportar elementos para a produção de conhecimento e avaliação da política.

produtores de novos modos de cuidado para usuários e de realização profissional dos trabalhadores da saúde, é tarefa que exigirá um grande esforço de teorização, de construção de novas práticas e a reafirmação de princípios que não podem e não devem se submeter ao gerencialismo (embora dele possam extrair elementos que possam ajudá-los a ser mais seguros e eficientes) se quisermos contribuir, a partir do local em que podemos atuar, com uma sociedade mais justa, igualitária, solidária e que promova a saúde como um direito social (sonhos que ainda mobilizam este autor e seu orientador).

O estudo termina indicando o quanto os dirigentes governamentais envolvidos na formulação da política de contratualização, por mais bem-intencionados e comprometidos com o ideário e pressupostos da reforma sanitária brasileira, num processo muito politizado, com intensa participação de diversos atores, sem perceberem, de forma não consciente, imperceptível, acabaram produzindo um projeto extremamente *idealizado*, mas que não tem potência, por não possuir reflexão consistente para enfrentar a densa rede de relações da micropolítica de um HE, ficando comprometido com o desenho da racionalidade implícita no gerencialismo que impregna a própria política.

Diante do dilema apontado, resta-me sair da pretensa aporia estabelecida, procurando lançar questionamentos, sem prescrição de fórmulas prontas.

A política poderia ter obtido resultados mais consistentes se tivesse sido concebida de maneira menos ambiciosa? Poderia ter sido formulada de maneira mais simples, mais aberta às contingências e singularidades locais, sem a pretensão de cercar e produzir respostas a todos os aspectos da vida de um hospital para transformá-los no hospital *tipo ideal* do SUS? Seria possível um arranjo contratual diferente, centrado em alguns pontos mais substantivos, e aceitando a multiplicidade, a contingencialidade, a diversidade própria dos vários contextos locais com suas histórias, suas composições, seus atores?

A parafernália normativa e instrumental já desenvolvida ou almejada para a condução da política, que se desdobra na expectativa de sistemas de TI cada vez mais potentes e completos que, no limite, permitiriam o controle panóptico do HE, se defronta – em ato – com a inexistência do gestor local idealizado, com o jogo dos atores ausentes, largamente analisados ao longo do estudo. Os dirigentes hospitalares

sabem e apontam isso claramente. No entanto, jogam o jogo que avaliam que precisa ser jogado, inclusive preenchendo planilhas e mais planilhas que não apresentam nenhuma serventia no cotidiano da gestão do seu estabelecimento. Gestores e dirigentes hospitalares tratam de qualificar o processo de regulação e a relação com o sistema locorregional de saúde, ainda que, quase sempre, traduzindo o interesse do gestor em estabelecer alguma regulação sobre a oferta do HE e a oportunidade para os dirigentes hospitalares enfrentarem a autonomia e capturar das mãos dos médicos/docentes o controle de parte significativa da oferta de serviços médico-hospitalares, a disputa pelo “hospital dos professores”.

Ao se propor dar conta de tudo, a política de contratualização dos HEs acaba praticamente não dando conta de nada. Matus já nos alerta que essas políticas têm que ser concebidas e implementadas com mais cuidado, adequada à complexidade dos problemas que se pretende enfrentar. Se fossem priorizados dois problemas, por exemplo, os sérios problemas de financiamento e o apartamento desses HEs em relação ao SUS, os resultados seriam diferentes? Só neste segundo problema já teríamos um campo de batalha intenso. Esses hospitais, reconhecidamente, têm uma autonomia de produção extremamente alta, interesses de pesquisa, corporativos, que não são imediatamente quebrados por uma única política.

Quando se adentra o mundo da micropolítica, da necessidade de enfrentar a complexidade do hospital de ensino, preencher o hospital de homens e mulheres, de encontros, as armas disponíveis para gestores e dirigentes oriundas das práticas mais racionalizadoras parecem perder potência.

Carecemos de experiências bem-sucedidas de responsabilização e produção de cuidado numa linha em que esse encontro com o outro, a horizontalização das relações, seja enfrentada na dureza do cotidiano das instituições. Educação Permanente, gestão colegiada, linhas de cuidado, apoios matriciais e outros dispositivos em curso são novas apostas ainda carentes de maior reflexão teórica-conceitual e de experimentações em organizações complexas como os HEs.

Uma parte do movimento sanitário, alinhada com os preceitos mais gerais do gerencialismo e da racionalização das práticas médico-hospitalares, preocupadas em traduzir para o hospital público esses preceitos (ou já rendida à necessidade de cada vez mais dar-lhes a estrutura e o processo de gestão privada, convencida de que o

hospital público não tem futuro) tende a considerar desnecessária as preocupações contidas neste estudo. Os problemas aqui destacados tendem a ser considerados anomalias pela inadequada implementação (ou pela recantada falta de capacitação dos atores), reparáveis por meio de mais medidas racionalizantes. Não é a opinião que partilhamos. Pensamos que há mais complexidade nisso tudo e que isso precisa ser enfrentado.

Apontamos para uma discussão diferente. Não se trata de aqui defender que o HE não tenha que ter uma lógica mais científica de funcionamento, mais eficiente. A própria contratualização estabelece um conjunto de regras e compromissos que apontam nesse sentido. O problema é que a funcionalização do hospital de ensino pode amarrar, engessar, atropelar o conjunto de sujeitos, sujeitando-os a meros cumpridores de papéis e funções preestabelecidas, negando a micropolítica e o desejo. Esse princípio de formulação corre o risco da simplificação e isso tem um preço, a diminuição da sua própria eficácia.

Tal qual o rio, cujas margens orientam, mas são incapazes de conter as águas, será que tudo isso pode ser feito, desde que com margem para a inovação, para a autonomia, para a produção do encontro, do cuidado responsável, com espaço para o ruído e a diferença?

O pensamento filosófico na modernidade, em crise, aponta para complexidade, criatividade, inteligência, participação, etc. O setor privado, ao seu jeito e para atender seus interesses, captura, a seu modo instrumental, tudo isso. O nosso projeto, emancipatório, de esquerda, ideológico, por outro lado, quer produzir cuidado, mas ao mesmo tempo, propõe-se a produzir também um outro homem, sob outras relações sociais. Mas tem, concomitantemente, que lidar com os imperativos da ação estatal, com o tempo político da ação governamental. Seria, portanto, realizável no âmbito e limites do Estado? Restaria espaço de vida, de criação e realização neste contexto?

Chego ao fim deste longo percurso com uma visão menos idealizada do potencial de produção de mudanças do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Governo Federal no sentido originalmente pensado por seus formuladores.

Ao retomar os pressupostos iniciais que conduziram o estudo, posso afirmar que foram plenamente validados. O primeiro indicava que a política de contratualização dos HE apresentou capacidade de induzir mudanças na vida hospitalar. Em maior ou

menor intensidade, isso ocorreu. Acrescente-se, porém, que também foi observada muita conservação. O segundo pressuposto era de que as mudanças não se deram necessariamente no sentido originalmente pensado pelos formuladores da política, assumindo diferentes configurações conforme as características e contextos nas quais foram efetivamente implementadas, marcadas pela micropolítica de cada estabelecimento. O terceiro, fortemente presente no estudo e confirmado pela experiência em São Bernardo do Campo, era que a heterogeneidade no processo de implementação pode ser atribuída em grande parte aos diferentes protagonismos assumidos pelos gestores do SUS (estadual ou municipal) no processo de contratualização. Também o quarto e último pressuposto do estudo foi confirmado. Ao longo das entrevistas com gestores locais e federais, dirigentes hospitalares e na agônica condução que o MS deu ao processo pleiteado pelo município em que me vi *sujeito gestor* local, percebe-se que a substituição dos atores em situação de governo em âmbito federal que conduziam a política como uma aposta de transformação dos HE resultou em descontinuidades e diminuição da potência da política, limitando o seu alcance (embora limites de outra ordem tenham sido aqui apontados).

E já finalizando, o que o **orientador me provoca**, é sobre a importância de compreendermos que a dialética do “tríplice sujeito” que fomos produzindo nesse nosso espaço intercessor, fruto do espaço alteritário que logramos produzir no correr da pesquisa, nos mostra (a mim e a ele) o quanto somos irremediavelmente múltiplos, que teremos que “suportar” os múltiplos dentro de nós, e que, por consequência, uma única e definitiva análise de implicação, a análise de implicação é uma promessa que não poderá se cumprir nunca. Por sermos múltiplos, vamos produzindo múltiplas implicações que se deslocam e se transformam no fluxo de nossa vida. Nesse sentido, não faz sentido eleger qualquer um desses sujeitos como privilegiado para se fazer ouvir. **Nem mesmo um suposto sujeito epistêmico poderia avocar para si tal privilégio.** Mesmo que aparentemente dotado de “teoria” e de instrumentos metodológicos de pesquisa, capaz de produzir um “distanciamento do objeto” e certa “objetividade”, **o denominado *sujeito epistêmico* não tem mais legitimidade para falar sobre o que vimos até agora do que o *sujeito formulador* e, pelas especiais circunstâncias deste estudo, do que o *sujeito gestor*.** Este, em princípio, em certa

tradição acadêmica, é visto como quase um “suspeito” para produzir ciência, já que tem uma “implicação cega” com o objeto de estudo.

Assim, podemos afirmar que a produção do conhecimento, as transformações que temos desejado desde sempre no campo da Saúde Coletiva, terão que ser forjadas e experimentadas em múltiplos territórios existenciais e institucionais, nos quais nossos múltiplos *sujeitos* se comunicarão entre si, cada um deles emergindo com mais evidência e força, a depender das nossas condições reais de vida e trabalho. Poderíamos dizer que essa disputa entre os *sujeitos*, esse ruído de tantas vozes que nos habitam, não é esquizofrênica, um quadro psiquiátrico, como provocamos antes, mas, pelo contrário, reconhecer e fazer uso disso tudo para compreender nossa riqueza e potência humana é uma atitude “saudável”, produtora de vida e movimentos de mudança.

Agora, considerações finais mesmo

A partir de posições contra-hegemônicas, temos construído importantes etapas do processo político-emancipatório de nosso País, como o fim da ditadura militar e a redemocratização, a construção do SUS, o enfrentamento do desmonte do Estado contido no projeto neoliberal, a consistente diminuição da miséria e da fome, a eleição do primeiro líder operário à presidência da república e, mais recentemente, da primeira mulher a conduzir os destinos do País. Não é muito, mas não é nada desprezível. Para quem acredita num mundo mais solidário, fraterno, saudável, onde os imperativos da liberdade e da justiça possam prevalecer, só resta continuar **remando contra a maré** e tocar o barco em frente³⁰.

Cabe aos que militam a partir de um campo marcado por um ideário ético-político comprometido com a defesa da vida e a construção do SUS, numa perspectiva emancipatória, defrontarem-se honestamente com os limites das reflexões teóricas e as inconsistências contidas nas políticas e intervenções práticas que têm sido

³⁰ Expressão muito cara ao saudoso David Capistrano da Costa Filho, que tanto influenciou minha formação como sanitarista.

empreendidas ao longo das últimas três décadas em nossos sistemas e serviços de saúde. É preciso enfrentar o debate com as teorias da organização e gestão dos serviços de saúde matizadas pelo gerencialismo, perceber o inevitável enraizamento da racionalização das nossas práticas de saúde e de gestão, contidas no movimento mais geral de racionalização da sociedade. Extrair delas o que é possível para organizar serviços mais eficientes e seguros para nossos usuários e trabalhadores, mas sem se deixar capturar pelas práticas perversas de controle, privação da liberdade e desrespeito que podem nos levar a um mundo de barbárie e agonia, como bem refletem os teóricos da escola de Frankfurt a quem nos referenciamos ao longo deste estudo.

E deste dilema, aparentemente sem saída, construir novos caminhos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABBAGNANO, N. *História da Filosofia*, Trad. Antônio Ramos Rosa. Lisboa: Editorial. Presença, 1982.
- ABOU JAMRA, CC. *Os médicos e a racionalização das práticas hospitalares: novos limites para a liberdade profissional*. [Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva]. Universidade Federal de São Paulo, 2010.
- ADORNO, TW; HORKHEIMER, M. *Dialética do esclarecimento*. Tradução Guido de Almeida. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1985.
- ADORNO, TW; HORKHEIMER, M. *Sobre El concepto de razon*. In: Sociologia. Madrid: Taurus, 1966.
- ALTOÉ, S.; LOURAU, R. *Analista institucional em tempo integral*. São Paulo: HUCITEC, 2003. P.82-83.
- ALVES-MAZZOTTI, AJ. *Usos e abusos dos estudos de caso*. Cadernos de Pesquisa, São Paulo: v. 36, n. 129, p. 637-651, set./dez., 2006.
- ALVES, PC; SOUZA, IM. *Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico*. In: RABELO MCM, ALVES PC, SOUZA IMA, organizadores. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.
- ALVESSON, M.; DEETZ, S. *Teoria crítica e abordagens pós-modernas para estudos organizacionais*. In: Clegg, SR; Hardy, C.; Nord, WR., *Handbook de estudos organizacionais. Reflexões e novas direções*. Volume 1. São Paulo: Atlas, 2001.
- ANDRADE, JARA. *BACON (1561-1626). Vida e Obra*. Os Pensadores. São Paulo: Abril Cultural, 1973. 2ª edição, 1979. p. V-XXIV.
- ARAGÃO, LMC. *Razão comunicativa e teoria social crítica em Jurgen Habermas*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1997.
- ARANTES, PE. *HEGEL. Vida e Obra*. Os Pensadores. São Paulo: Editora Nova Cultural, 5ª ed.1991. p. VII-XXI.
- ARANTES, PE. *BENJAMIN, HORKHEIMER, ADORNO, HABERMAS. Vida e Obra*. Os Pensadores. São Paulo: Editora Nova Cultural, 2ª ed.1983. p. VII-XIX.
- ARENDT, H. *Sobre a violência*. Rio de Janeiro, Relume Dumará. 2001.

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. Informação e documentação. Informação e documentação – trabalhos acadêmicos - apresentação: NBR 14724. Rio de Janeiro, 2005.
- BACON, F. “*Novum Organon*”. In: CHAUI, M. Convite à Filosofia. São Paulo: Ática, 2003. p. 90-94.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Traduzido por Luiz Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70; 2009.
- BAREMBILTT, Gregório. *Compêndio de Análise Institucional outras correntes. Teoria e prática*. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos, 1992.
- BARNARD, C. *As funções do executivo*. São Paulo: Editora Atlas. 1971.
- BENOIT, LO. *Augusto Comte, fundador da física social*. São Paulo: Moderna, 2002. p.106-125.
- BRAGA NETO, FC; BARBOSA, PR; SANTOS, IS. *Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências*. In: GIOVANELLA, L. et al. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Cap. 18, p. 665-704.
- BRASIL (Agencia Nacional de Saúde Suplementar). *Itinerários Terapêuticos: relação público-privado e arranjos tecnoassistenciais na utilização de serviços de saúde na Região Sul do Brasil*. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/UFRGS_Itinerariosul.pdf
- BRASIL (Ministério da Saúde). Coordenação Geral de Atenção Hospitalar/DAE-SAS. Nota Técnica s/n: *Hospitais Universitários e de Ensino*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003a.
- BRASIL (Ministério da Saúde). Conselho Nacional de Saúde (Org.). *Inserção (do componente assistencial) dos hospitais universitários e de ensino no SUS*. In: O CNS e a construção do SUS: Referências estratégicas para melhora do modelo de atenção à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b. p. 61-75.
- BRASIL. *Portaria Interministerial nº 562/MS-MEC-MCT-MPOG, de 12/05/03*. Brasília, DF: DOU, 2003.
- BRASIL (Ministério da Saúde). *Reforma do Sistema de Atenção Hospitalar Brasileira*. Cadernos de Atenção Especializada n. 3. Editora Ministério da Saúde. Brasília, 2004a.

- BRASIL (Ministério da Saúde). Coordenação Geral de Atenção Hospitalar/DAE-SAS. Nota Técnica s/n: *Política de reestruturação dos Hospitais de Ensino*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b.
- BRASIL (Ministério da Saúde). Coordenação Geral de Atenção Hospitalar/DAE-SAS. Nota Técnica s/n: *Hospitais Universitários e de Ensino – Hora de Ação*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004c.
- BRASIL. *Portaria Interministerial MEC/MS nº. 1006, de 27 de maio de 2004*, que cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do MEC. Brasília, DF: DOU, 2004d.
- BRASIL. *Portaria GM/MS nº. 1254, de 25 de junho de 2004*, que define os recursos financeiros relacionados ao Programa Interministerial de Reforço e Manutenção dos Hospitais Universitários. Brasília, DF: DOU, 2004e.
- BRASIL (Ministério da Saúde). Coordenação Geral de Atenção Hospitalar/DAE-SAS. Nota Técnica 43: *Política de Reestruturação dos Hospitais de Ensino: Processo de certificação e contratualização*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a. 8 p.
- BRASIL (Ministério da Saúde). Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.
- BRASIL (Ministério da Saúde). *Pacto pela Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – PROSAÚDE*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 86 p.
- BRASIL (Ministério da Saúde). Coordenação Geral de Atenção Hospitalar/DAE-SAS. Nota Técnica s/n: *Política de Reestruturação dos Hospitais de Ensino: processo de certificação e contratualização*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. Presidência da República. Decreto 7.082 de 27 de janeiro de 2010. *Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais*. Brasília: DOU, 2010.
- CALDAS, BN. *O Papel do Dirigente Hospitalar: a percepção de diretores de Hospitais Universitários vinculados às Instituições Federais de Ensino Superior*. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Escola de Administração de Empresas de São Paulo, 2008. 141 f.

- CAMPOS, GWS; AMARAL, MA. *A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4):849-859, 2007.
- CARAPINHEIRO, G. *Saberes e Poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto: Edições Afrontamento, 1998.
- CARVALHO, GCM. *Financiamento Público Federal do Sistema Único de Saúde – 1988 – 2001*. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública – Universidade de São Paulo. São Paulo, 2002.
- CECÍLIO LCO. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- CECILIO, LCO. *Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital*. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 315-329, 1999.
- CECILIO, LCO. *Trabalhando a missão do hospital como facilitador da mudança organizacional: limites e possibilidades*. *Cadernos de Saúde Pública (ENSP. Impresso)*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 973-983, 2000.
- CECILIO, LCO; MERHY, EE. *O singular processo de coordenação dos hospitais*. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 64, p. 110-122, 2003.
- CECILIO, LCO; MENDES, TC. *Propostas alternativas de gestão e o protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam?*. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 39-55, 2004.
- CECILIO, LCO. *É possível trabalhar o conflito como matéria-prima da gestão?* *Cadernos de Saúde Pública (Fiocruz)*, v.21, pp.508-516, 2005.
- CECILIO, LCO. *A micropolítica do hospital: um itinerário ético-político de intervenções e estudo*. São Paulo: Unifesp. Tese de Livre-Docência, 270 p. 2007a.
- CECILIO, LCO. *O trabalhador moral em saúde: reflexões sobre um conceito*. *Interface. Comunicação, Saúde e Educação*, v. 11, p. 345-363, 2007b.
- CECILIO, LCO. *Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde*. São Paulo, 2010. Mimeo.
- CECCIN, RB; FEUERWERKER, L. *O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social*. *Physis: Rev. Saúde Coletiva* 2004; 14(1): 41-65;

- CECCIN, RB. *Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde*. Ciências & Saúde Coletiva. 2005; .10 (4) 975-986).
- CHÂTELET, F. *Uma história da razão*. Tradução Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 1994.
- CHAUÍ, M. *KANT (1724-1804). Vida e Obra*. Os Pensadores. São Paulo: Abril Cultural, 1980. p. V-XXIV.
- CHAUÍ, M. *NIETZSCHE (1844-1900). Vida e Obra*. Os Pensadores. São Paulo: Abril Cultural, 1974. p. V-XXIV.
- CHAUÍ, M. *Convite à Filosofia*. São Paulo: Ática, 2003.
- CHIORO DOS REIS, AA; CECILIO, LCO. *A política de reestruturação dos hospitais de ensino: notas preliminares sobre os seus impactos na micropolítica da organização hospitalar*. Saúde em Debate, v. 33, p. 88-97, 2009.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE/MS. *Inserção (do componente assistencial) dos Hospitais Universitários e de Ensino no Sistema Único de Saúde – Brasília, outubro de 1999*.
- CONTANDRIOPOULOS, AP et al. *A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos*. Editora Hucitec, São Paulo, pp. 29-47.1997.
- CONTANDRIOPOULOS, AP et al. *A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos*. In: HARTZ, Z.M.A. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p.29-48.
- COSTA, NR; RIBEIRO, JM; SILVA, PLB. *A experiência da reforma do setor saúde: inovações organizacionais e de financiamento*. São Paulo: Revista de Administração Pública. 32(1) :209-227. 2000.
- DESCARTES, R. *Discurso do Método*. In: Coleção Os pensadores. Tradução J. Guinsburg e Bento Prado Junior. São Paulo: Abril Cultural, 1973. p. 46-51.
- DESCARTES, R. *Regras para a direcção do espírito*. Lisboa: Editorial Estampa, 1987. p. 21-33.
- DESCARTES, R. *Os princípios da filosofia*. Tradução Alberto Ferreira. Lisboa: Guimarães Editores, 1998.
- DELEUZE, G. *Foucault (5ª ed.)*. São Paulo: Brasiliense, 2005.
- DOMINGUES, JM. *Teorias sociológicas no século XXI*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

- DOMINGUES, JM. *Interpretando a Modernidade. Imaginário e Instituições*. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2002.
- FARIA, CAP. *A política da avaliação de políticas públicas*. Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo, v. 20, n. 59, p. 97-109, out. 2005.
- FONTANIER, JM. *Le vocabulaire latin de la philosophie*. Paris: Ellipses, 2002.
- FORGIA, GM; COUTTOLENC, BF. *Desempenho Hospitalar no Brasil. Em Busca da Excelência*. The World Bank, Instituto Brasileiro para Estudo e desenvolvimento do Setor de Saúde/IBEDESS, Editora Singular, São Paulo, 2009.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. 6 ed Rio de Janeiro: Graal, 1986.
- FOUCAULT, M.. *O panoptismo*. In: Foucault, M. Vigiar e punir. Petrópolis: Editora Vozes, 2000.
- FREITAG, B. *A teoria crítica ontem e hoje*. São Paulo: Brasiliense, 1986.
- GALILEU, G. *O ensaiador*. In: Coleção Os pensadores. Tradução Helda Barraco. São Paulo: Abril Cultural, 1999.
- GERHARDT, TE. *Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade*. Cadernos de Saúde Pública 2006; 22(11): 2449-2463.
- GIANNOTTI. JÁ. *COMTE (1798-1857). Vida e Obra*. Os Pensadores. São Paulo: Editora Abril, 1978. p. VI-XVIII.
- GIANNOTTI. JÁ. *MARX (1818-1883). Vida e Obra*. Os Pensadores. São Paulo: Editora Abril, 1974. p. VI-XXIV.
- GOBRY, I. *Le vocabulaire grec de la philosophie*. Paris: Ellipses, 2000.
- GOMES, RM. *Trabalho médico e humanização: as transformações das práticas médicas e suas implicações para os processos de humanização/desumanização do trabalho em saúde*. 2010. Tese de doutorado. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- GRUENING, G. *Origin and theoretical basis of new public management*. International public management Journal, 4, 2001. 1-25p.
- GUBA, EG; LINCOLN, YS. *Fourth Generation Evaluation*. Newbury Park; CA; Sage Publications, Chapter 1: The Coming of Age of Evaluation, pp.21-49; Chapter 7: The Methodology of Fourth Generation Evaluation, pp.184-227, 1989.
- HABERMAS, J. *Teoria de la acción comunicativa. Racionalidad de la acción y racionalización social. Tomo I. Madrid: Taurus, 1987a*.
- HABERMAS, J. *Teoria de la acción comunicativa. Crítica de la razón funcionalista. Tomo II. Madrid: Taurus, 1987b*.

- HABERMAS, J. *Técnica e Ciência como Ideologia*. Tradução de Artur Morão. Lisboa: Edições 70, 1997.
- HABERMAS, J. *O discurso filosófico da modernidade*. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- HARTZ, ZMA. *Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais*. *Ciência e Saúde Coletiva*, Salvador, v. 4, n. 2, p. 341-353.1999.
- HORKHEIMER, M; ADORNO, TW. *Teoria tradicional e Teoria crítica*. In: Textos Escolhidos. Tradução de GRUNNEWALD, JL et al. São Paulo: Abril Cultural, 1980. p 117-154.
- HUME, D. *Investigação sobre o Entendimento Humano*, trad. Leonel Vallandro, in Os Pensadores, 2ª ed., Abril Cultural, São Paulo, 1980. p. 140-143.
- HUME, D. *Sumário do tratado da natureza humana*. Tradução Anoar Aiex. São Paulo: Companhia Editorial Nacional, 1975. p. 25-51.
- JUNIOR NC; ELIAS PE. *Controle Público e Equidade no acesso a hospitais sob gestão pública não estatal*. *Revista de Saúde Pública*, v.40, n.5, São Paulo, out.2006.
- KANT. I. *Resposta à pergunta: O que é Esclarecimento?* In: Textos Seletos. Vozes: São Paulo, 1990.
- KANTORSKI, LP; WETZEL, C; OLSCHOWSKY, A; JARDIM, VMR; BIELEMANN, VLM; SCHNEIDER, JF. *Avaliação de quarta geração: contribuições metodológicas para avaliação de serviços de saúde mental*. 13(31):3 *Interface comun. saúde educ*43-355, out.-dez. 2009. ilus.
- KOYRÉ, A. *Do universo fechado ao mundo infinito*. Tradução: Donaldson Garschagen. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.
- KURZ, R. *Razão Sangrenta. Ensaio sobre a crítica emancipatória da modernidade capitalista e de seus valores morais*. Tradução: Fernando R. de Moraes Barros. São Paulo: Hedra, 2010.
- LACERDA, DVMF; SILVA, MA. *As Influências das Culturas Organizacionais na Aprendizagem de Competência Gerenciais dos Dirigentes no HUPAA–UFAL*, 2001. Disponível em http://www.sbpcnet.org.br/livro/58ra/JNIC/RESUMOS/resumo_2101.html
- LIMA, SML. *Possibilidades e limites da contratualização para o aprimoramento da gestão e da assistência hospitalar: o caso dos hospitais de ensino do Sistema Único*

- de Saúde brasileiro*. [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/ Escola Nacional de Saúde Pública, 2009. 316 p.
- LINS, AM; CECILIO, LCO. *O discurso da institucionalização de práticas em saúde: uma reflexão à luz dos referenciais teóricos das ciências humanas*. Physis (UERJ. Impresso), v. 18, p. 483-499, 2008.
- LOBO, MSC et al. *Impacto da reforma de financiamento de hospitais de ensino no Brasil*. Revista de Saúde Pública, São Paulo, 2009: 43(3), p.437-445, 2009.
- LOCKE, J. *Ensaio sobre o entendimento humano*. Tradução Anuar Aioex. São Paulo: Nova Cultural, 1991. Os Pensadores.
- LUKES, S. *O poder: uma visão radical*. Brasília, DF: Editora Universidade de Brasília. 1980.
- MALICK, AM; TELES, JP. *Hospitais e programas de qualidade no Estado de São Paulo*. São Paulo: Revista de Administração de Empresas, v.41: p. 51-59. 2001
- MALTA, DC; CECILIO, LCO; GURGEL, GA, JORGE, AO (org). *Mecanismos de regulação adotados pelas operadoras de plano de saúde no Brasil*, que resultou no livro: *Duas faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na Saúde Suplementar*. Rio de Janeiro: Editora ANS, 2004.
- MÂNGIA, EFI; MURAMOTO, MT. *Itinerários terapêuticos e construção de projetos terapêuticos cuidadores*. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo [online]. 2008, vol.19, n.3, pp. 176-182.
- MARCH, JG; SIMON, HA. *Teoria das Organizações*. FGV, Rio de Janeiro, 2ª. ed. 1970
- MARINS, JIN et al. (Org.). *Educação Médica em Transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec - Abem, 2004.
- MATUS, C. *O Plano como Aposta*. São Paulo em perspectiva. 5 (4): 28-42 out/dez. 1991.
- MATUS, C. *Política, Planejamento e Governo*. Coleção Série IPEA. Brasília; Editora Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. 3 ed, 1997.
- MERHY EE. *Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho em busca da qualidade das ações de saúde)*. In: Cecílio LCO. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994; p.117-160.

- MERHY, EE. *O Conhecer Militante do Sujeito Implicado: O Desafio em Reconhecê-lo como saber válido*. In: FRANCO, TB e col. *Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho*. São Paulo: Editora Hucitec, 2004; p. 21-45.
- MOTTA, MB. Michel Foucault. *Arqueologia das Ciências dos Sistemas de Pensamento*. Rio de Janeiro: Ed Forense, 1988. p. 40-55.
- MINAYO, MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8º Ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
- MONTEIRO, JPG. *Hume (1711-1776). Vida e Obra*. Os Pensadores. São Paulo: Editora Nova Cultural, 1999. p. 122-131.
- MORAES, LVS; SILVA, MA; CUNHA, CJCA. *A Dinâmica da Aprendizagem Gerencial em um Hospital*. RAE-eletrônica, v. 3, n. 2, Art. 18, jul./dez. 2004.
- OLIVEIRA, AM et al. *Aspectos da História da Filosofia*. São Paulo: Brasiliense, 1996.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *A transformação da gestão de hospitais na América Latina e Caribe*. Brasília: OPAS/OMS, 2004. 398 p.
- PADRÓN, AD. *O desenvolvimento empresarial hospitalar*. In: MALAGÓN-LONDOÑO, G; MORERA, RG; LAVERDE, GP. *Administração Hospitalar*. 2. ed. Buenos Aires: Médica Panamericana-Guanabara Koogan SA, 2003.
- PAULA, APP. *Administração pública brasileira entre o gerencialismo e a gestão social*. ERA, vol 45, nº 1. Jan.mar. 2005, p. 36-49.
- PESSANHA, JAM. *DESCARTES. Vida e Obra*. Os Pensadores. São Paulo: Editora Nova Cultural, 1999. p. 5-31.
- REGATIERI, RP. *História das relações de Fetiche*. In: KURZ, R. *Razão Sangrenta. Ensaio sobre a crítica emancipatória da modernidade capitalista e de seus valores morais*. São Paulo: Hedra, 2010.
- SAINT-PIERRE. H. *Max Weber. Entre a Paixão e a Razão*. Campinas: Editora Unicamp, 1999.
- SCHIESARI, LMC. *Resultado de iniciativas de qualidade em hospitais brasileiros*. São Paulo, 2003. 460f. Tese (Medicina Preventiva). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

- SIGNATES, L. *A sombra e o avesso da luz: apropriação crítica da teoria dual de sociedade em Habermas aos estudos contemporâneos de comunicação social*. [tese de doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2001.
- SILVA, FL. *Descartes: a metafísica da modernidade*. São Paulo: Moderna, 1993. p. 106-147.
- SILVA, PLB; COSTA, NR. *A avaliação de programas públicos: reflexões sobre a experiência brasileira*. Brasília: Ipea, 2002.
- SILVA, L.M.V; FORMIGLI, V.L. *Avaliação em saúde: limites e perspectivas*. Cadernos de Saúde Pública, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 80-91. 1994
- SILVERMAN, D. *Teoria de las organizaciones*. Buenos Aires: Editora Nueva Visión, 1975.
- SOUZA, CPS; BARROS LIMA, LL; PESSOA, DKN; PINHEIRO NETO, GF. *Como os Dirigentes Desenvolvem Competências Gerenciais*. SEGeT – Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia. Brasília: 2008. Disponível em:
http://www.aedb.br/seget/artigos08/344_art_aprendizagem.pdf
- TESTA, M. *Pensar em Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas - Abrasco, 1992.
- TESTA, M. *Saber en Salud. La construcción del Conocimiento*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.
- TREVISAN, APL; Van Bellen, HM. *Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção*. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro. 42(3): 529-550, maio-jun. 2008.
- VASCONCELOS, CM. *Notas sobre a crise dos Hospitais de Ensino no Brasil*. Campinas: LAPA / UNICAMP, 2002. Disponível em:
<http://www.denem.org.br/2005/arquivos/ok-1121496462023.doc>
- VELHO, G. *Violência, Reciprocidade e Desigualdade*. In: VELHO e ALVITO (orgs.) - *Cidadania e Violência*. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ e FGV, 1996.
- VIEIRA, MMF; CARVALHO, CAPC. *Qualidade e objetivos: implicações teóricas e metodológicas para a análise das organizações*. pp. 121-147. In: Vieira, MMF e Oliveira, LMB (org.). *Administração Contemporânea: perspectivas estratégicas*. Atlas: São Paulo, 1999.
- WEBER, M. *Economia e sociedade. Fundamentos da sociologia compreensiva*. Vol.1. Brasília: Editora UnB, 1991. pp.144-147.
- WEBER, M. *Ciência e política: duas vocações*. São Paulo: Martin Claret, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), Bulletin of the World Health Organization.

The International Journal of Public Health, *Special theme: contracting and health services*, nov 2006, vol 84, número 11.

YIN, RK. *Estudo de Caso: Planejamento e Métodos*. 3ª Edição. Artmed Editora S/A: Porto Alegre, 2003.

ANEXOS

ANEXO I

PESQUISA DE CAMPO
QUESTIONÁRIO PARA GESTORES

Identificação: questionário n°: _____
Nome: _____

1. Esfera de governo a que pertence:

- 1.1 municipal: Secretaria Municipal de Saúde de _____
 1.2 estadual: Secretaria Estadual de Saúde de _____
 1.3 federal: _____

2. Cargo atual:

- secretário de saúde
 assistente ou assessor do secretário de saúde
 diretor ou equivalente
 responsável pela área de controle e avaliação
 outro: _____

3. Você participou do processo de contratualização da secretaria de saúde com os Hospitais de Ensino?

- sim, diretamente
 sim, indiretamente
 não.

Observação: _____

4. Que atores foram envolvidos no processo de negociação da contratualização do Hospital de Ensino?

- Ministério da Saúde
 Secretaria Estadual da Saúde
 Secretaria Municipal de Saúde
 Conselho Estadual de Saúde
 Conselho Municipal de Saúde
 Comissão Intergestores Bipartite
 Reitoria da Universidade
 Direção do curso de Medicina
 Direção do hospital de ensino
 Representação de alunos de graduação
 Representação de alunos de pós-graduação
 Representação de funcionários do hospital de ensino
 outros (especificar): _____

5. Em sua opinião, com a política de contratualização o que aconteceu com os hospitais de ensino que estão sob gestão da sua secretaria?

Faremos agora quatro perguntas que procuram identificar as mudanças ocorridas em cada um dos quatro eixos orientadores da política de contratualização dos HUE: Assistência, Gestão Hospitalar, Formação e Educação Permanente, Incorporação tecnológica e Produção de conhecimentos de acordo com as necessidades do SUS. Gostaria que o Sr. comentasse cada uma:

Assistência:**6. No que diz respeito à assistência à saúde prestada pelos hospitais de ensino que estão sob gestão da sua secretaria, qual a sua avaliação a partir da política de certificação e contratualização?**

Aprofundando cada uma delas gostaria que o Sr. comentasse os seguintes pontos, destacados entre as várias diretrizes contidas na política do Ministério da Saúde e da Educação:

6.1 O HUE e o SUS loco-regional:

a) Uma das diretrizes da política prevê o *“Redirecionamento das ações de atenção básica ainda realizadas pelos HUE para a rede básica de saúde loco-regional”*. Qual a sua avaliação?

b) Estabelece também a *“Manutenção, sob regulação do gestor local do SUS, da totalidade dos serviços contratados, de acordo com as normas operacionais vigentes”* Qual a sua avaliação?

c) qual a sua avaliação em relação ao item que prevê que *“A abertura e prestação de novos serviços no âmbito do hospital de ensino envolverão pactuação prévia com os gestores do SUS, de acordo com a abrangência do serviço em questão”*?

d) A política previa um *“Cronograma de adequação para disponibilização de 100% dos leitos ativos do hospital de ensino público e do total dos grupos de procedimentos praticados para o SUS em até 04 anos”*. O que aconteceu?

6.2 Humanização:

A política estabelece que a *“Organização da atenção deve ser orientada pela Política Nacional de Humanização”* Que mudanças puderam ser observadas a partir da contratualização?

Gestão Hospitalar:**7. E no tocante à gestão hospitalar?****7.1 – democratização da gestão / Conselho Gestor:**

A política prevê *“Ações adotadas para democratização da gestão que favoreçam seu aperfeiçoamento e que propiciem transparência, probidade, ética, credibilidade, humanismo, equidade e ampliação dos mecanismos de controle social”*.

- Após a contratualização foi implementado Conselho Gestor ou Comissão de Acompanhamento do Contrato?

- Como é o seu funcionamento?

- Quem participa?

Ministério da Saúde

Secretaria Estadual da Saúde

Secretaria Municipal de Saúde

Conselho Estadual de Saúde

Conselho Municipal de Saúde

Comissão Intergestores Bipartite

Reitoria da Universidade

Direção do curso de Medicina

- Direção do hospital de ensino
- Representação de alunos de graduação
- Representação de alunos de pós-graduação
- Representação de funcionários do hospital de ensino
- Representação de usuários - especificar:
- outros (especificar):
- Não existe Conselho Gestor ou Comissão Permanente de Acompanhamento de Contratos
- Não sei informar

Que outras medidas foram observadas?

7.2 – Planejamento hospitalar:

Uma das diretrizes é a *“Elaboração de **planejamento hospitalar** em conjunto com a equipe multiprofissional visando metas setoriais específicas para cada área de atuação”*.

- Os hospitais contam com um Plano?
- Houve algum impacto na qualificação do planejamento?

7.3 – Horizontalização da gestão:

A política estabelece também a necessidade da *“Aplicação de ferramentas gerenciais que induzam a **horizontalização da gestão**, qualificação gerencial e enfrentamento das questões corporativas, incluindo rotinas técnicas e operacionais, sistema de avaliação de custos, sistema de informação e sistema de avaliação de satisfação do usuário”*.

- Como se dá o planejamento hospitalar?
- Quem participa?
- Qual a avaliação que a secretaria faz deste processo?

7.4 – Gestão administrativa-financeira:

“Gestão administrativo-financeira que agregue transparência ao processo gerencial da instituição, inclusive com a abertura de planilhas financeiras e de custos para acompanhamento das partes, garantindo equilíbrio econômico e financeiro do convênio/contrato firmado e regularidade de pagamento integral e a termo da contraprestação”.

- Qual a sua avaliação em relação à transparência?
- E os mecanismos de acompanhamento?
- E em relação à situação financeira do hospital?

Formação e Educação Permanente:

8. E em relação à formação e educação permanente?

“Desenvolver ações de Educação Permanente para os trabalhadores do hospital de ensino visando o trabalho multiprofissional, a diminuição da segmentação do trabalho e a implantação do cuidado integral”.

- Qual a contribuição observada em relação à formação de profissionais da rede (médicos, etc.) a partir da contratualização?

“Apoiar e integrar as iniciativas de desenvolvimento dos profissionais da localidade na área de urgência e emergência”.

- O que foi feito nesse sentido?

Incorporação tecnológica e produção de conhecimentos de acordo com as necessidades do SUS:

9. Por fim, e no que se refere à incorporação tecnológica e produção de conhecimentos de acordo com as necessidades do SUS?

“Definição de projetos de pesquisa em parceria com os gestores do SUS”.

- Que mudanças puderam ser observadas a partir da política de contratualização dos HUE?

“Formulação de diretrizes para incorporação e gestão de tecnologias em saúde (equipamentos, medicamentos, insumos, procedimentos etc.), incluindo critérios e procedimentos para seleção, aquisição e uso de tecnologias em saúde”.

- Que mudanças puderam ser observadas a partir da política de contratualização dos HUE?

Últimas perguntas:

Da celebração da contratualização até o presente momento houve alguma alteração ou renegociação formal do contrato? E do Plano Operativo?

A secretaria de saúde implementou instrumentos de avaliação de desempenho institucional para o pagamento da parte variável do incentivo previsto na política de contratualização?

Em sua opinião, com a política de contratualização os hospitais de ensino do país, qual a situação dos HUE de uma maneira geral?

Que outras observações (problemas, oportunidades, etc.), na perspectiva dos gestores do SUS, você poderia fazer sobre a política de reestruturação dos hospitais de ensino (contratualização)?

Que outros atores da SES poderiam me ajudar a compreender melhor ou aprofundar determinados aspectos da política de contratualização?

PESQUISA DE CAMPO
QUESTIONÁRIO PARA DIRETORES DOS HES

questionário n°: _____

Nome: _____

Cargo: _____

1. Natureza do Hospital de Ensino:

- 1.1 público municipal: Prefeitura de _____
- 1.2 público estadual: Governo do Estado de _____
- 1.2.1 administração direta
- 1.2.2 administração indireta (autarquia)
- 1.2.3 administração indireta (fundação)
- 1.3 público federal: (especificar) _____
- 1.4 filantrópico
- 1.5 organização social
- 1.6 privado lucrativo

2. O hospital está sob gestão de qual esfera de governo:

- 2.1 municipal
- 2.2 estadual
- 2.3 federal

3. Você participou do processo de contratualização do hospital com o gestor do SUS?

- 3.1 sim, diretamente
- 3.2 sim, indiretamente
- 3.4 não.

Observação:

4. Que atores foram envolvidos no processo de negociação da contratualização do hospital?

- 4.1 Ministério da Saúde
- 4.2 Secretaria Estadual da Saúde
- 4.3 Secretaria Municipal de Saúde
- 4.4 Conselho Estadual de Saúde
- 4.5 Conselho Municipal de Saúde
- 4.6 Comissão Intergestores Bipartite
- 4.7 Reitoria da Universidade
- 4.8 Direção do curso de Medicina
- 4.9 Direção do hospital de ensino
- 4.10 Representação de alunos de graduação
- 4.11 Representação de alunos de pós-graduação
- 4.12 Representação de funcionários do hospital de ensino
- 4.13 outros (especificar): _____

5. Em sua opinião, com a política de contratualização o que aconteceu com o seu HUE?

Faremos agora perguntas que procuram identificar as mudanças ocorridas em cada um dos quatro eixos orientadores da política de contratualização dos HUE: Assistência, Gestão Hospitalar, Formação e Educação Permanente, Incorporação tecnológica e Produção de

conhecimentos de acordo com as necessidades do SUS. Gostaria que o Sr. comentasse cada uma:

ASSISTÊNCIA

6. O primeiro eixo: no que diz respeito à assistência à saúde prestada pelo seu hospital de ensino, qual a sua avaliação a partir da política de certificação e contratualização?

6.1 O HUE e o SUS loco-regional:

a) Uma das diretrizes da política prevê o *“Redirecionamento das ações de atenção básica ainda realizadas pelos HUE para a rede básica de saúde loco-regional”*. Que mudanças foram observadas em seu HUE?

b) Estabelece também a *“Manutenção, sob regulação do gestor local do SUS, da totalidade dos serviços contratados, de acordo com as normas operacionais vigentes”* Qual a sua avaliação? Que mudanças foram observadas em seu HUE?

c) qual a sua avaliação em relação ao item que prevê que *“A abertura e prestação de novos serviços no âmbito do hospital de ensino envolverão pactuação prévia com os gestores do SUS, de acordo com a abrangência do serviço em questão”*?

d) A política previa um *“Cronograma de adequação para disponibilização de 100% dos leitos ativos do hospital de ensino público e do total dos grupos de procedimentos praticados para o SUS em até 04 anos”*. O que aconteceu?

6.2 Humanização:

A política estabelece que a *“Organização da atenção deve ser orientada pela Política Nacional de Humanização”* Que mudanças puderam ser observadas a partir da contratualização?

GESTÃO HOSPITALAR

7. O segundo eixo: No tocante à gestão hospitalar do seu hospital de ensino, qual a sua avaliação a partir da política de certificação e contratualização?

7.1 – democratização da gestão / Conselho Gestor:

A política prevê *“Ações adotadas para democratização da gestão que favoreçam seu aperfeiçoamento e que propiciem transparência, probidade, ética, credibilidade, humanismo, equidade e ampliação dos mecanismos de controle social”*.

- Após a contratualização foi implementado Conselho Gestor ou Comissão de Acompanhamento do Contrato?

- Como é o seu funcionamento?

- Quem participa?

Ministério da Saúde

Secretaria Estadual da Saúde

Secretaria Municipal de Saúde

Conselho Estadual de Saúde

Conselho Municipal de Saúde

Comissão Intergestores Bipartite

Reitoria da Universidade

- Direção do curso de Medicina
- Direção do hospital de ensino
- Representação de alunos de graduação
- Representação de alunos de pós-graduação
- Representação de funcionários do hospital de ensino
- Representação de usuários - especificar:
- outros (especificar):
- Não existe Conselho Gestor ou Comissão Permanente de Acompanhamento de Contratos
- Não sei informar

Que outras medidas foram observadas?

7.2 – Planejamento hospitalar:

Uma das diretrizes é a *“Elaboração de **planejamento hospitalar** em conjunto com a equipe multiprofissional visando metas setoriais específicas para cada área de atuação”*.

- O hospital conta com um Plano?
- Houve algum impacto na qualificação do planejamento?

7.3 – Horizontalização da gestão:

A política estabelece também a necessidade da *“Aplicação de ferramentas gerenciais que induzam a **horizontalização da gestão**, qualificação gerencial e enfrentamento das questões corporativas, incluindo rotinas técnicas e operacionais, sistema de avaliação de custos, sistema de informação e sistema de avaliação de satisfação do usuário”*.

- Como se dá o planejamento hospitalar?
- Quem participa?
- Houve mudanças a partir da contratualização neste processo?

7.4 – Gestão administrativa-financeira:

“Gestão administrativo-financeira que agregue transparência ao processo gerencial da instituição, inclusive com a abertura de planilhas financeiras e de custos para acompanhamento das partes, garantindo equilíbrio econômico e financeiro do convênio/contrato firmado e regularidade de pagamento integral e a termo da contraprestação”.

- Qual a sua avaliação em relação à transparência?
- E os mecanismos de acompanhamento?
- E em relação à situação financeira do hospital?

Formação e Educação Permanente:

8. O terceiro eixo: No que diz respeito à formação e educação permanente, qual a sua avaliação a partir da política de certificação e contratualização?

“Desenvolver ações de Educação Permanente para os trabalhadores do hospital de ensino visando o trabalho multiprofissional, a diminuição da segmentação do trabalho e a implantação do cuidado integral”.

- Qual a contribuição do seu hospital em relação à formação de profissionais da rede (médicos, etc.) a partir da contratualização?

“Apoiar e integrar as iniciativas de desenvolvimento dos profissionais da localidade na área de urgência e emergência”.

- O que foi feito nesse sentido a partir da contratualização?

Incorporação tecnológica e produção de conhecimentos de acordo com as necessidades do SUS:

9. O quarto e último eixo, por fim. No que se refere à incorporação tecnológica e produção de conhecimentos de acordo com as necessidades do SUS, o que aconteceu com os hospitais contratualizados?

“Definição de projetos de pesquisa em parceria com os gestores do SUS”.

- Que mudanças puderam ser observadas a partir da política de contratualização dos HUE?

“Formulação de diretrizes para incorporação e gestão de tecnologias em saúde (equipamentos, medicamentos, insumos, procedimentos etc.), incluindo critérios e procedimentos para seleção, aquisição e uso de tecnologias em saúde”.

- Que mudanças puderam ser observadas a partir da política de contratualização dos HUE?

Últimas perguntas:

Da celebração da contratualização até o presente momento houve alguma alteração ou renegociação formal do contrato? E do Plano Operativo?

A secretaria de saúde implementou instrumentos de avaliação de desempenho institucional para o pagamento da parte variável do incentivo previsto na política de contratualização?

Em sua opinião, com a política de contratualização os hospitais de ensino do país, qual a situação dos HUE de uma maneira geral?

Que outras observações (problemas, oportunidades, etc.) você poderia fazer sobre a política de reestruturação dos hospitais de ensino (contratualização)?

Que outros atores da sua instituição poderiam me ajudar a compreender melhor ou aprofundar determinados aspectos da política de contratualização?

Outras questões:

- O impacto na curva de financiamento do hospital desde a contratualização. Houve manutenção dos valores?
- Os indicadores utilizados na contratualização são compatíveis com os demais indicadores já utilizados pelo hospital para seus processos de gestão, incluindo o contrato de gestão com a Secretaria de Estado de São Paulo? Como eles são acompanhados internamente?
- Houve resistências internas à política de contratualização/ Quais?
- É possível fornecer dados comparativos entre a oferta de serviços ambulatoriais especializados e SADT para a rede, via central de regulação do SUS, antes da contratualização e atual (pedir para o gestor e para o hospital).

ANEXO II

Termo de Consentimento livre e Esclarecido (TCLE)

Campo 1 e 2

1 – Título do projeto: Entre a Intenção e o Ato: o Impacto da Reforma do Sistema de Atenção Hospitalar Brasileiro na Micropolítica dos Hospitais de Ensino.

2 – Desenho do estudo e objetivo(s): Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que visa avaliar a política de contratualização do Ministério da Saúde com o objetivo de caracterizar a capacidade que uma política formulada em âmbito federal tem de induzir mudanças concretas no cotidiano de instituições hospitalares de ensino (HE);

3 – Descrição dos procedimentos que serão realizados, com seus propósitos e identificação dos que forem experimentais e não rotineiros: Não serão utilizados procedimentos experimentais. Você está sendo convidado a participar da pesquisa, de forma livre e consentida, fornecendo as informações necessárias.

4 – Relação dos procedimentos rotineiros e como são realizados: Serão realizadas apenas entrevistas.

5 – Descrição dos desconfortos e riscos esperados: Não haverá desconforto e riscos.

6 – Benefícios para o participante: Não há benefício direto para o participante. Trata-se de estudo de avaliação de política pública de saúde.

7 – Relação de procedimentos alternativos que possam ser vantajosos: Não se adéqua ao desenho do estudo.

8 – Garantia de acesso: em qualquer etapa do estudo você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o Dr. Ademar Arthur Chioro dos Reis que pode ser encontrado no endereço Rua Borges Lagoas, 1341 – 1º andar Telefone(s) 11-5571-5000. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, 5571-1062, FAX: 5539-7162 – E-mail: cepunifesp@epm.br

9 – É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;

10 – Direito de confidencialidade – As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros entrevistados, não sendo divulgado a identificação de nenhum participante;

11 – Despesas e compensações: não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

12 - Compromisso do pesquisador: o pesquisador utilizará os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Entre a Intenção e o Ato: o Impacto da Reforma do Sistema de Atenção Hospitalar Brasileiro na Micropolítica dos Hospitais de Ensino”.

Eu discuti com o Dr. Ademar Arthur Chioro dos Reis sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que não implica a realiza de procedimentos médico-hospitalares, limitando-se ao fornecimento de informações previstas no questionário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo, ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Assinatura do entrevistado

Data ____/____/____

Assinatura da testemunha

Data ____/____/____

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste entrevistado ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data ____/____/____