

**“Subsídio Cruzado” ou “Dupla Porta”**  
**O público e o privado no Hospital das Clínicas de São Paulo**

Série Didática n° 6 – abril 2002

Amélia Cohn  
Paulo Eduardo Elias  
Aurea Maria Zöllner Ianni

## **EQUIPE DE PESQUISA**

Caio de Andréa Gomes  
Douglas Motta Calderoni  
Flávia Kastropil Teixeira  
Mariana Junqueira Suyama

## APRESENTAÇÃO

Este número da *Série Didática* apresenta uma pesquisa que está inserida na linha da área da saúde do CEDEC que propõe investigar aspectos da inclusão e da exclusão sociais tendo por base as novas formas de gestão no setor da saúde no contexto de redefinição das políticas públicas, que se expressa nos princípios de um Estado enxuto e na privatização, uma das bases do que se denomina ajuste neoliberal.

O Hospital das Clínicas de São Paulo/HC – um hospital público e universitário –, dadas a sua magnitude, a excelência dos serviços que presta e o papel que representa no conjunto do sistema de saúde, não só no estado de São Paulo como também no âmbito nacional, é uma instituição que se encontra no centro de tensões e polarizações, constituindo-se portanto num espaço privilegiado para uma pesquisa dessa natureza, pois estas questões aparecem aí de forma intensa e concentrada.

Este trabalho pretende analisar o que é o HC e de que forma ele se insere no sistema de saúde, sobretudo no atual contexto das políticas públicas e que resultaram na incorporação, pelo hospital, da atenção privada à saúde – os convênios, as seguradoras e os pacientes particulares –, popularmente denominada “dupla porta”.

Esperamos que as informações contidas nesta publicação possam contribuir com o debate que se trava em torno das questões

sobre as novas formas de gestão na saúde e as políticas públicas de inclusão e exclusão sociais.

**GLOSSÁRIO DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

CG	Centro de Gerenciamento
FFM	Fundação Faculdade de Medicina
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
HC	Hospital das Clínicas
SES	Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
SSAM	Sistema Supletivo de Atenção Médica
USP	Universidade de São Paulo

### **O que é o HC e seu atual modelo de gestão**

O Hospital das Clínicas (HC) é um hospital universitário vinculado à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Realiza ações no campo da pesquisa, ensino e assistência em saúde, colocando-se como instituição de ponta no âmbito de sua atuação e como referência de tecnologia de alta complexidade no sistema de saúde brasileiro.

Um dos grandes complexos hospitalares da América Latina, o HC tem 340 mil m<sup>2</sup> de área construída e atende cerca de 130 mil pessoas por mês, recebendo pacientes não apenas de São Paulo como de todo Brasil e até mesmo de países vizinhos como Paraguai e Bolívia; muitos deles buscam no hospital a sua última chance de atendimento. São estes fatores que tornam o HC um local privilegiado de trabalho de médicos e profissionais de saúde.

Desde sua fundação, em 1944, o hospital correspondeu ao desenvolvimento da Medicina e das práticas médicas vigentes. Tendo sido ligado, sob a forma de autarquia, à Casa Civil do Governo do Estado e à Secretaria de Governo, encontra-se vinculado, desde 1987, à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES). Esta inserção institucional no âmbito do sistema dos serviços, aliada à sua vocação pelo atendimento aos setores desvalidos da população (a saber, seu vínculo original de hospital para indigentes), transformaram o HC em instrumento fundamental da política de saúde no Estado de São Paulo e tornaram-no indispensável para o atendimento à população.

Nessa condição, o HC foi diretamente afetado pela crise que atingiu o sistema de saúde e que o levou a ultrapassar os limites da sua condição de hospital universitário e terciário –voltado principalmente para os problemas de saúde mais complexos e que demandam alta tecnologia – e a ampliar a sua competência para a atenção integral e universal à saúde. Essa crise decorreu de diversos fatores: a expansão e o aumento dos atendimentos, dada a necessidade de suprir a

demanda dos diversos níveis da atenção em saúde – primária, secundária e terciária –, ou seja, desde a atenção básica até a de mais alta complexidade, como transplantes de órgãos, por exemplo; a ausência de uma política de regionalização da atenção em âmbitos municipal e estadual; os baixos valores recebidos pelos serviços prestados ao SUS; os baixos salários pagos aos funcionários; os cortes orçamentários, dentre outros.

As conseqüências dessa expansão foram evidentes: crescimento desmesurado das filas de espera; desperdício provocado pela predominância da atenção menos especializada num hospital com vocação e preparo para atender aos casos mais complexos; política de recursos humanos defasada em relação às do mercado de trabalho em saúde; mudanças curriculares – dado que o HC é um hospital-escola – não implementadas em sua integralidade, dentre outras. Como resultado, o hospital se agigantou, transformando-se numa instituição com diversas faces e vocações, o que aprofundou a fragmentação dos serviços dos inúmeros departamentos e áreas clínicas e provocou um enorme vazio gerencial e administrativo.

Era este o quadro em que se encontrava o HC na década de 80.

Frente a esse desempenho organizacional caótico, os quadros dirigentes do HC julgaram necessário realizar mudanças no funcionamento e gestão do hospital que fossem capazes de solucionar, senão todos, ao menos parte dos problemas enfrentados. Segundo eles, cabia ao hospital e à Faculdade de Medicina procurar resolver ao menos aquelas questões vinculadas ao âmbito da sua competência e atuação, dentre as quais: a reestruturação gerencial, a reorganização interna dos serviços, a otimização dos recursos existentes, a valorização do quadro funcional com recuperação salarial, a captação de recursos financeiros complementares, a modernização tecnológica.

Desse modo, a alternativa de gestão orientada por novas concepções ganha força junto aos quadros dirigentes do HC e da

FMUSP. Estas concepções se fundamentam no ideário de que é necessário promover a modernização e a racionalização dos serviços públicos, dadas a ineficiência e ineficácia inerentes aos processos de trabalho e às dinâmicas institucionais do setor estatal.

xxx

As concepções que orientam os novos modelos de gestão propostos para racionalizar a produção dos serviços públicos de saúde decorrem da tensão existente na polarização restrição de recursos *versus* necessidades de investimentos. Esta tensão expressa as bases sobre as quais o atual modelo de ajuste estrutural e de estabilização da economia brasileira está inserido.

Desde meados da década de 70, com a crise do Estado do Bem-Estar Social, desenvolveu-se uma política de restrição dos serviços e dos benefícios sociais, que resultou na abertura e na concessão de serviços públicos à iniciativa privada visando o enxugamento da máquina pública e tendo por base a premissa “menos Estado, mais privatização”. Desenvolveu-se também uma política de reorientação dos gastos públicos que teve por objetivo recuperar os custos na área da saúde. Nesse sentido, o Estado passou a fomentar a diversidade na gestão administrativa – inclusive no setor Saúde –, tendo em vista melhorar sua qualidade, reduzir seus custos e captar recursos complementares.

Essa política de ajuste estrutural tende, por um lado, a aprofundar as desigualdades sociais, aumentando as condições de pobreza da população e provocando uma pressão ainda maior sobre os serviços do sistema público de saúde, já comprometido pela crise orçamentária do Estado e pela conseqüente contenção dos gastos e dos recursos públicos em geral. De outro lado, ela impõe a necessidade de aumentar os investimentos a fim de garantir tanto a expansão da atenção e dos serviços de saúde, quanto a crescente atualização tecnológica de alta complexidade.

Tendo em vista solucionar problemas tão opostos ganham



força, neste cenário, as propostas e iniciativas que visam introduzir reformas nas organizações baseadas nesse ajuste estrutural mais geral, como é o caso do HC de São Paulo. São reformas de dimensão institucional e organizacional, são reformas no conjunto das “regras do jogo”. É neste contexto, portanto, que no decorrer da década de 80 vai sendo concebido no HCFMUSP um novo modelo de atenção inspirado nessas tendências, e que se convencionou chamar de “nova gerência pública”.

Em termos práticos, essa nova concepção implica uma ênfase da gerência em contratos, na introdução de mecanismos de mercado no setor público, e na efetiva vinculação entre pagamento e desempenho. Estes serão os fatores que determinarão a lógica de maior flexibilização e desregulação na produção dos serviços de saúde. Foram essas as bases sobre as quais se instalou a Fundação Faculdade de Medicina da USP e se promoveu a “reengenharia” do HC.

### **A FFM e sua relação com o HC**

Criada em 1986, a Fundação Faculdade de Medicina (FFM) é uma fundação de direito privado, sem fins lucrativos, instituída pela “Associação dos Antigos Alunos” da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Foi constituída com o objetivo de dar suporte à gestão do HC, conferindo-lhe maior agilidade, tendo em vista propiciar a melhoria do “padrão de excelência que caracteriza o hospital”, resgatando sua especificidade de hospital universitário e terciário.

Com esses objetivos, coube à FFM, desde a sua criação, a tarefa de captar recursos extra-orçamentários para a FMUSP e seu hospital. Além disso, e tendo em vista a maior agilidade e eficiência dos serviços, ela disponibilizava os mecanismos de gestão considerados adequados à sua racionalização, tais como o gerenciamento dos

recursos humanos e materiais – e não apenas daqueles vinculados à administração pública direta – utilizados por essas instituições; o financiamento à pesquisa; a realização de projetos acadêmicos; e a oferta de serviços assistenciais que exigissem tecnologia avançada.

Com base em cláusula da legislação federal que faculta a utilização de serviços privados pelas instituições públicas estatais, a FFM oferece os serviços do HCFMUSP ao SUS, mais especificamente à SES, e também ao Sistema Supletivo de Atenção Médica (SSAM). A remuneração dos serviços prestados ao SUS é efetuada através de contratos e aqueles prestados ao SSAM são pagos através de convênios. Nesses contratos de gestão, a FFM entra como “interveniente” e o HC como “partícipe”.

A relação da FFM com o HC está estabelecida sob a forma de convênio, no qual se destacam as seguintes obrigações:

- por parte do Hospital: permitir a utilização das suas instalações, equipamentos e materiais;
- por parte da Fundação: oferecer apoio administrativo, financeiro e promover a valorização dos recursos humanos.

Desde sua origem, a FFM atuou como administradora das verbas provenientes do SUS para o HC. Somente a partir de 1995, quando a alternativa de captação de recursos junto ao SSAM passou a ser incentivada, é que tem início a elaboração do “Plano de Governabilidade” do hospital. Naquela ocasião, foi enfatizada a urgente necessidade de se proceder à atualização tecnológica do hospital e de se estabelecer uma estratégia mais eficaz para enfrentar o ajuste fiscal imposto aos serviços estatais, cujos recursos até então provinham predominantemente do faturamento do SUS e da dotação orçamentária do Estado. Estes recursos tornaram-se escassos devido à imposição desse ajuste fiscal, colocando em risco a continuidade do processo de modernização do hospital: o contrato com o SUS, que em anos anteriores chegou a representar 96% do faturamento do HC, passou a sofrer uma queda acentuada.

Estes fatores impulsionaram a redefinição da relação entre a Fundação e o HCFMUSP, e foi neste contexto que, por intermédio da FFM na qualidade de interveniente, o HC incorporou o SSAM ao seu modelo de gestão/atenção.

Os instrumentos utilizados pela FFM para captar recursos junto ao SSAM para implementar o apoio ao HCFMUSP consistem de convênios e acordos com terceiros – pessoas físicas ou jurídicas.

Diferentemente das formas mais tradicionais de operar os serviços dos sistemas de saúde, esse modelo está inspirado na concepção de uma “nova gerência pública” que tem por base o ajuste proposto pelos princípios neoliberais, isto é, a diminuição da participação do Estado, fomentando a privatização de serviços. Nesse contexto, uma das formas diferenciadas que vêm sendo adotadas têm sido as iniciativas de implementação de novas modalidades de gestão, denominadas genericamente de “parcerias”. São modalidades que propõem uma mudança na relação entre os setores público estatal e privado na produção dos serviços de saúde, através, por exemplo, da disponibilização de parcela de leitos de hospitais estatais para o mercado e que se convencionou denominar de “subsídio cruzado”: a conexão entre os sistemas de saúde estatal – público e gratuito – e o supletivo – privado e pago.

A FFM é a instância que viabiliza a abertura do hospital à clientela dos serviços de atenção médica privada; além disso, desde sua implantação, assumiu a manutenção e a ampliação do sistema de atenção para a clientela do SUS. A FFM gerencia recursos do SUS – faturando os atendimentos e internações ambulatoriais – e administra os recursos do SSAM, gerenciando seus convênios com o HC.

O orçamento do HC é composto por três fontes distintas: o orçamento definido pelo governo estadual, as verbas faturadas contra o SUS (por ser um hospital-escola, essas verbas são acrescidas de um bônus de 75% sobre o valor normalmente pago), e as receitas provenientes de convênios médicos e de pagamentos efetuados por

particulares. Estas duas últimas fontes representam, na verdade, a remuneração pelos atendimentos médicos realizados pelo hospital; ele recebe de acordo com o número de pacientes atendidos, obedecendo à lógica da vinculação direta entre desempenho e pagamento. A FFM gerencia ambas as fontes.

A gestão dos recursos do HC abre para a FFM a possibilidade de interferência direta no processo de trabalho do hospital; na medida em que sua produtividade está diretamente vinculada ao binômio faturamento/captação de recursos, a FFM, que controla este processo, é peça fundamental na gestão do complexo do HC, ganhando espaço institucional para desempenhar, simultaneamente, tanto a administração dos recursos quanto a gestão dos serviços.

De acordo com dados de 2000, as receitas provenientes do faturamento por serviços prestados a pacientes do SUS são repartidas da seguinte forma:

- a) 50% são destinados ao pagamento da remuneração correspondente ao segundo vínculo funcional dos servidores do HC com a FFM;
- b) 13,5% são destinados à Superintendência do HC;
- c) 5% são destinados à Diretoria da FMUSP;
- d) 1% é destinado a investimentos em informatização;
- e) 2% são destinados aos Laboratórios de Investigação Médica (LIMs) do HC;
- f) 21% são destinados aos CGs;
- g) 7,5% são destinados à FFM como remuneração pelos serviços de administração por ela prestados ao HC, sendo que 5% vão para custeio desses serviços e 2,5% para o Conselho Curador, para financiar atividades de pesquisa.

As receitas provenientes dos serviços prestados a particulares e conveniados dos planos de saúde de empresas privadas, ou seja, ao

SSAM e a entidades sociais, são geridas conjuntamente pela administração do hospital e pela FFM, cabendo a esta a tarefa de intermediar o contato comercial, financeiro e contábil entre o HC e as empresas. O rateio dessas receitas também obedece a percentuais pré-fixados:

- a) 87,5% são destinados aos CGs;
- b) 5% são destinados ao pagamento da remuneração correspondente ao segundo vínculo funcional dos servidores do HC;
- c) 7,5% são destinados à FFM como remuneração pelos serviços de administração por ela prestados ao HC, sendo que 5% vão para custeio desses serviços e 2,5% para o Conselho Curador, para financiar atividades de pesquisa.

Em 2000, do total da verba do SUS, a FFM reteve 7,5% (R\$11,25 milhões) para cobrir despesas com o convênio e pagar a taxa de administração do HC; 5% (ou R\$7,5 milhões), que foram repassados à Diretoria da Faculdade; e 4,8% (R\$7,2 milhões) destinados à Superintendência do HC.

A análise dos dados apresentados na Tabela 1 evidencia que o faturamento obtido pela prestação de serviços ao SSAM representa pequena parcela do total do faturamento do HC, e que cabe ao SUS a quase totalidade dos atendimentos realizados pelo hospital.

Tabela 1 – Desempenho comparativo entre SUS e SSAM  
1997-1999

Ano	SUS				SSAM			
	Internações		Ambulatório		Internações		Ambulatório	
	Quantidade	Faturamento (R\$)	Quantidade	Faturamento (R\$)	Quantidade	Faturamento (R\$)	Quantidade	Faturamento (R\$)
1997	50.737	43.249.882,95	8.117.952	58.830.049,83	1.125	4.674.033,95	27.933	2.097.926,11
1998	48.974	47.423.823,93	9.636.442	66.643.162,68	1.959	9.125.274,61	50.614	3.476.339,93
1999	52.698	65.031.514,46	11.085.231	68.139.166,55	2.549	10.911.860,38	67.196	4.589.731,66

A FFM realiza ainda vários outros contratos e convênios, seja com áreas não clínicas de atuação do próprio HC, como, por exemplo, a administração do Centro de Convenções Rebouças, seja com instituições interessadas no estabelecimento de parcerias, como a Prefeitura do Município de São Paulo, com quem recentemente firmou convênio para a constituição do Programa Saúde da Família.

### **Os CGs como foco do novo modelo de gestão**

A partir de 1989 os Centros de Gerenciamento (CGs) foram sendo paulatinamente instituídos no HC; entretanto, é a partir da implementação do Plano de Governabilidade, em 1995, que eles passam a ser reestruturados e a adquirir suas características atuais.

A criação dos CGs visou implantar a descentralização da gestão do HC. Como apontado anteriormente, o extraordinário crescimento do hospital ocorrido nos últimos anos, associado à complexidade da atenção e suas conseqüências no processo de produção dos serviços, levaram a direção do HCFMUSP a entender que era necessário buscar formas de enfrentar um contexto gerencial que provocava enormes conflitos. Constatava-se ineficiência e desperdício tanto nos atendimentos propriamente ditos quanto naqueles de caráter mais geral: perda de recursos materiais e humanos – profissionais altamente qualificados saíam do hospital, redução das jornadas de dedicação exclusiva; diagnósticos dispendiosos e muitas vezes inúteis; altas taxas de cirurgias suspensas e demoras inaceitáveis nos seus agendamentos; internações desnecessárias ou com duração superior à recomendada, dentre outros. Reconhecia-se, portanto, a existência de um quadro que evidenciava uma difícil conjugação: “pacientes não atendidos, pacientes mal atendidos e hospital mal remunerado.”

O Plano de Governabilidade propôs resgatar a vocação original do HC, qual seja, a de realizar ações no campo da pesquisa, do ensino e da assistência, garantindo sua identidade como organização de ponta no âmbito da sua atuação e local privilegiado de trabalho de médicos e

profissionais de saúde. Nesse sentido, o Plano considerava necessário implantar formas modernas de gestão que, conforme preconizava, contribuiriam para a solução dos problemas de atenção à saúde tanto do Estado quanto do País – dado que o HC se constitui também numa referência nacional do sistema de saúde.

As medidas gerenciais propostas a partir de 1995 visaram, portanto, uma mudança radical no processo operacional do complexo HC e objetivaram agilizar a gerência das áreas clínicas do hospital, cujo controle passaria a ser feito pelos próprios encarregados das diferentes unidades. Essa reorientação do processo produtivo implicava recuperar e incrementar o potencial gerencial de cada dirigente nos diversos níveis e serviços.

A descentralização foi implementada através dos CGs, definidos como instâncias de gerência localizadas nas áreas clínicas e/ou laboratoriais que correspondem, grosso modo, à estrutura departamental da FMUSP. A eles caberia:

- definir metas de produção;
- dispor das ferramentas adequadas para fazer diagnósticos e tomar as decisões necessárias para implementar essas metas.

No que se refere à recuperação da capacidade gerencial das lideranças tendo em vista consolidar a eficácia gerencial dos CGs, propôs-se que a elas caberia:

- identificar os objetivos da organização (noção do cliente);
- identificar os objetivos de sua unidade, e suas relações com os objetivos das demais unidades (noção do cliente interno);
- implementar um programa de garantia de qualidade total;
- identificar e analisar problemas, escolhendo e implementando alternativas eficazes para sua solução;

- comunicar-se;
- liderar em um mercado que exige parcerias e uma visão participativa do processo gerencial;
- identificar os objetivos de cada unidade;
- desenvolver capacidade de estabelecer planos e objetivos de produção.

As novas atribuições conferidas aos CGs e às suas lideranças exigiam o aporte de novos conhecimentos em gerência de serviços e a remoção das barreiras salariais, capazes de estimular o desempenho dos gerentes e de suas equipes. Com esse objetivo, a FFM desencadeou diversas estratégias de estímulo gerencial nos mais diferentes níveis e promoveu a revalorização profissional, seja no âmbito da reciclagem técnico-administrativa propriamente dita, seja através de estímulo salarial.

A FFM empenhou-se também em fortalecer institucionalmente os CGs, atribuindo-lhes autonomia na gestão dos recursos orçamentários recebidos por ela do SUS e do SSAM. No Relatório de Atividades de 1997, a diretoria da FFM aponta que, “talvez, a estratégia de maior sucesso tenha sido a democratização da decisão de gastos dentro do Complexo FMUSP e HCFMUSP”, implantada através dos CGs e que, embora eles não tivessem ainda atingido a magnitude pretendida pela Diretoria, representavam, segundo esta, “um alívio na administração cotidiana de disciplinas, divisões, laboratórios e outras pequenas unidades do Complexo”. A “reengenharia” do hospital promovida com a implantação da estratégia gerencial de desconcentração e autonomia das áreas clínico-laboratoriais objetivou a autonomia das diversas unidades de gestão como forma de não acumular poderes e atribuições num único órgão central. Este objetivo, segundo a própria Fundação, parece ter sido atingido.

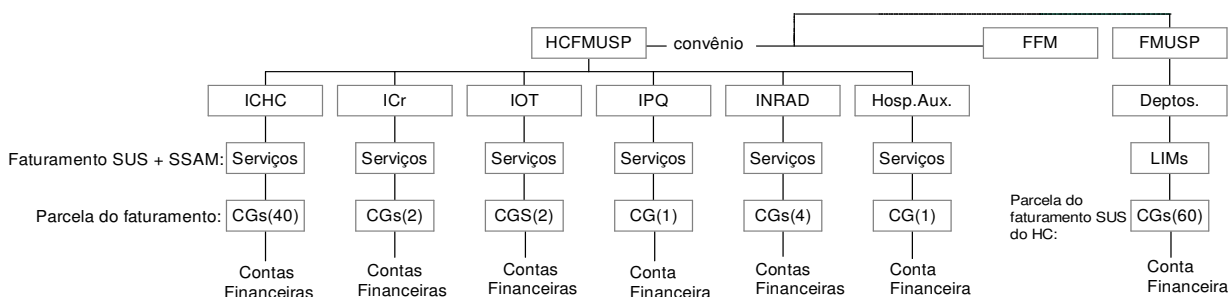
A reestruturação produtiva no hospital foi desencadeada, dessa forma, tendo por base um ajuste estrutural mais geral, ou seja, a



racionalização dos serviços teve como sustentáculo a ênfase na descentralização, na eficácia gerencial e na maior produtividade dos serviços.

A estrutura gerencial do HC implantada desde então pode ser assim definida:

## Organograma HCFMUSP/FFM



### Como funcionam os GCs

Atualmente existem cerca de 68 CGs, que correspondem basicamente aos departamentos ou divisões do HC e que são, em sua maioria, dirigidos por professores titulares da FMUSP. Estes vinculam-se a áreas disciplinares do ensino médico às quais correspondem serviços assistenciais – unidades clínico-laboratoriais – do hospital. Sua condição de professores titulares confere-lhes a chefia de serviço. A articulação departamento da FMUSP/professor titular/chefe de serviço outorga poderes tanto administrativos quanto acadêmicos a uma mesma pessoa, potencializando sua capacidade de mando. Dessa forma, no geral os CGs encontram-se alocados em unidades clínico-laboratoriais do HC.

Os responsáveis pelos CGs são indicados através de mecanismos de seleção adotados no âmbito da FMUSP e do HC, sem qualquer interferência dos dirigentes e instâncias da FFM, preservando-

se desta forma a sua autonomia administrativa. Conforme já apontado, a autonomia financeira dos GCs se dá através da arrecadação dos recursos provenientes dos serviços prestados pelo hospital ao SUS e ao SSAM, e que são administrados pela FFM. Da verba total arrecadada pelo conjunto do hospital, que é captada e distribuída pela FFM, cada CG recebe uma quota de acordo com a sua produtividade, ou seja, com o número de atendimentos realizados.

Os CGs funcionam, portanto, como centros prestadores de serviços, captadores de recursos e unidades de gastos. Os recursos de cada CG – 21% da arrecadação junto ao SUS e 87,5% da arrecadação junto ao SSAM – são gerenciados de forma autônoma por suas lideranças, no geral o professor titular da área. Para poder administrar tanto a arrecadação quanto os gastos, a FFM mantém uma conta bancária para todos os CGs e controla o movimento contábil específico de cada um deles. Segundo critérios estabelecidos pelo gerente da conta, a alocação específica dos recursos é de responsabilidade de cada CG. Em geral, eles são destinados à complementação salarial, contratação de pessoal, aquisição de insumos e equipamentos etc.

Essa estrutura permaneceu quase que inteiramente virtual durante muito tempo, sendo integralmente gerida de forma centralizada pela Fundação, que rateava os recursos de forma automática entre os CGs obedecendo a percentuais fixados pelo Conselho Deliberativo do HC e referendados pelo Conselho Curador. Nos últimos anos, entretanto, tanto a Fundação quanto os CGs e a Superintendência do HC vêm atuando no sentido de consolidar a descentralização gerencial; o repasse de verbas tem priorizado a produtividade (número de atendimentos) de cada unidade gerencial. Alguns CGs, como o Instituto da Criança por exemplo, vêm avançando significativamente na consolidação desse tipo de gestão administrativa, descentralizada e autônoma.

Quanto aos honorários médicos, eles são previamente descontados e portanto não se incluem nos percentuais anteriormente referidos; eles são distribuídos conforme deliberação interna de cada

CG. Alguns CGs determinam o pagamento dos honorários diretamente aos seus médicos, outros propõem um rateio entre os membros da equipe.

Esse modelo de gestão vem sendo implantado no hospital de forma gradativa ao longo dos últimos anos. Por ser totalmente distinto daquele adotado pela gestão pública direta e tradicionalmente empregado nos serviços da esfera estatal, ele tem sido implementado de forma assimétrica e diferenciada conforme as diversas áreas clínico-laboratoriais do hospital, e obedecendo ao conjunto de peculiaridades de cada área: as diferenças no perfil das patologias, os distintos perfis dos pacientes atendidos, a forma de inserção de cada CG no Instituto Central e no HC como um todo, a dimensão e o perfil profissional do corpo clínico responsável pelos serviços, a dinâmica de trabalho característica de cada área, dentre outras. Entretanto, na lógica do binômio produtividade/captação de recursos, existem os CGs que “deram certo” – considerados bem-sucedidos no atendimento a esse binômio –, e aqueles que não apresentaram os mesmos resultados. De acordo com essa lógica, o sucesso dos CGs está diretamente relacionado ao faturamento obtido por eles na receita global do HC.

O levantamento dos dados da produção dos serviços e do faturamento de cada CG do HCFMUSP nos anos de 1997, 1998 e 1999 (Tabelas 2 e 3), abrangendo as atividades de internação e atendimento ambulatorial do SUS e do SSAM, possibilitou realizar uma classificação do desempenho dos CGs. A análise comparativa dos atendimentos realizados por eles nesse período revela que, tanto no SUS quanto no SSAM, há uma concentração da produção em poucos CGs, seja no que se refere à quantidade de procedimentos realizados, seja em relação ao faturamento auferido. Em ambas as modalidades de atendimento, dentre os mais de 50 CGs existentes no complexo hospitalar, apenas 4 deles, em média, são responsáveis por mais de 50% do total da produção. Esta concentração é mais acentuada na modalidade da atenção SSAM, ocorrendo em menor grau na prestação de serviços ao SUS.

**Tabela 2 – Faturamento Ambulatorial e Internações SUS, 1997 a 1999****Tabela 3 – Faturamento Ambulatorial e Internações SSAM, 1997 a 1999**

	Internações SUS			Ambulatório SUS			Internações (Convênios)			Ambulatório (Convênios)		
	97	98	99	97	98	99	97	98	99	97	98	99
<b>1</b>	Pediatria (13,3%)	PS (15,2%)	PS (15,8%)	Superint. Medicam. Excep. (30,1%)	InRAD (21,8%)	Superint. Medicam. Excep. (20,7%)	Pediatria ICr (30,7%)	IOT (21,2%)	IOT (22,5%)	InRAD (26,4%)	Pediatria ICr (20,6%)	InRAD (20,1%) ?
<b>2</b>	PS (13,2%)	Pediatria ICr (11,2%)	Pediatria ICr (11,8%)	InRAD (19,5%)	Superint. Medicam. Excep. (21,8%)	InRAD (17,9%)	IOT (20,6%)	Pediatria ICr (19,5%)	Cirurgia Vascular (8,4%)	Pediatria ICr (19%)	InRAD (20,5%)	Pediatria ICr (16,9%)
<b>3</b>	IOT (6,6%)	IOT (7,3%)	Pediatria ICHC (6,8%)	Patologia (18,9%)	Patologia (21,6%)	Patologia (16%)	Retido Pacote Transplante (6,1%)	Cirurgia Experimental (9,8%)	Pediatria ICr (8%)	Laboratório Central (8,7%)	Laboratório Central (10,6%)	Laboratório Central (8,9%)
<b>4</b>	Cirurgia Experimental (6,3%)	Pediatria ICHC (5,3%)	IOT (6,7%)	Pediatria ICr (4,4%)	Oncologia (4%)	Oftalmologi a (6,3%)	Cirurgia Vascular (5,7%)	Cirurgia Vascular (7,8%)	Cirurgia Experimental (6,9%)	IOT (5,9%)	Depto. dos Hospitais Auxiliares (5,4%)	IOT (5,7%)
<b>5</b>	Urologia (4,8%)	Cirurgia Experimental (5%)	Urologia (5,7%)	Oncologi a (4%)	Pediatria ICr (3,7%)	Pediatria ICr (5,7%)	Cirurgia do Aparelho Digestivo (5,7%)	Cirurgia do Aparelho Digestivo (5,1%)	Hematologia e Hemoterapia (5,9%)	Oncologia (4,6%)	IOT (5,2%)	Depto. dos Hospitais Auxiliares (4,6%)
<b>6</b>	InRAD (4,8%)	Urologia (4,9%)	Cirurgia Experimental (5,2%)	IOT (2,7%)	Endocrinolo gia (3,1%)	Oncologia (4,9%)	Urologia (5,4%)	Urologia (4,8%)	Urologia (5,3%)	Depto. dos Hospitais Auxiliares (4,2%)	Endocrinologi a (3,2%)	ICHC (3,7%)
<b>7</b>	Cirurgia Do Aparelho Digestivo (4,2%)	Cirurgia do Aparelho Digestivo (4,8%)	Anestesia (3,9%)	Endocrin ologia (2,5%)	Oftalmologi a (2,9%)	Endocrinolo gia (3,2%)	Cirurgia Plástica Queimados (5,2%)	Hematologia e Hemoterapia (4,3%)	Enfermaria Clínica Geral (3,9%)	Urologia (4%)	Endoscopia (2,3%)	Endocrinologia (3%)
<b>8</b>	Anestesia (3,8%)	InRAD (4,2%)	Depto. dos Hospitais Auxiliares (3,8%)	Nefrologi a (1,4%)	IOT (2,3%)	Ressonânci a Magnética (2,5%)	Cirurgia Experimental (3,8%)	Moléstias Infecciosas (2,5%)	Cirurgia Geral (3,1%)	Cirurgia do Aparelho Digestivo (2,9%)	Cirurgia do Aparelho Digestivo (2,2%)	Oftalmologia (2,6%)
<b>9</b>	Pediatria ICHC (3,7%)	Anestesia (3,9%)	Neurologia e Neurocirurgia (3,5%)	SVOC / 2 (1,3%)	Superinten dência (2,2%)	IOT (2,2%)	Hematologia e Hemoterapia (2,6%)	Cirurgia Plástica Queimados (2,4%)	Pneumologia (2,9%)	Nefrologia (2,8%)	Urologia (2%)	Gastroenterolo gia (2,5%)
<b>10</b>	Neurologia e Neurocirurgia (3,5%)	Neurologia e Neurocirurgia (3,2%)	Cirurgia do Aparelho Digestivo (3,2%)	PS (1,2%)	PS (1,2%)	Nefrologia (1,6%)	PS (1,9%)	PS (2,1%)	Neurocirurgia (2,8%)	Otorrino (1,8%)	ICHC (1,9%)	Diálise Nefrológica (2,3%)

### **Críticas dos adversários x justificativas dos defensores: pontos cruciais**

- ***Universalidade do acesso***

Há uma questão *a priori* que deve ser aqui considerada: como discutir a universalidade do acesso no que diz respeito a uma organização “fechada” como é um hospital. É através de sua porta de entrada que uma instituição desse tipo pode estabelecer a universalidade ou seletividade de acesso às suas dependências – a inclusão ou a exclusão. Trata-se de um axioma, pois quando se estuda uma organização “fechada” como o HC não se está discutindo a inclusão/exclusão por referência à porta de entrada propriamente dita; o recorte se dá no acesso à porta de entrada e no percurso do paciente no interior do hospital. Nesse sentido, o HC tem funcionado historicamente como um hospital de portas abertas, a ponto inclusive de sofrer uma enorme pressão de demanda, uma vez que o paciente, seja ele quem for, recorre aos seus serviços com a certeza de ser atendido. Levando em conta esses pressupostos, verificar a universalidade do acesso é considerar, prioritariamente, o ingresso ou não do paciente do SUS no hospital.

O HC e a FFM apontam que o modelo de gestão atualmente vigente no hospital – em que as receitas provenientes do SUS e do SSAM são administradas pela FFM – está constituído de forma a garantir o acesso dos usuários aos dois sistemas, sem prejuízo de nenhum dos segmentos. Para assegurar esse acesso, em 1993 o Conselho Deliberativo do HCFMUSP determinou a alocação de um teto máximo de 25% do total dos atendimentos aos usuários do SSAM, isto é, convênios, segurados e particulares.

Ao adotar o modelo do “subsídio cruzado”, os dirigentes do HCFMUSP entendem estar instituindo uma alternativa não apenas de captação de recursos para o hospital, mas uma fonte complementar de

financiamento do serviço público de saúde. Segundo a FFM e o HCFMUSP, ao adotar uma tabela de remuneração de serviços altamente defasada e estipular um limite para o ressarcimento dos serviços faturados, o SUS acaba por impor uma dinâmica restritiva ao hospital. Segundo os dirigentes destas instituições, ao atender os usuários do SUS – usualmente mais numerosos do que a quota destinada ao hospital –, o HC compromete o seu orçamento na medida em que não recebe pelos serviços prestados aos pacientes atendidos além da quota.

Outra fonte de financiamento do hospital – o orçamento do Estado – é também avaliada como insuficiente, pois tampouco cobre as despesas que ultrapassam os tetos previamente estipulados na dotação orçamentária.

De acordo com a FFM, essas barreiras restringem a universalidade do acesso ao atendimento público e gratuito prestado por um hospital que, segundo seus quadros, trabalha no limite de sua capacidade.

Nesse sentido, ao implantar o modelo de gestão que articula o SUS e o SSAM na atenção à saúde, a FFM acredita estar contribuindo para a capitalização do hospital, pois esse modelo busca garantir fontes alternativas de financiamento e a universalidade no acesso. Assim, o “subsídio cruzado” teria sido adotado por possibilitar um *superávit* dos recursos captados junto ao SSAM, fundamental para o investimento na produção e na atenção; segundo a Fundação, na prática esse *superávit* possibilita também o atendimento a um maior número de usuários do SUS. A justificativa para a implantação do modelo baseia-se portanto no fato de que uma maior renda do hospital teria repercussões diretas na melhoria de suas instalações, de seus equipamentos e serviços, na valorização dos recursos humanos e na sua qualificação técnico-científica. Estes fatores, em última análise, beneficiariam também os próprios usuários do SUS.

Com base nesses pressupostos, a FFM acredita que o modelo

de gestão adotado no HC não fere o princípio da universalidade do acesso tal como contemplado na legislação federal vigente.

- ***Subsídio cruzado ou “quem financia quem”***

As receitas provenientes do faturamento dos serviços prestados aos usuários do SUS e do SSAM são obtidas pela FFM e contabilizadas em contas separadas; as receitas orçamentárias provenientes do governo do Estado não são gerenciadas pela Fundação, mas pela Superintendência do HC. No entanto, de acordo com questionamento feito pelo Ministério Público em processo de 1999, as “despesas são contabilizadas conjuntamente, sendo debitadas num mesmo caixa. Desta forma, não há como estabelecer correspondência entre a origem do recurso e sua aplicação.”

Trata-se de uma questão bastante controversa, pois seria legítimo inferir que, ao aplicar recursos de um mesmo caixa, sua destinação pode se dar de forma diferenciada de acordo com a clientela atendida – do SUS ou do SSAM –, possibilitando portanto que se privilegie a clientela pagante (SSAM) em detrimento da não pagante (SUS). No entanto, a Fundação assegura que isso não ocorre. Segundo ela, o “subsídio cruzado” democratiza os recursos e a atenção, garantindo inclusive maior extensão na cobertura aos usuários do SUS na medida em que os recursos provenientes do SSAM são incorporados ao conjunto da receita do hospital através dos CGs. Nestes, os recursos são utilizados de forma indistinta tanto para atender aos usuários do SSAM como do SUS, conforme anteriormente mencionado. Desta forma, segundo a FFM, os mecanismos de controle adotados para coibir a apropriação privada da coisa pública são inquestionáveis.

Com essa visão, a FFM sustenta que a incorporação dos usuários do SSAM ao HC constitui uma alternativa para a melhoria do funcionamento do complexo hospitalar, além de significar a possibilidade de captação extra de recursos que beneficiam o conjunto do hospital.

Entretanto, têm surgido críticas de outra ordem à estratégia do “subsídio cruzado” adotada pela FFM para a captação de recursos: considera-se que o HCFMUSP poderia contemplar outras alternativas de obtenção de recursos, sem estabelecer diferenças no atendimento. Uma dessas alternativas foi recentemente preconizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); segundo a Agência, deve-se atender a todo e qualquer paciente indistintamente, seja ele do SUS ou do SSAM, e depois pedir diretamente ao plano de saúde ao qual o paciente esteja vinculado o reembolso pelos serviços prestados (conforme determina a Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998). Outra alternativa seria expandir o teto imposto pela SES para atendimentos ao SUS, além, evidentemente, da permanente reivindicação de se ampliar a dotação orçamentária para o hospital.

- **“Dupla porta, fila dupla”**

A adoção, pelo HC, da “fila dupla” – considerada um mecanismo de segregação aplicado aos usuários do SUS e do SSAM – repercutiu fortemente junto à opinião pública, tendo inclusive sido objeto de ação processual pelo Ministério Público de São Paulo. A “dupla porta” consiste, de fato, em receber, encaminhar e acomodar os usuários do SSAM e do SUS de forma diferenciada. Em algumas unidades do HC, como o Instituto da Criança por exemplo, que teve seu prédio recentemente reformado, há de fato duas portas separadas: uma para os usuários do SUS, outra para os usuários do SSAM.

A crítica corrente à “dupla porta” inserida no modelo de “subsídio cruzado” adotado no HC enfatiza que essa iniciativa, ao abrir diferentes portas do hospital para pacientes dos dois sistemas de saúde, implementa um procedimento que não apenas segrega, mas também exclui os usuários do SUS; além disso, ela aponta para o fato de que a “dupla porta” acaba por criar uma dupla fila de espera e de percurso no interior da instituição, portanto segregando e/ou excluindo não apenas do lado de fora, mas também do lado de dentro do hospital.

Vale lembrar que é prerrogativa do sistema privado garantir o



acesso incondicional aos serviços de saúde mediante pagamento, ou seja, o direito à saúde é assegurado pela possibilidade de compra do cidadão; este é o contrato e, no caso analisado, caberia ao HC garanti-lo.

Estes aspectos da discussão sobre a implantação da “dupla porta” têm sido os mais criticados, pois de certa forma apontam para uma diferenciação no atendimento que, segundo os mais críticos, leva à segregação entre os pacientes do sistema público e os do sistema privado, por serem estes beneficiários de privilégios no acesso aos serviços. No entanto, não se pode simplesmente concluir que a existência da “fila dupla”, em si, seja fator de segregação social.

#### *Demora no atendimento*

Outro objeto de críticas recorrentes ao modelo adotado é a demora no atendimento aos usuários do SUS quando comparados aos do SSAM. Aponta-se que, na fila do SUS, a prestação de serviços é desconsiderada, provocando não apenas uma maior demora no atendimento mas também excedentes de usuários não atendidos, ou seja, para os críticos, relega-se a segundo plano os pacientes do SUS.

Entretanto, é preciso ressaltar que o fato de ser o excedente de pacientes do SUS muito maior que o dos pacientes conveniados e particulares decorre da desproporção entre oferta e demanda de serviços existente no sistema público. Uma grande parcela da população recorre ao atendimento do HC, seja em função da garantia de atenção que nele receberá, seja pelo empobrecimento geral provocado pelas altas taxas de desemprego e pela perda real de renda. Dessa forma, houve realmente um aumento considerável no número de usuários do SUS quando comparados aos do SSAM.

A extensão das filas evidencia, em grande parte, a desigualdade social efetivamente existente no conjunto da população e que, neste caso, se expressa pelo poder de compra: há aqueles que podem pagar pelo acesso aos serviços de saúde e aqueles que não

podem e que portanto são obrigados a recorrer unicamente ao sistema governamental e gratuito. Dessa forma, existe de fato um grande excedente de usuários do SUS.

Dados da Superintendência do HC revelam que se hoje, com a “dupla porta”, um paciente do SUS é obrigado a esperar cerca de 120 dias para realizar um exame, na fila única ele esperaria cerca de 114 dias<sup>1</sup>. É neste sentido que a extensão das filas não pode ser considerada, por si só, um indicador exclusivo de segregação na atenção.

#### *Hotelaria*

É nesse item que recai grande parte das críticas à “dupla porta” do HC; segundo elas, os pacientes conveniados ou particulares enfrentam filas menores, quando as enfrentam, e, se internados, têm direito a leito especial com televisão, frigobar, acompanhantes, enquanto os pacientes do SUS não usufruem dessas comodidades.

A pesquisa realizada constatou que essa diferenciação aparece de forma desigual entre os dois CGs estudados, e está ligada às características de cada um deles. De modo geral, nos setores onde a modernização gerencial está mais avançada – na Pediatria, por exemplo – esta diferenciação é mais evidente. No CG que ainda se encontra em fase de implantação do novo modelo de gestão, as diferenças na atenção aos usuários do SUS e do SSAM são bem menos perceptíveis. Constatou-se também que a maior queixa dos usuários do SUS não se relaciona à falta de conforto ou à hotelaria, mas sim – quando ela é verbalizada – à qualidade do atendimento prestado. Ou seja, o paciente do SUS parece saber exatamente o que espera de um hospital como o HC: a garantia e a excelência da atenção.

---

<sup>1</sup> Segundo depoimento do professor Irineu Tadeu Velasco, diretor da FMUSP, presidente do Conselho Curador da FFM e presidente do Conselho Deliberativo do HCFMUSP, à *Revista da Associação dos Docentes da USP*, nº 24, dez. 2001.

### *Qualidade da atenção*

Uma das críticas recorrentes nos debates no campo da saúde e na imprensa em geral é a de que a “dupla porta” acarreta também prejuízos à qualidade da atenção oferecida aos pacientes do SUS, seja porque eles não pagam diretamente ao hospital, seja em decorrência da exigüidade das verbas públicas disponíveis para o sistema. No que se refere ao segundo aspecto, já foi apontado que, na medida em que os recursos são administrados de forma única em cada CG, até o presente não foi constatada qualquer diferenciação da atenção no que tange à prática clínica propriamente dita.

A demora nos exames laboratoriais e a preterição de pacientes do SUS nos casos de cirurgias, diagnósticos urgentes etc. constituem outros aspectos da crítica à qualidade da atenção, pois implicariam a segregação desses pacientes. A pesquisa realizada junto aos CGs da Geriatria e do Instituto da Criança revelou que este tipo de prática não ocorre de forma sistemática, seja no âmbito do seu corpo clínico, seja no âmbito do seu pessoal de apoio e administrativo; ela ocorre mais como exceção.

A pesquisa revelou que as condutas propriamente médicas e de procedimentos clínico-laboratoriais junto aos pacientes obedecem aos fluxos necessários ao diagnóstico e ao tratamento preconizados de acordo com as patologias e normas médicas estabelecidas, sendo ministradas indistintamente para pacientes do SUS e do SSAM. As preterições, demoras e “desleixos” relatados referem-se, no mais das vezes, a desvios pessoais das práticas cotidianas, rotineiras num hospital do porte do HC.

- ***Controle público***

Desde a sua criação, em 1986, a FFM está submetida a instâncias de regulação internas à própria Fundação e a outras vinculadas à sociedade civil. Dado o caráter jurídico da Fundação, trata-se de um controle público obrigatório.

Dentre os instrumentos de controle existentes há aqueles que podem ser caracterizados como de ordem “interna” e de ordem “externa”. Os “internos” são os instrumentos de controle ligados ao próprio funcionamento da FFM: a Congregação da FMUSP e o Conselho Curador da FFM. A Congregação é o órgão representativo dos docentes e está voltada principalmente para os assuntos acadêmicos. O Conselho Curador – composto por representantes da Congregação, alunos do curso de graduação da FMUSP e ex-alunos da FMUSP – conta também com representantes da sociedade civil. Ele tem a atribuição de acompanhar mais de perto a gestão da FFM, sendo responsável pela aprovação dos planos de trabalho, das propostas, das execuções orçamentárias, e da prestação de contas da Fundação; além disso, ele determina normas para a aplicação das verbas e dotações orçamentárias e elege comissões de trabalho permanentes ou temporárias, dentre outras atribuições.

Os instrumentos de controle público “externos” são vinculados aos órgãos de caráter público: o Tribunal de Contas do Estado, que controla as contas da Fundação, e a Curadoria das Fundações do Ministério Público, instância mais aberta à diversidade de questões pertinentes a um modelo como este, de gestão da coisa pública; conforme ressaltado, partiu do Ministério Público de São Paulo a ação sobre a segregação de pacientes em função da implantação da “dupla porta” no HC.

No entanto, usuários e servidores não dispõem, junto à FFM ou ao HCFMUSP, de um canal de expressão e controle, conforme os princípios estabelecidos e de uso corrente nos serviços do SUS. A Lei Federal nº 8.142, de 19 de setembro de 1990, em seu Artigo 1º, Incisos I e II, estabelece a obrigatoriedade do controle social do SUS nas instâncias colegiadas dos Conselhos de Saúde e Conferência Nacional de Saúde. À Conferência Nacional é atribuída a função de *representar os vários segmentos sociais*, bem como avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde. Aos Conselhos de Saúde – órgãos de caráter permanente e deliberativo nos

níveis federal, estadual e municipal – cabe atuar na formulação e controle da política de saúde nas instâncias correspondentes, além de *representar governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários*.

Como se pode ver, não há uma deliberação normativa explícita na legislação preconizando a implantação de órgãos de controle social no âmbito dos serviços e/ou dos equipamentos públicos do SUS. Entretanto, tem sido uso corrente neste sistema a implantação de órgãos colegiados de controle social e de gestão. Os próprios Conselho Nacional de Secretarias de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), nas suas várias instâncias, têm preconizado a importância da implantação do controle social dos serviços de saúde.

- **Vocação e modernização racionalizadora**

Aqui se colocam conflitos que têm sido objeto mais de indagações do que de críticas propriamente ditas. Essas indagações são verbalizadas sobretudo pelo próprio corpo clínico do HC e dizem respeito ao conflito que muitos desses profissionais – quadros de referência da saúde do Estado de São Paulo e do Brasil – vivem frente ao processo de trabalho no qual se encontram inseridos em decorrência da implantação do modelo de gestão do “subsídio cruzado”. Trata-se do contraste, da polarização que emerge quando o profissional se confronta com as bases da sua formação médica num hospital como o HC (equipamento central de referência para o SUS) e com o atendimento ao setor privado de saúde, em que a relação de consumo passa a ser incorporada ao ato médico. Esta tensão não se limita à prática clínica; na verdade ela a extrapola, ganhando expressão no questionamento do que deva ser um hospital público e de ensino como o HC e seu papel social no campo da Medicina, para além do sistema de saúde.

Nesse sentido, as indagações se prendem, concretamente, à pertinência do uso de recursos públicos pelo setor privado e aos limites

impostos cada vez mais à excelência da atenção em decorrência da dinâmica determinada pela produtividade e pelo caráter de ponta do HC (hospital terciário e alta complexidade) no contexto do sistema de saúde.

No que se refere ao primeiro aspecto, a crítica recai sobre o fato de que uma das maiores conquistas da Constituição de 1988 é a isonomia e a universalidade; segundo eles, se esses direitos são infringidos, promove-se uma injustiça e uma agressão à Constituição e ao próprio cidadão. Para muitos destes quadros, a implantação do modelo do “subsídio cruzado” não combina com a tradição de hospital público do HC, característica de sua origem.

A seletividade subjacente ao modelo de atenção proposto é outro aspecto considerado inadequado à tradicional “excelência” da atenção no HC. A pesquisa mostrou que o corpo clínico do hospital reage a este aspecto procurando garantir a qualidade da atenção na sua prática clínica. É como se o conjunto do hospital incorporasse indistintamente os pacientes do SUS e do SSAM; o padrão de ensino e de pesquisa do HC garantiria esta dinâmica.

Há ainda um outro ponto de conflito verbalizado pelo corpo clínico do hospital: trata-se da tensão existente entre a constante necessidade de atualização tecnológica e a insuficiência de recursos financeiros à qual o HC está submetido; sem recursos não é possível modernizar tecnologicamente o hospital e promover a atualização dos conhecimentos do seu corpo clínico e técnico. O setor privado aparece como importante possibilidade na busca de alternativas financeiras. A modernização racionalizadora que vem sendo implementada conduz o hospital a se submeter a uma lógica privatista e produtivista.

### **Considerações finais**

O modelo de gestão/atenção adotado no HCFMUSP, conforme assinalado, está inserido no projeto de ajuste estrutural das políticas econômicas e sociais do País, o que significa dizer que é um modelo

que constitui e expressa, ao mesmo tempo, a profunda reestruturação que se opera na matriz básica do *público*. O que vem a ser esta reestruturação do *público*? Ela se dá, por um lado, através da articulação entre privatização do Estado e flexibilização dos mecanismos de regulação social, ou seja, transfere-se ao mercado propriamente dito a produção dos serviços sociais – que era função do Estado –, e aos indivíduos o papel de provedores das suas próprias necessidades sociais: saúde, educação, segurança, dentre outras.

De outro lado, a reestruturação do *público* se dá por meio da implementação de uma racionalidade modernizadora dos serviços estatais, que nada mais é do que a flexibilização das formas de administração e gestão tendo em vista adequar esses serviços à dinâmica da produtividade e do lucro. É com base nesses pressupostos que se pode afirmar a total inserção do HCFMUSP no quadro atual das políticas públicas no Brasil, configurado nos moldes da “nova gerência pública”.

Neste contexto, este estudo teve como principais objetivos **qualificar** a atenção no interior do processo produtivo do hospital; verificar a existência ou não de uma diferenciação seletiva entre pacientes do SUS e do SSAM, e avaliar como essa seletividade se dá na atenção direta aos usuários. Considerados tais objetivos, os GCs surgiram, de imediato, como *locus* privilegiado da pesquisa, pois eles foram constituídos no âmbito do processo da reestruturação modernizadora implantado no HC a partir do Plano de Governabilidade de 1995, que atribuiu a eles o papel de pólos executores do modelo de gestão do “subsídio cruzado”. Dessa forma, partiu-se do pressuposto de que era o CG a instância na qual as tensões e os conflitos do modelo de atenção proposto poderiam mais concretamente se expressar.

Os dois CGs estudados – a Pediatria e a Geriatria – foram escolhidos por apresentarem resultados totalmente opostos na análise preliminar da produção e faturamento do conjunto dos CGs do HC. Segundo os parâmetros da própria FFM, que considera o faturamento o

principal indicador de sucesso ou insucesso de implantação do modelo, os dois CGs selecionados para a pesquisa aparecem com perfis diametralmente opostos: a Pediatria, bem-sucedida e a Geriatria, mal-sucedida.

Tratava-se de investigar se em CGs que apresentavam desempenhos tão desiguais haveria também disparidade acentuada na implantação do modelo. Além disso, propunha-se verificar se a qualidade da atenção, no que diz respeito à exclusão/inclusão da população atendida, se dava também de forma desigual entre os dois CGs, um mais plenamente inserido no modelo do “subsídio cruzado” e outro ainda pouco envolvido.

A tarefa consistia, portanto, em investigar qual a dimensão da penetração desse modelo gerencial no processo de trabalho dos CGs, nas dinâmicas dos serviços realizados e se, nessa esfera da rotina da atenção, estariam reproduzidos os pressupostos gerais nos quais está assentada a implantação do “subsídio cruzado”: a flexibilização modernizadora e privatista com exclusão social embutida. Cabia investigar, finalmente, de que forma aspectos gerais das políticas públicas se expressavam nas práticas concretas de atenção.

Na modalidade de gestão do “subsídio cruzado” implantada no HC considerava-se que a questão da inclusão/exclusão sociais na atenção se expressava no âmbito da seletividade do acesso, mais do que no âmbito da garantia da universalidade do acesso. Esta permanece assegurada em decorrência da sua própria característica de ser um hospital estatal, ou seja, neste caso a garantia da universalidade pode ser compreendida como o compromisso de se manter aberto aos usuários.

Em função disso, constatou-se que seria a qualificação da seletividade do acesso o fator que possibilitaria identificar os aspectos de exclusão/inclusão intrínsecos ao modelo de atenção estudado. A pesquisa implicou, portanto, identificar o grau de implantação desse modelo no HC, quais os critérios que nortearam essa implantação, e



como esse modelo se concretiza nas práticas da rotina do hospital.

O estudo foi norteado pela ótica da contradição hoje existente nas sociedades modernas, como o Brasil, frente aos projetos de ajuste econômico-sociais. Esta contradição se dá entre os princípios de emancipação, que apontam para a igualdade e a integração social, e os princípios da regulação, que geram os processos de desigualdade e de exclusão social produzidos pela própria dinâmica social capitalista. Num contexto do ajuste estrutural, os princípios da emancipação são deixados de lado e prevalecem os princípios da regulação, que gera desigualdade e exclusão sociais tanto via mercado como via os novos padrões de gestão dos serviços de caráter público.

Sendo um equipamento público estatal, o HC vive integralmente os impasses decorrentes da regulação; premido pelas políticas de restrições orçamentárias e pela expansão da demanda de uma população carente, acaba por enfrentar no seu próprio interior uma contradição latente entre os princípios de emancipação e de regulação.

A resposta a esse contexto foi dada pelo HCFMUSP e FFM através da implantação do modelo do “subsídio cruzado”, que se insere nos princípios da regulação, o que fica evidente quando se considera as duas vertentes adotadas: uma delas, de estabelecer ajustes no plano dos recursos financeiros e dos custos de funcionamento do hospital e que se traduziu pela incorporação da atenção privada como alternativa de captação de recursos; a outra, de estabelecer a regulação da atenção propriamente dita, ou seja, instituir uma seletividade na demanda que chega ao hospital. A “dupla porta” emerge então como a alternativa possível para atender a estas duas ordens de questões porque permite incorporar o sistema privado de atenção à saúde ao mesmo tempo em que realiza uma certa segregação da população atendida, que se traduz, na prática, em recepção, procedimentos administrativos e acomodações diferentes para usuários do SUS e do SSAM.

Há, no entanto, falhas no desenvolvimento desse modelo de

gestão que ficaram evidentes com os resultados da pesquisa. Uma delas se refere ao financiamento do HC; segundo dados da própria FFM, a contribuição do setor privado no financiamento das contas do hospital ainda é pouco expressiva. Através do orçamento do Estado e do repasse das verbas junto ao SUS, o setor público-estatal continua sendo a principal fonte mantenedora do hospital. No período de 1995 a 1998 estas duas fontes representaram 89% do financiamento total do HC, enquanto o setor privado – convênios e particulares – respondeu por apenas 11%.

Desse modo, conclui-se que a abertura do hospital ao capital privado através da implantação do “subsídio cruzado” não se constitui, pelo menos até o atual estágio de desenvolvimento do modelo, uma alternativa efetiva de financiamento institucional. Pode-se considerar, portanto, que o inverso é o que tem ocorrido, ou seja, o financiamento público-estatal, de fato, é que tem subsidiado o funcionamento da “segunda porta” do HC, tal qual vem ocorrendo de modo ampliado na articulação público-privado no Sistema de Saúde no Brasil.

No que diz respeito à seletividade da atenção propriamente dita e que se concretiza pelo acesso distinto e diferenciado de usuários do SUS e do SSAM ao hospital, constatou-se na análise dos dados da pesquisa que, mais do que uma efetiva exclusão no acesso ao HC, há uma forma de discriminação, de “apartheid social”. Esta discriminação é evidente tanto no que se refere à forma de ingresso no hospital, com a distinção na porta de entrada, quanto no que se refere aos procedimentos administrativos e ao padrão de hotelaria oferecidos aos pacientes. A pesquisa revelou também que há segregação na distribuição e no uso dos espaços do hospital, bem como nos fluxos administrativos para o encaminhamento dos usuários, que entretanto não se reproduz no atendimento clínico e laboratorial prestado pelos profissionais do HC. A qualidade da assistência constatada no processo de trabalho não revela, até este momento, a segregação implementada na estrutura física e administrativa do hospital.

A qualificação da assistência prestada pelos CGs foi possível

mediante a utilização, na pesquisa, de metodologia qualitativa baseada na observação socioantropológica dos procedimentos de trabalho e no mapeamento dos fluxos e usos das instalações, além da realização de entrevistas semi-estruturadas com informantes-chave nos diversos serviços e setores de cada CG. A análise do material revelou uma contaminação positiva SUS-SSAM. Verificou-se que o padrão de atenção do HC, derivado tanto do seu caráter público quanto do seu papel histórico como instituição de ensino e pesquisa, é fator determinante da qualidade da atenção efetivamente prestada aos pacientes. A excelência da assistência parece se manter nas práticas médico-clínicas rotineiras do quadro funcional do hospital, resultando na forma indistinta com que são atendidos e tratados os pacientes, sejam do SUS ou do SSAM.

Este diagnóstico abre, entretanto, uma possibilidade a se considerar: o término da implantação desta modalidade de gestão ao conjunto do hospital *vis à vis* os desdobramentos das políticas sociais no País constituirão fatores que, associados, podem marcar profundamente o HCFMUSP, de forma a transformar irreversivelmente o processo de trabalho da instituição, resultando na passagem de uma modalidade que produz segregação para uma outra que produza a exclusão real na assistência prestada pelos profissionais.