



UEPB

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

CAMPUS I

PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL

MARIA DO SOCORRO CAMPOS ARAÚJO

**SAÚDE, DESENVOLVIMENTO E POLÍTICAS PÚBLICAS: O MODELO DE
GESTÃO DA EBSEH NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO**

CAMPINA GRANDE – PB

2022

MARIA DO SOCORRO CAMPOS ARAÚJO

**SAÚDE, DESENVOLVIMENTO E POLÍTICAS PÚBLICAS: O MODELO DE
GESTÃO DA EBSERH NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), como requisito para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Regional.

Área de concentração: Desenvolvimento Regional.

Linha de pesquisa: Estado, planejamento, políticas públicas e desenvolvimento regional.

Orientador: Prof. Dr. Leonardo de Araújo e Mota.

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

A663s Araújo, Maria do Socorro Campos.

Saúde, desenvolvimento e políticas públicas [manuscrito] : o modelo de gestão da EBSERH no Hospital Universitário Alcides Carneiro / Maria do Socorro Campos Araújo. - 2021.
99 p.

Digitado.

Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional) - Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, 2022.

"Orientação : Prof. Dr. Leonardo de Araújo e Mota, UFCG - Universidade Federal de Campina Grande."

1. Políticas Públicas de Saúde. 2. Saúde. 3. Governança.
4. Hospital Universitário Alcides Carneiro. I. Título

21. ed. CDD 361

MARIA DO SOCORRO CAMPOS ARAÚJO

SAÚDE, DESENVOLVIMENTO E POLÍTICAS PÚBLICAS: O MODELO DE GESTÃO DA EBSEH NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), como requisito para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Regional.

Área de concentração: Desenvolvimento Regional.

Aprovada em 22 de dezembro de 2022

BANCA EXAMINADORA

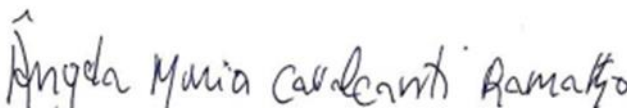
Assinatura:



Prof. Dr. Leonardo de Araújo e Mota

Instituição: Universidade Estadual da Paraíba

Assinatura:



Profa. Dra. Ângela Maria Cavalcanti Ramalho

Instituição: Universidade Estadual da Paraíba

Assinatura:



Profa. Dra. Edjane Esmerina Dias da Silva

Instituição: Universidade Federal de Campina Grande

AGRADECIMENTOS

Ao Divino, que nos auxilia e ampara em todos os momentos.

Aos meus pais, pela vida que me deram, tão generosamente.

Aos meus filhos, Pedro Filipi e Thiago Matheus, fontes permanentes de força e paz.

Aos Professores do Mestrado em Desenvolvimento Regional pela dedicação, empenho e disponibilidade em elevar nosso conhecimento.

À Professora Ângela Maria Cavalcanti Ramalho pela brilhante condução à frente da Coordenação do PPGDR, especialmente nestes desafiadores tempos de pandemia vividos desde 2020, trazendo sensibilidade, atenção, flexibilidade e firmeza na condução do Programa.

Ao meu Orientador, Professor Leonardo de Araújo e Mota, pela disponibilidade, zelo e o rigor que se fizeram necessários para o melhor resultado desse trabalho.

À Professora Edjane Esmerina Dias da Silva, grande exemplo de mestra a nos mostrar sempre direções mais longínquas para alcançar. Agradeço a total presteza e disponibilidade com que se colocou ao meu convite para participar da banca.

Ao Professor Homero Gustavo Correia Rodrigues, grande incentivador de ações de crescimento sejam individuais, sejam coletivas e com quem pude contar para observações de imensa valia no desenvolvimento do presente trabalho.

À Daisy Ferreira Ribeiro, pelo inequívoco apoio sempre disponibilizado, concretizado em toda solicitação de ajuda que por acaso eu lhe dirigisse.

Aos colegas do curso pela convivência profícua e pelo companheirismo que nos acompanhou durante todo o curso. Grata a todos.

À Secretaria do MDR que com eficiência e competência conseguiu nos manter a par das informações e procedimentos necessários, nos atendendo com presteza e atenção.

A todos que, voluntária ou involuntariamente, acabaram por contribuir de forma relevante nessa jornada tão grandiosa para a minha vida, em termos de amadurecimento e aprendizado.

“O desenvolvimento humano só existirá se a sociedade civil afirmar cinco pontos fundamentais: igualdade, diversidade, participação, solidariedade e liberdade.”

(Betinho)

RESUMO

Este trabalho propõe-se a analisar a modificação na gestão do Hospital Universitário Alcides Carneiro, vinculado à Universidade Federal de Campina Grande, a partir da formalização do contrato nº 46/2015, em 09 de dezembro de 2015, com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), criada por meio da Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, com a finalidade de administrar a rede de hospitais universitários ligados às Universidades Federais do Brasil. Foram analisados dados do HUAC, relativos à produção de serviços, contratação de pessoal e aporte orçamentário, do período 2013 a 2020. A pesquisa é um estudo de caso com método de abordagem indutivo. Quanto à finalidade a pesquisa é aplicada, sendo exploratória e descritiva quanto aos objetivos. É de cunho quantitativo, sendo classificada como documental, de dados secundários. Os dados foram coletados através de sítios oficiais da EBSERH, do HUAC, dos Ministérios da Saúde e do Ministério da Educação, assim como em consulta bibliográfica sobre o tema, disponível nos sistemas Scielo e Google Acadêmico. Da análise dos dados observa-se a extinção dos contratos de trabalho precarizados, que foram substituídos por contratações de trabalhadores através de concurso público, aumento da oferta de serviços, especialmente, ambulatoriais, incremento na aquisição de equipamentos médicos e eletro-eletrônicos, como também mobiliário e reformas estruturais, efetuadas com recursos do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), criado pelo Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010. A análise dos dados dos três aspectos propostos no estudo, aponta que o novo modelo de gestão no HUAC, apresenta mudanças que demonstram que apontam proximidade com os princípios do SUS e com a proposta de desenvolvimento nos moldes da teoria de Amartya Sen, apresentando-se contributivas para o desenvolvimento da região em que está inserido, se mantida a busca pelo alcance dos mais altos preceitos preconizados nas políticas de saúde do Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: Políticas Públicas de Saúde. Saúde. Governança. Hospital Universitário Alcides Carneiro.

ABSTRACT

This paper aims to analyze the change in the management of the Alcides Carneiro University Hospital, linked to the Federal University of Campina Grande, from the formalization of contract No. 46/2015, on December 9, 2015, with the Brazilian Hospital Services Company (EBSERH), created through Law nº 12.550, of December 15, 2011, with the purpose of administering the network of university hospitals linked to the Federal Universities of Brazil. Data from HUAC were analyzed, related to the production of services, hiring of personnel and budgetary contribution, from the period 2013 to 2020. The research is a case study with an inductive approach method. As for the purpose, the research is applied, being exploratory and descriptive in terms of objectives. It has a quantitative nature, being classified as documentary, secondary data. Data were collected through official websites of the EBSERH, HUAC, the Ministries of Health and the Ministry of Education, as well as a bibliographic consultation on the subject, available in the Scielo and Google Academic systems. From the analysis of the data, the extinction of precarious employment contracts can be observed, which were replaced by the hiring of workers through public competition, an increase in the offer of services, especially outpatient services, an increase in the acquisition of medical and electro-electronic equipment, as well as furniture and structural reforms, carried out with resources from the National Program for the Restructuring of Federal University Hospitals (REHUF), created by Decree No. 7.082, of January 27, 2010. Data analysis of the three aspects proposed in the study points out that the new model of management at HUAC, presents changes that demonstrate that they point to proximity to the principles of the SUS and to the proposal for development along the lines of Amartya Sen's theory, contributing to the development of the region in which it operates if the search for achievement of the highest precepts advocated in health policies in Brazil.

KEYWORDS: Public Health Policies. Health. Governance. Alcides Carneiro University Hospital.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Demonstrativo das macrorregiões da Paraíba	48
Figura 2 -	Unidades da rede EBSE RH	59
Figura 3 -	Organograma HUAC 2015	68
Figura 4 -	Instâncias de governança – superintendência	69
Figura 5 -	Gerência de ensino e pesquisa	69
Figura 6 -	Gerência administrativa	70
Figura 7 -	Gerência de atenção à saúde	70

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Macrorregiões da Paraíba	49
Tabela 2 -	Leitos	53
Tabela 3 -	Programas de Residência Médica HUAC	53
Tabela 4 -	Grupo de despesas	55
Tabela 5 -	Grupo gerencial	56
Tabela 6 -	Planejamento prescritivo de ações para implantação do modelo de gestão EBSE RH ano 2016	67
Tabela 7 -	Contratações EBSE RH Concurso 02/2016 áreas Médica-Assistencial e Administrativa – Admissões entre 2017 e 2020	73
Tabela 8 -	Modificações implementadas pela EBSE RH	74
Tabela 9 -	Varição percentual do orçamento período 2013 – 2020	77
Tabela 10 -	Participação da despesa com pessoal no orçamento geral do HUAC	78
Tabela 11 -	Varição percentual da despesa com pessoal no período 2013 – 2020	78
Tabela 12 -	Internações	79
Tabela 13 -	Consultas	79
Tabela 14 -	Atendimentos	80
Tabela 15 -	Exames laboratoriais e de imagem	80
Tabela 16 -	Contratações EBSE RH – cargos inexistentes no quadro	81

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Taxa de fecundidade total da Paraíba entre 1991 e 2018	51
Gráfico 2 -	Índice de envelhecimento na Paraíba entre 1980 – 2019	52
Gráfico 3 -	Distribuição da população por sexo, segundo grupos etários na Paraíba em 2019	52
Gráfico 4 -	Grupo de despesas HUAC-UFCG	56
Gráfico 5 -	Serviços	57

LISTA DE QUADROS

Gráfico 1 - Classificação dos cinco tipos do que ele denomina de liberdades 77

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ADUFCG	Associação dos Docentes da Universidade Federal de Campina Grande
ANDIFES	Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior
APH	Adicional por Plantão Hospitalar
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BM	Banco Mundial
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CF/88	Constituição Federal de 1988
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conferências Nacionais de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CRM	Conselho Regional de Medicina
CS	Conselhos de Saúde
CTPS	Carteira de Trabalho e Previdência Social
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DEA	Análise Envoltória de Dados
DEGERTS	Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DENASUS	Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde
DL	Decreto-Lei
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC	Emenda Constitucional

FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FMI	Fundo Monetário Internacional
HRAC	Hospital Regional Alcides Carneiro
HU	Hospital Universitário
HUAC	Hospital Universitário Alcides Carneiro
HUF	Hospital Universitário Federal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	Instituições de Ensino Superior
IFES	Instituições Federais de Ensino Superior
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IPASE	Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MARE	Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
MDR	Ministério do Desenvolvimento Regional
ME	Ministério da Economia
MEC	Ministério da Educação
MPOG	Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
MPT	Ministério Público do Trabalho
MS	Ministério da Saúde
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
OSS	Organizações Sociais de Saúde
PAINT	Plano Anual de Atividades de Auditoria Interna
PDE	Plano Diretor Estratégico
PDRAE	Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado
PES	Plano Estadual de Saúde

PROADI-SUS	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde
REHUF	Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SBPC	Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
SESU	Secretaria de Educação Superior
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SUS	Sistema Único de Saúde
TAC	Termo de Ajustamento de Conduta
TCU	Tribunal de Contas da União
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba
UFCG	Universidade Federal de Campina Grande
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UNB	Universidade de Brasília
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (tradução de <i>United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization</i>)

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	24
2.1	Saúde e desenvolvimento	27
2.2	Objetivos do desenvolvimento sustentável (ODS) e a saúde	29
2.3	Políticas públicas	31
2.3.1	<i>O SUS – política pública de saúde brasileira</i>	35
2.3.2	<i>A institucionalização do SUS - organização e estruturas</i>	37
2.3.3	<i>O papel dos hospitais na Rede de Atenção à Saúde</i>	39
2.4	OS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS	41
2.4.1	Hospital Universitário Alcides Carneiro	43
<i>2.4.1.1</i>	<i>Situando o HUAC – a cidade de Campina Grande – PB</i>	48
<i>2.4.1.2</i>	<i>Contratualização</i>	49
4	ANÁLISE DOS DADOS	54
4.1	Orçamento geral (investimento, custeio e pessoal)	54
4.1.1	Quantitativo de serviços	56
<i>4.1.1.1</i>	<i>Serviços hospitalares e ambulatoriais</i>	57
4.2	EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH)	58
4.2.1	Quadro político-administrativo que antecedeu a EBSERH	59
4.2.2	O novo modelo de gestão no HUAC	64
5	DISCUSSÃO DOS ACHADOS	76
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
	REFERÊNCIAS	85
	APÊNDICES	94
	APÊNDICE A - EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS PARA A CRIAÇÃO DA EBSERH QUE RESULTOU NA MEDIDA PROVISÓRIA N. 520/2010	95
	APÊNDICE B - HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS QUE COMPÕEM A REDE EBSERH (2020)	97
	APÊNDICE C - OCUPAÇÃO DOS CARGOS DE CHEFIA NO HUAC POR GÊNERO	98

1 INTRODUÇÃO

Os hospitais universitários são unidades ligadas às universidades que têm fundamentalmente a função de propiciar um ambiente de formação de estudantes de diversas áreas, de nível técnico, de graduação e pós-graduação, incluindo atividades de ensino, pesquisa e extensão, além de oferecer assistência médico-hospitalar de média e alta complexidade.

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) através da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, ocorre uma mudança de paradigma institucional dos HUF's, no que se refere à adaptação ao novo formato organizativo exigido pelo SUS, referente ao modo de executar os serviços, como também as dificuldades relativas à gestão dos recursos que lhe estavam disponibilizados, que se evidenciaram a partir das décadas de 1980 e 1990, iniciando, a partir daí, uma longa trajetória de modificações, adaptações e intervenções na busca pela melhoria da qualidade na gestão e nos serviços desses equipamentos de saúde.

Ao longo da primeira década dos anos 2000, os hospitais universitários federais (HUFs) vivenciaram a sua pior crise, particularmente por conta da insuficiência de investimentos na infraestrutura física e tecnológica e, principalmente, em recursos humanos.

Instado pelo Tribunal de Contas da União (TCU), através do Acórdão nº 1.520/2006, o Governo Federal se viu na séria incumbência de buscar soluções para a grave crise dos HUFs, particularmente em relação ao grande volume de trabalhadores terceirizados.

Em resposta as frequentes notificações do TCU, o Governo Federal instituiu o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), através do Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010. Nesse programa foram estabelecidas as seguintes diretrizes:

- a) Instituição de mecanismos adequados de financiamento, igualmente compartilhados entre as áreas da educação e da saúde, progressivamente, até 2012;
- b) Melhoria dos processos de gestão;
- c) Adequação da estrutura física;
- d) Recuperação e modernização do parque tecnológico;
- e) Reestruturação do quadro de recursos humanos dos hospitais universitários federais; e
- f) Aprimoramento das atividades hospitalares vinculadas ao ensino, pesquisa e extensão, bem como à assistência à saúde, com base em avaliação permanente e incorporação de novas tecnologias em saúde. (BRASIL, 2010).

Concomitantemente à criação do Programa REHUF caminhava, no Executivo Federal, a partir das discussões nos mais diversos fóruns, as providências para apresentação de uma solução definitiva que proporcionasse aos HUF, a efetivação das diretrizes estabelecidas pelo programa de reestruturação. Neste sentido, foi editada, a Medida Provisória n. 520, de 30 de dezembro de 2010, convertida posteriormente na Lei n. 12.550/2011, criando a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)

A rede administrada pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), criada em 2011, é composta por quarenta dos cinquenta hospitais universitários federais existentes no Brasil. Este modelo de gestão é uma consequência da forma como os HUFs foram incorporados ao sistema de saúde, como também é um modelo decorrente do pensamento neoliberal que dominou a economia e os governos a partir da década de 1970, na Europa e Estados Unidos, e iniciado no Brasil na década 1990. Sendo assim, procuramos identificar que modificações ocorreram a partir da adesão à EBSERH, efetuada pela Universidade Federal de Campina Grande, em dezembro de 2015, e apontar as repercussões possíveis do novo modelo de gestão e suas consequências nos serviços prestados aos usuários do SUS.

A EBSERH encontra nos hospitais universitários federais, uma realidade decorrente da própria formação dessas organizações no Brasil: a existência e convivência, numa mesma instituição, de vínculos empregatícios diferenciados, situação que se repete no HUAC onde existem atualmente servidores públicos vinculados ao Regime Jurídico Único (RJU), empregados públicos celetistas da EBSERH e pessoal terceirizado vinculado às empresas prestadoras de serviço.

Essa situação acarreta desdobramentos os mais diversos, abrangendo questões relacionadas a diferenciação de Planos de Cargos e Carreiras (capacitação, salários, licenças, carga horária, entre outros), no bojo dos direitos trabalhistas que repercutem na dinâmica de funcionamento dos hospitais. Além desse ponto, as condições contratuais firmadas entre as Instituições Federais de Ensino (IFES) e a EBSERH, a exemplo do modelo de gestão, orçamentação, organograma, atribuições, influenciam na “micropolítica do hospital” (CECÍLIO, 2007), exigindo adaptações para conformação das novas situações surgidas.

De todas as ações interventivas governamentais operacionalizadas por meio de normativas e modificações no Sistema Único de Saúde (SUS) e até nos hospitais

universitários federais, a EBSE RH foi a que acarretou maior gama de envolvimento e requereu atenção das representações sociais e da saúde, demonstrando sua relevância, seja em no que se refere à contundente mudança de paradigma, seja pelas inovações propostas, incluindo um modelo profissional de gestão nos moldes gerenciais e, sendo assim, fonte de discussão e estudos no que se refere a observa como vem se desdobrando sua implementação na rede de HUFs.

Este estudo verificou a implantação do modelo de gestão da EBSE RH no HUAC, a partir do início das atividades em 2016 até 2020, utilizando-se de dados relativos ao orçamento, aos serviços prestados e às contratações de pessoal, a fim de, levando em conta os princípios do SUS, a teoria do desenvolvimento das capacitações nos termos propostos por Amartya Sen (2010) e o formato de análise de políticas públicas de SECCHI (2019), apontar as modificações verificadas e o quanto estão consonantes com os princípios do SUS e as teorias de análise de políticas públicas e de desenvolvimento escolhidas para estudo.

O HUAC está inserido no Sistema Único de Saúde (SUS), política pública de saúde brasileira, criado por meio da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990). O SUS contemplando o atendimento a mais de cento e noventa milhões de brasileiros, indistintamente, baseado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade (BRASIL, 2020).

Concebido dentro do pensamento articulado no seio do movimento sanitário iniciado na década de 1960, denominado Reforma Sanitária Brasileira (RSB), a sua trajetória é marcada por avanços, estagnações e retrocessos em aspectos relativos à sua organização, como também a efetivação de seus princípios, força de trabalho, formação. Situação que perpassa também as reformulações que lhe são acrescentadas por força das necessidades e dinâmicas sociais e políticas, como fatores mais contundentes nestas mudanças. No entanto, vale pontuar que os maiores empecilhos à sua efetivação em plenitude desde sua criação encontram-se no financiamento e na gestão (MENDES, 2019).

Teve nas Conferências Nacionais de Saúde, a ampliação e fortalecimento de sua formação e concretização. As CNS são fóruns de discussão sobre a saúde no Brasil existentes desde os anos cinquenta, ocorrem a cada quatro anos e, em sua evolução, foram incorporando modificações que ampliaram sua capacidade de ação e participação nas ações governamentais em saúde. As diretrizes formuladas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986 (BRASIL, [1986]), embasaram o capítulo

sobre saúde, apresentado à Assembleia Geral Constituinte e que veio a compor o texto da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, [2020]), resultando, posteriormente, na criação do SUS por meio da Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, [1990]).

O SUS foi instituído no momento de redemocratização do Brasil e sob os primeiros passos do pensamento neoliberal que se instalara nos governos ocidentais a partir da década de 1980, se concretizando no Brasil, a partir de 1995, com o Governo Fernando Henrique Cardoso.

Apregoava-se um novo modelo de Estado que previa a modernização da Administração Pública, propondo uma substituição do modelo burocrático weberiano para o modelo gerencial, o qual se baseava em preceitos mais afinados com a lógica da globalização, então direcionadora das ações governamentais no mundo naquele momento. Organismos multilaterais como o Banco Mundial (BM), o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e o Fundo Monetário Internacional (FMI) preconizavam a adequação dos países periféricos – dentre eles, o Brasil – ao novo modelo vigente, a fim de propiciar a uniformidade da modernização nos moldes almejados por seus propositores (RIZZOTTO, 2008).

O novo modelo foi implementado no governo FHC, em 1995, sob o comando do então titular do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (Mare), Luiz Carlos Bresser-Pereira, a Reforma Administrativa foi formulada dentro das diretrizes traçadas no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE) e instituída a partir da edição da Emenda Constitucional (EC) nº 19, de 04 de junho de 1998 (BRASIL, 1998). Este documento dispunha três principais focos de alteração da sistemática então vigente, a saber: a relativização da estabilidade dos servidores públicos, a previsão dos planos de carreira em relação ao regime de remuneração dos agentes públicos e a incorporação de aspectos gerenciais relativos às obrigações e responsabilidades dos gestores públicos, tendo como eixo central a inclusão da eficiência no rol dos princípios administrativos (RIZZOTTO, 2008).

A partir dos anos 2000, a discrepância existente entre um modelo de política nacional de saúde, concebido e instaurado a partir dos preceitos do *Welfare State* e a sua implementação que passou a ocorrer dentro de uma outra visão de Estado, direcionada por preceitos neoliberais, em que as questões de saúde não estavam inseridas no núcleo de responsabilidades estatais e com forte apelo de sua implementação ocorrer em consonância com o pensamento privatista, o SUS sofre

as consequências dessas oposições, o que se retrata em graves retrações e deficiências nas prestações dos serviços a serem entregues à população.

No modelo de federalismo brasileiro, relativamente às políticas públicas, a esfera federal (União) acaba por vir a ser o maior fomentador do sistema, ficando aos Estados e Municípios a responsabilidade pela gestão. A devida definição de tarefas e responsabilidades entre os três níveis federativos é um desafio que se impõe, a se considerar as diferenças geográficas, populacionais e epidemiológicas do país, que determinam desigualdades que ainda reclama solução. Os gestores do SUS devem contemplar ações aptas a cobrir as necessidades e demandas de saúde da população e racionalizar a utilização da estrutura operacional, segundo a capacidade fiscal e financeira, mediante planejamento estratégico de investimentos.

Os hospitais universitários, como elementos inseridos dentro dessa problemática, também refletem as dificuldades do SUS, passando a receber, no transcorrer dos anos 2000, várias ações visando ao aprimoramento da sua gestão, podendo ser destacadas deste período, a edição da Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.000, de 15 de abril de 2004 (BRASIL, [2004a]), que estabelece diretrizes a partir das contribuições apresentadas pela Comissão Interinstitucional, cuja constituição foi autorizada pela Portaria Interministerial MEC/MS/MCT/MPOG nº 562, de 12 de maio de 2003 (BRASIL, [2003]), para o modelo de certificação dos Hospitais de Ensino. Nesse documento, prevê-se o cumprimento, por parte dos referidos hospitais de ensino, de determinados requisitos para receber essa qualificação específica, atrelada diretamente ao repasse financeiro aos mesmos.

Em maio do mesmo ano, foi editada a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.006, criando o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde (SUS), destinado a prover recursos aos hospitais certificados e cuja transferência pressupõe, entre outras coisas, o cumprimento de algumas etapas que passam pela definição dos perfis e dos papéis das instituições envolvidas:

Art. 2º Estabelecer que o Programa pressupõe as seguintes ações estratégicas, fundamentadas nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde:

I - definição do perfil assistencial, do papel da instituição e de sua inserção articulada e integrada com a rede de serviços de saúde do SUS;

II - definição do papel da instituição na pesquisa, no desenvolvimento e na avaliação de tecnologias em saúde e de gestão, de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde;

III - definição do papel dos hospitais de ensino na educação permanente e na formação de profissionais de saúde; e

IV - qualificação do processo de gestão hospitalar em função das necessidades e da inserção do hospital na rede do Sistema Único de Saúde.

Art. 3º Estabelecer que as ações estratégicas de que trata o artigo 2º desta Portaria serão definidas e especificada mediante processo de contratualização com estabelecimento de metas e indicadores. (BRASIL, 2004b).

Em paralelo às ações governamentais que foram sendo desencadeadas a partir desse período, as quais tinham por destino a busca de solução para combater os problemas crônicos dessas instituições, resumidos na insuficiência de recursos e na incapacidade de geri-los, seguiam-se as discussões nos fóruns deliberativos e consultivos ligados ao SUS, a exemplo da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), dos Conselhos de Saúde (CS) dos três níveis federativos (municipal, estadual e nacional) e de entidades da sociedade civil organizada, e dentro das Conferências Nacionais de Saúde (CNS). Estes fóruns abarcavam as discussões advindas das conferências municipais e estaduais sobre os assuntos nacionais, a fim de também determinar soluções para as questões do SUS e dos hospitais universitários.

A década de 2000 a 2010 foi espaço temporal de grande fermentação das discussões em busca da elaboração de um modelo de gestão que resultasse em melhoria na Administração com repercussão positiva nos eixos institucionais da saúde, ensino, pesquisa e assistência, que norteiam as ações organizacionais nos hospitais universitários federais. Diversas modalidades de intervenção foram propostas, sendo discutidos com mais destaque e efetivados em alguns Estados, a criação de Organizações Não Governamentais (ONG), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip) e até Fundações Públicas destinadas à administração desses hospitais.

Um outro fato preponderante para o acirramento das discussões em torno da questão dos hospitais universitários, estava ligada às ações do Tribunal de Contas da União que nesse período, vinha emitindo acórdãos exigindo mudanças na contratação de pessoal dos HUFs, que eram feitas por meio de Fundações de Apoio das Universidades, considerados vínculos precários e ilegais, por parte daquele órgão de controle.

Em 2010, com a criação do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), por meio do Decreto nº 7.082, de 27 de

janeiro de 2010, este sim, destinado especificamente ao HUFs, emergiu a necessidade de um modelo de gestão capaz de apresentar as respostas às diretrizes desse programa de investimento e desenvolvimento do HUs federais, até então não alcançada em programas anteriores, o que vinha sendo apontado tanto pelo TCU, quanto por organismos bilaterais.

Em 2010, é editada a MP 520/2010, que cria a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), depois vindo a ser consolidada na Lei 12.550/2011, significando uma contundente intervenção na política de saúde pública brasileira, num momento em que o SUS completava vinte anos e, ocorrendo após várias tentativas de correções e ajustes, tornando-se de imediato alvo da atenção de estudiosos do tema, dada a inovação da medida.

Os serviços prestados à população pelo Hospital Universitário Alcides Carneiro são de extrema importância social e se inserem nos quadros de políticas públicas vitais para os cidadãos, consolidadas nas garantias da Constituição Federal de 1988. O presente estudo se debruça sobre dados quantitativos visando verificar, sob os ângulos do orçamento, serviços e pessoal, do HUAC que informações se pode obter por meio desses dados, acerca da modificação no modelo de gerenciamento operado pela EBSERH e no que as modificações verificadas apontam em termos de melhoria para a área de saúde, ensino, pesquisa e extensão.

Esse estudo busca jogar luz, mesmo que sobre pequena parte restrita aos aspectos aos quais se propôs estudar, relativamente às mudanças adotadas e aos resultados encontrados, haja vista que tal ação não havia ainda sido adotada em relação ao HUAC, como também não há estudos dessa natureza no rol de dissertações do Mestrado de Desenvolvimento Regional da Universidade Estadual da Paraíba.

A temática das políticas públicas tem se destacado como campo de estudo, alcançando alta relevância, especialmente para as áreas da sociologia e da ciência política, além da economia e da administração pública. Sua correlação com o desenvolvimento não é algo novo, considerados os posicionamentos de Gadelha (2003; 2007; 2021), que afirma a estreiteza correlacional entre saúde e desenvolvimento. Para o desenvolvimento regional, o modelo descentralizado do SUS proporciona meios capazes de viabilizar estudos da medição dos efeitos das políticas públicas no meio social de sua aplicação, conforme apontam Gadelha e Costa (2013), partir dos resultados alcançados nas áreas em que são aplicadas no

que concerne ao entendimento de sua formulação, implantação, acompanhamento e análise (verificação de resultados).

Evidencia-se a relevância do tema quando se considera sua visceral importância para o desenvolvimento, especialmente no que diz respeito às políticas públicas de saúde, cuja formulação, aplicação e resultados demandam o devido acompanhamento por parte da sociedade, diretamente afetada por qualquer intervenção estatal em seu funcionamento. O SUS, por sua formulação universalista, de cunho distributivo, contempla toda a população, sem restrições, tornando-se seu aspecto mais controverso. Sendo assim, o SUS é visto pelos organismos multilaterais com ressalvas, no que se refere à sua sustentabilidade econômica, e com louvor pelos entusiastas dos sistemas universais, especialmente quando considerada a realidade brasileira.

No âmbito específico dos Hospitais Universitários (HUs), o fato de atenderem a um contingente populacional específico mediante a oferta de tratamento de doenças de média e alta complexidade e de terem se mantido, ao longo da sua história, num modelo de afastamento das realidades epidemiológicas locais, torna-os importante objeto de estudos, notadamente quanto às modificações implementadas no modelo de gestão dessas instituições de saúde a partir da publicação da Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011).

Por todos os aspectos que envolve, pela relevância dos fatores que o compõem é que se entende que o tema tratado no presente estudo, qual seja, a verificação da contribuição do Hospital Universitário Alcides Carneiro ao Sistema Único de Saúde, por meio da modificação em seu modelo de gestão, analisando os dados do período 2016 a 2020, pode se constituir num compilado de informações capazes de subsidiar estudos voltados ao desenvolvimento regional, considerando a área de saúde e gestão e saúde como vetores capazes de promover desenvolvimento na região de sua inserção.

Dentro do SUS, os Hospitais Universitários Federais (HUFs) transcorreram um longo período entre a Lei n. 8.080/1990 e a Lei 12.550/2011. Ou seja, entre sua inserção na política nacional de saúde e o modo como essa inserção repercutiu nos serviços prestados à sociedade, considerando desde a sua dissonância e distanciamento em virtude do modelo acadêmico que vigia até então, seja pela incapacidade demonstrada em prestar contas dentro de um sistema maior do que o que estava acostumado, somente dentro da Universidade.

Trazer aspectos desse caminho trilhado pelos HUFs, tomando por exemplo o caso do HUAC e os números apresentados por essa instituição, a partir do contrato de gestão firmado com a estatal criada para administrar essa rede de serviços no Brasil, justifica-se tendo em vista que os HUFs passaram, ao longo dos vinte anos transcorridos entre sua inserção no SUS e a criação da EBSERH, por variadas tentativas de adequações e reformulações conforme serão abordadas ao longo do trabalho, tendo havido uma aparente conformação de suas atividades aos objetivos da política de saúde nacional, a partir das ações da estatal.

Apresentam-se, a seguir, os objetivos, geral e específicos, que esta pesquisa se propõe a alcançar.

Apontar as modificações ocorridas no HUAC em virtude da implementação do modelo de gestão da EBSERH a partir da análise do orçamento, serviços e quadro de pessoal no período 2016-2020.

- a) Historicizar as motivações e contexto da criação da EBSERH;
- b) Identificar as modificações ocorridas no HUAC relativamente aos aspectos orçamentário, de serviços e de pessoal;
- c) Apresentar o cenário pesquisado e indicar os pontos em que, apresentam coerência com os princípios do SUS e com as teorias propostas neste trabalho, passíveis de indicar contribuição ao desenvolvimento do *locus* de atuação do HUAC.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste estudo foram trabalhados os pensamentos de desenvolvimento conforme concebidos pelo economista indiano Amartya Sen, procurando interligar sua teoria sobre a forma como as políticas públicas devem ser projetadas, no sentido de que propiciem a possibilidade de desenvolvimento, seja para as nações, seja nos âmbitos regional ou local, a partir do desenvolvimento individual, no sentido de empoderamento das pessoas. De fato, o propósito é que sejam incentivados o aprimoramento e o reconhecimento de suas “capacitações”, propiciando seu engajamento e possibilidade de modificação da realidade, a partir de suas ações. No pensamento de Sen:

O crescimento do PNB ou das rendas individuais obviamente pode ser muito importante como um meio de expandir as liberdades desfrutadas pelos membros da sociedade. Mas as liberdades dependem também de outros determinantes, como as disposições sociais e econômicas (por exemplo, os serviços de educação e saúde) e os direitos civis (por exemplo, a liberdade de participar de discussões e averiguações públicas).
[...] Em outros casos, a privação de liberdade vincula-se estreitamente à carência de serviços públicos e assistência social, como por exemplo a ausência de programas epidemiológicos, de um sistema bem planejado de assistência médica e educação [...]. (SEN, 2010).

As ideias de Sen são estudadas e levadas em conta neste trabalho, considerando que o mesmo tem por intuito efetuar o levantamento das modificações ocorridas na gestão do Hospital Universitário Alcides Carneiro, a partir da modificação do modelo de gestão oriundo da criação da empresa estatal destinada a gerir toda a rede de hospitais universitários federais do país, verificando a proximidade ou se estas modificações ao menos apontam se encaminhar para a efetivação de meios que demonstrem direcionar-se para o envolvimento e possibilidade de participação das pessoas, nos caminhos da saúde, dentro do escopo de autoridade dos órgãos institucionais estudados.

O pensamento do também economista brasileiro Celso Furtado, contemporâneo de Sen, permeou o presente estudo, tendo por base os seus apontamentos no que se refere ao desenvolvimento que não leve em conta somente os aspectos econômicos, em termos especificamente numéricos. O economista Paulo Nogueira Batista Jr., titular da cátedra Celso Furtado, do Colégio de Altos Estudos da UFRJ, e que já foi vice-presidente do Novo Banco de Desenvolvimento, estabelecido pelos BRICS em Xangai, de 2015 a 2017, e diretor executivo no FMI pelo Brasil e mais dez países em Washington, de 2007 a 2015, apresenta, no Texto

para Discussão n. 4 (2021) em seu texto para a Cátedra, uma visão de Celso Furtado que, por constituir-se de elementos que convergem para as diretrizes do presente estudo, entendemos importante trazê-la ao texto:

Furtado segue um estilo de investigação e exposição que economistas mais tradicionais tendem a desprezar e até a estigmatizar. O seu instrumento principal é a palavra, ou seja, a retórica e a persuasão. Furtado não trabalhava com supostas certezas, com verdades seguras, mas com o que é plausível como aproximação da realidade. Com interpretações abertas, não com deduções fechadas. Palavras têm algumas vantagens em comparação com números, equações e gráficos. Elas são flexíveis, mais abertas à ambiguidade e indeterminação sempre presentes na vida real – a ambiguidade e indeterminação que tanta angústia causam aos que querem se apegar ao incontestável e ao seguro. O apego à matemática e suas fórmulas pode ser uma das formas que toma o medo humano, humano demais, do incerto, do imprevisível. Os economistas tradicionais, os praticantes convictos da *mainstream Economics* não costumam disfarçar o seu desprezo pelos economistas meramente “literários”. O aparato matemático e econométrico torna-se nas suas mãos um instrumento de exclusão e intimidação. Pretende-se erguê-lo em barreira à entrada na disciplina, um muro que deixaria de fora os que se resistem a, ou se mostram incapazes de praticar os modelos formais. Com arrogância, chega-se a questionar a condição de cientistas e até a inteligência dos economistas “literários”. (BATISTA JR, 2021).

No tocante às políticas públicas e suas formas de elaboração e análise, foram estudadas, levando em conta as formulações de Leonardo Secchi (2014; 2019), as que apresentam um formato de análise de políticas públicas a partir das concepções racionalista ou argumentativa. O autor se posiciona no sentido de que a ciência das políticas públicas, as *policy sciences*, surgiram e se prestam à finalidade de “[...] ajudar no diagnóstico e no tratamento de problemas públicos” (SECCHI, 2014).

São consideradas por Secchi (2014) a existência de duas abordagens de estudos de políticas públicas: a estatista, (state centered policy-making) que “considera as políticas públicas, analiticamente, monopólio de atores estatais”, e a abordagem multicêntrica, que “considera organizações privadas, organizações não governamentais, organismos multilaterais, redes de políticas públicas (policy networks), juntamente com os atores estatais, protagonistas no estabelecimento das políticas públicas”. Na primeira abordagem, como é possível deduzir, somente determinado grupo, sem participações externas àquele governo, problematiza e define as políticas públicas do país. Na abordagem multicêntrica, a abertura para uma maior gama de participantes parece aproximar a formulação e a criação de políticas públicas de atores que vivenciam a problemática em estudo de maneira mais direta, trazendo maior amplitude ao problema estudado.

Em obra posterior, Secchi (2019) apresenta os formatos de abordagem que classifica como argumentativa e racionalista. Nesse ponto, o autor pondera que na abordagem argumentativa a análise da política pública (*policy analysis*), relativamente à análise das soluções (*solution analysis*), ocorre levando em consideração que este modelo tem em vista a necessidade de participação de mais pessoas. Desse modo, Secchi assinala que a abordagem argumentativa se baseia na coprodução de soluções, no debate e na argumentação de atores envolvidos com o problema público em questão. Secchi (2019) entende que as discussões, visando soluções e participação de atores, ocorram em fóruns apropriados para o assunto ou multitemático, trazendo em sua obra capítulos dedicados a demonstrar a didática a ser aplicada na sua teoria.

A abordagem racionalista de Secchi (2019) refere-se a um modelo positivista, que busca uma adequação entre fins e meios, a projeção de resultados e o foco na satisfação do maior grau de bem-estar em termos de sua utilidade. Decorre do modelo iniciado na década de 1970 nos EUA, quando, no governo Ronald Reagan, foi determinado como requisito para submissão e possível aprovação de projetos de lei que resultassem em acréscimos aos custos do governo federal, que estes fossem acompanhados de relatório de análise de política pública, que tinha por “[...] objetivo era evitar a aprovação de projetos públicos que não passassem por uma análise de custo-benefício” (SECCHI, 2016, p. 13). Saliente-se que este é um formato muito utilizado no cotidiano de governos e isso acontece em esfera mundial.

O pensamento do economista Bresser-Pereira (1995) trouxe a base para as formulações acerca da Reforma Administrativa brasileira, implantada a partir de 1995. Baseada no pensamento neoliberal, que dominava a economia naquele momento da história mundial, foi procurado implementar no Brasil o que se concebia como adequado para o aprimoramento e conseqüente impulsionamento do crescimento das nações. As políticas neoliberais tiveram sua ascensão na década de 1980, por meio do Consenso de Washington, como também da transição de um paradigma desenvolvimentista da administração pública voltada para a eficiência: a chamada Nova Gestão Pública (*New Public Management*), cuja proposta sugere a adoção de práticas e a lógica da gestão de empresas privadas na administração pública, conforme relata Secchi (2021).

No que se refere à literatura voltada à questão da saúde no Brasil, buscamos basear a teoria, trazida ao presente trabalho, em conteúdos expostos nas páginas

eletrônicas de entidades governamentais e de cunho institucional, nos quais é possível encontrar informações relativas ao histórico e ao contexto social, político e econômico dos diversos momentos que compõem a complexa formação dessa importante política pública, que é o Sistema Único de Saúde (SUS). Foram visitados os sítios eletrônicos do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Ministério da Saúde, do Ministério da Educação e do Ministério da Economia. Como fontes referenciais, foram usados também documentos e informações constantes das páginas eletrônicas da EBSEH, do HUAC e da UFCG.

2.1 Saúde e desenvolvimento

O estabelecimento da relação da perspectiva sanitária com a perspectiva econômica, voltado para a adoção de ações governamentais para as duas áreas, tendo o desenvolvimento regional como grande foco, vem sendo discutido entre teóricos da área, numa busca pelo que se denomina “associação virtuosa” entre saúde e economia, visando a desenvolver regiões a partir da evolução do campo da saúde e suas dimensões mais expressivas.

A saúde se relaciona com a economia, especialmente com a economia política a partir dos enfoques formalista, convencional que aplica à saúde a condição de bem comum, no sentido da oferta e da demanda, e com o acompanhamento de como se conforma o mercado desse bem, numa visão bem convencional da teoria econômica. Segundo, Viana et al. (2007), tal processo se constitui num dos primeiros entraves à adoção desse modo de encarar a saúde, considerando que o bem na ciência da economia é classificado como algo que tenha utilidade e disponibilidade limitada.

Esta visão demonstra um grave problema apontado pela autora no que se refere à possibilidade de medição da demanda por serviços de saúde e insumos, em comparação à medição da aquisição de um automóvel, onde se atribui uma consequência linear aos custos e vantagens da aquisição, o que não se demonstra plausível de ser feito no momento de “consumir” saúde. A autora traz uma citação de Biasotto (2004) para ilustrar mais precisamente a questão: “[...] a mera interferência de utilidades e benefícios por uma representação monetária parece uma solução reducionista demais para uma questão tão complexa”, o que reforça que a ideia de

utilidade para o consumo de saúde não pode ser aplicada, cabendo-lhe o conceito de necessidade.

Lastres et al. (2021) enfatiza o fato de que a contextualização das pesquisas e das políticas para a saúde é fator imprescindível, principalmente em um país com as especificidades brasileiras. Pensar o futuro do desenvolvimento brasileiro envolve ter como foco o papel central da saúde e demais serviços públicos. Para a autora é “[...] preciso compreender e atender aos requerimentos característicos dos diferentes territórios e promover suas potencialidades”.

Acentuando o enfoque na territorialização, no sentido de entender desenvolvimento regional não somente na perspectiva das cinco regiões geopolíticas oficiais, Lastres et al. (2021) reitera a importância de que sejam trabalhadas ações que levem em conta o perfil de regionalização a partir dos enfoques abaixo citados:

- a) os determinantes sociais da saúde, com foco no acesso a serviços essenciais e condições de vida;
- b) as características de ocupação do espaço, materializado nas cidades de diferentes portes, com maiores ou menores distâncias entre si; e
- c) a participação cidadã nas políticas locais e regionais. (LASTRES et al., 2021).

Os autores ressaltam ainda a “[...] necessidade de avaliar o subsistema de capacitação, pesquisa e tecnologia e suas interfaces com as estruturas de prestação de serviços de saúde [...]” (LASTRES *et al.*, 2021), sendo este um espaço aonde o Hospital Universitário Alcides Carneiro pode contribuir em grande proporção para a melhor atuação dentro da Rede de Atenção à Saúde no município de Campina Grande, dadas as características de sua missão e valores intrínsecos. A qualificada formação de profissionais por meio da prática nas residências das várias especialidades se constitui em um importante “[...] eixo estruturante para informar protocolos e definir opções tecnológicas aderentes às especificidades locais e regionais” (LASTRES et al., 2021).

O evento da pandemia, que ressaltou o protagonismo do complexo de saúde em todos os seus eixos e os equívocos advindos da concentração da manufatura de insumos de saúde em poucas e longínquas localidades, expõe e fragiliza a saúde no Brasil, no tocante à pronta resposta às necessidades epidemiológicas apresentadas. Repensar posicionamentos, não somente no âmbito brasileiro, mas numa escala mundial, certamente levará a reformulações, especificamente no que se refere ao binômio saúde x desenvolvimento. No Brasil, principalmente, parece se fazer

urgente a retomada do pensamento desenvolvimentista sob o prisma da cooperação e territorialização, no caso da saúde, a partir do diagnóstico localizado.

Ainda sob o ponto de vista de Lastres et al. (2021), tratar a saúde em perspectiva territorial requer articular analiticamente:

- a) os determinantes sociais da saúde;
- b) os perfis de ocupação do território e as redes de cidade;
- c) os deslocamentos para acesso à saúde;
- d) a capacidade de provisão de serviços e a resolutividade do sistema de saúde;
- e) a formação de profissionais e o fortalecimento do território cognitivo;
- f) os diversos segmentos produtivos do CEIS; e
- g) as instâncias de mediação, pactuação e implementação de políticas. (LASTRES et al., 2021).

Assim, a saúde se articularia em diferentes escalas, desde a local (módulos de saúde), micro/mesorregional (regiões de saúde), estadual e macrorregional. Nessa realidade, as regiões de saúde se destacariam como importante unidade de análise, considerando sua definição a partir de parâmetros de contiguidade intermunicipal, identidade social, econômica e cultural, se constituindo em território enquanto estrutura socialmente construída e portadora de uma história comum.

Reportam ainda que tratar a política de saúde dentro da lógica de bem comum traz para o primeiro plano um recorte geográfico, em que os atores compartilham identidades e se manifestam as efetivas possibilidades de exercício de cidadania política participativa. Consideram, além disso, que é também operando com base nessa perspectiva que se potencializam as articulações com os vários segmentos produtivos de bens e serviços da saúde.

2.2 Objetivos do desenvolvimento sustentável (ods) e a saúde

Um outro assunto teorizado neste trabalho diz respeito aos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), que decorrem dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM), e estes haviam sido traçados para aplicabilidade até o ano de 2015. No ano 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU) estabeleceu 08 estratégias a serem alcançadas pelos países membros até o ano de 2015, nelas foram incluídas as áreas de educação, saúde, meio ambiente, trabalho e desenvolvimento.

A meta da ONU de reduzir a fome e a pobreza extrema até 2015 à metade do que era em 1990 foi alcançada pelo Brasil em 2002. Em 2007, a meta nacional de

reduzir a porcentagem de pobres a $\frac{1}{4}$ da de 1990, apesar de mais ambiciosa, também foi cumprida e superada em 2008. Com relação à meta 2, o Brasil apresenta em 2012 índices informando que 95,3% da faixa etária de 7 a 14 anos frequentavam o ensino fundamental e 75% dos jovens que haviam atingido a maioria concluíram o ensino fundamental. No índice 3, o Brasil ressalta que meninas e mulheres já são maioria em todos os níveis de ensino, e que entre 2003 e 2011, a População Economicamente Ativa (PEA) feminina cresceu 17,3%, enquanto a PEA masculina aumentou 9,7%. A participação das mulheres na PEA passou de 44,4%, em 2003, para 46,1%, em 2011. No mesmo período, as mulheres aumentaram sua participação na população ocupada, passando de 43,0% para 45,4%. Com relação à redução da mortalidade infantil (meta 4), os indicadores demonstram que a taxa de mortalidade infantil, tanto no grupo de crianças menos de 1 ano quanto no grupo de crianças de até 5 anos, apresenta forte queda entre 1990 e 2010, se constituindo assim, num avanço da posição do Brasil, nesse aspecto.

Com relação ao objetivo 5, considera-se que este é o Objetivo que o Brasil tem mais dificuldade de atingir. Embora tenha melhorado, o Brasil não conseguiu atingir a meta de $\frac{3}{4}$, entre 1990 e 2015, a razão da mortalidade materna. Entre janeiro e setembro de 2011, a mortalidade materna diminuiu 21%. No que se refere ao Objetivo 6, a experiência brasileira de combate à epidemia de HIV/AIDS se tornou uma referência mundial. Além disso, foram criados programas nacionais de controle de Malária, da Dengue e da Tuberculose para reduzir a incidência das doenças e o número de vítimas. No que se refere ao Objetivo 7, o Brasil já atingiu as metas dos ODM relativas ao abastecimento de água e ao esgotamento sanitário, o que não se observa em relação ao caso do esgoto, onde o Brasil ainda está longe da universalização. O total ligado à rede coletora ou à solução individual por fossa séptica é de 75,3% (Censo 2010 - odmbrasil). Com relação ao oitavo e último Objetivo o governo brasileiro aponta que suas políticas públicas são elaboradas no sentido de aumentar a inclusão social.

Em 2015, a ONU traçou os 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), para cumprimento até o ano de 2030.

Os ODS foram definidos a partir da reunião dos Estados Membros da ONU ocorrida em setembro de 2015, sendo acatados por 193 dos países membros componentes. A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável resultou de um processo global participativo de mais de dois anos, coordenado pela ONU, no qual

governos, sociedade civil, iniciativa privada e instituições de pesquisa contribuíram através da Plataforma 'My World'. Sua implementação teve início em janeiro de 2016, dando continuidade à Agenda de Desenvolvimento do Milênio (2000-2015), e ampliando seu escopo. Abrange o desenvolvimento econômico, a erradicação da pobreza, da miséria e da fome, a inclusão social, a sustentabilidade ambiental e a boa governança em todos os níveis, incluindo paz e segurança (odsbrasil).

Foram estipulados 17 Objetivos com 169 metas, abrangendo as dimensões ambiental (água, energia, clima), econômica (indústria, trabalho, inovação, cidades, consumo) e social (educação, saúde, fome, pobreza, igualdade, inclusão) do desenvolvimento sustentável, de forma integrada e inter-relacionada, determinando dentre as metas as formas de monitoramento e os meios de execução para atingimento das metas propostas.

A saúde é o terceiro dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável estipulados pela ONU. Contém 13 metas determinadas que vão desde o controle da mortalidade infantil, cujos índices o Brasil vem mantendo dentro de padrões satisfatórios, sempre em patamar fronteiro ao índice limite (Ipea, 2018). Abrange também os aspectos relativos à quantitativo de profissionais de saúde por habitante, número de hospitais e instituições com equipamentos e insumos básicos de atendimento, passando pelo fomento à pesquisa de medicamentos e vacinas, redução de comorbidades e mortes por acidentes em estradas, até controle para evitar epidemias de níveis nacional e global.

Entende-se cabível a menção aos ODS neste trabalho, tendo em vista que todas as atividades na área de saúde devem direcionar seus resultados visando ao atendimento das metas propostas na área. Não obstante a realidade que se impôs com a pandemia pelo vírus Sars-Cov-2, a partir do final do ano de 2019, a busca pelo alcance das metas do ODS é ainda mais necessária e, como não poderia deixar de ser, compõe o plano estratégico de atuação da EBSEH no modelo de governança que aplica aos HUFs filiados, estando assim todos os hospitais universitários responsáveis pelo cumprimento dos ODS, incluindo o HUAC.

2.3 Políticas públicas

O conceito clássico denomina as políticas públicas como sendo as ações dos governos relativamente à apresentação de soluções para os problemas surgidos. O

interesse pelo estudo da escolha por determinadas ações em detrimento de outra(s) e o momento e formato de aplicação, enquanto campo científico de análises, ocorreu na década de 1950, nos Estados Unidos, mais precisamente a partir do Governo Ronald Reagan (SECCHI, 2016).

Surgida como campo de estudo social derivado das ciências políticas, a análise de políticas públicas (*Policy Analysis*) tornou-se disciplina no campo científico a partir das concepções formuladas por Lasswel (1956), conforme citado em Agum *et al* (2015) que foi o primeiro a lançar os contornos dos estudos na área. O intuito era compreender as razões que determinavam as escolhas dos governos relativamente à criação de ações ou medidas destinadas ao saneamento de determinados problemas, em detrimento de outros problemas existentes. Quais fatores, atores, variáveis ou determinantes orientavam a escolha governamental para aplicação daquela medida (AGUM *et al.*, 2015).

Também no mesmo período e acompanhando o lastro de raciocínio de cientificidade que estava sendo aplicado à recente área de estudo de políticas públicas, Herbert Simon (1957), citado em Agum *et al.* (2015) apresenta o conceito de *Policy Makers*. Esse, por sua vez, tinha por objetivo formular um arcabouço teórico prático com a finalidade de dar suporte às ações governamentais, entendendo que estas deveriam ser racionais, embasadas em um conjunto de informações a respeito do assunto resultante da ação política, que ensejaria a tomada de decisão acerca do tema em debate (AGUM *et al.*, 2015).

O crescimento dos estudos na área das políticas públicas, sua definição, avaliação, propósito e criação passa a despertar um interesse cada vez maior, avolumando as contribuições para ampliação dessa área de pesquisa. Ainda tendo como centro os Estados Unidos, o tema encontra eco em outras partes do mundo, iniciando-se com a Europa, e passa a compor a pauta, embora de modo incipiente, dos organismos multilaterais (FARIA, 2005).

Na década de 1980, Thomas Dye (1984) firma a definição de que políticas públicas trata-se de estudar sobre “[...] o que o governo escolhe fazer ou não fazer [...]”, sendo uma definição consolidada no meio dos pesquisadores do tema. A afirmação de Dye encontra fundamento no artigo de Bachrach e Baratz (1962), publicado na *American Science Review*, intitulado de “Two Faces of Power”. O trabalho demonstra que a posição do governo de “não se fazer nada” mediante um dado problema, pode ser considerada uma maneira de produzir políticas públicas.

Também cabe destaque à afirmação de Lasswell, anterior à de Dye, que se firmou conceitualmente na academia: “[...] quem ganha o quê, por quê e que diferença faz” (AGUM et al., 2015).

A consolidação das políticas públicas como campo da pesquisa toma força especialmente nas décadas de 1980 e 1990, quando se tornou crescente o discurso da incapacidade do Estado em gerir com qualidade todas as ações sociais, propulsionando a busca por aplicação da racionalidade às análises dessas ações governamentais.

É um campo de estudo de vasta transversalidade que agrega as mais diversas áreas, não somente dentro das ciências sociais, onde abrange economia, direito, sociologia, como também inclui contribuições dos campos da estatística, infraestrutura, desenvolvimento regional, tecnologia da informação, para citar alguns, consolidando-se como meio eficiente de demonstração de resultados para orientação de decisões de gestores públicos.

No Brasil, o trabalho de Luiz Pedone (1986), publicado como resultado do curso de Atualização para Dirigentes e Gerentes da Área Pública, na Fundação Centro de Formação do Servidor Público, demonstra a adesão do governo brasileiro às ideias acerca da análise de políticas públicas (*Policy Analysis*). Esse estudo toma por base as diretrizes conceituais firmadas naquele momento acerca do denominado “ciclo de políticas públicas”, consistindo no acompanhamento da ação governamental, a partir de sua origem, implantação, desenvolvimento e monitoramento.

Essa divisão clássica do estudo das políticas públicas passou por evoluções ao longo de sua trajetória e vem recebendo atenção cada vez maior por parte de pesquisadores da área, dada a consolidação do entendimento da alta relevância dessa ferramenta para direcionamento das ações de governos em todo o mundo (CAPELLA, 2018).

Faria (2005), alerta para a tendência gerencialista que se instalou nas atividades de análise de políticas públicas, em todas as suas fases, ressaltando aspectos puramente racionalista dos fatos e questões analisadas, sem considerar as subjetividades que lhes permeiam. Dessa forma, chama a atenção para a possibilidade de influências não observadas concretamente terem importância e impacto que podem vir a ser fundamentais e consideráveis nos resultados obtidos nos estudos:

[...] tendo prevalecido a perspectiva de instrumentalização da pesquisa avaliativa para o sucesso da reforma do Estado. Tal discussão pavimentará o nosso caminho para que possamos, na seção subsequente, analisar a postura da academia brasileira diante da hegemonia da perspectiva “gerencialista” sobre o papel da avaliação de políticas públicas. (FARIA, 2005, p. 99).

Leonardo Secchi (2009), diante das dicotomias surgidas a respeito da abordagem mais adequada aos estudos das políticas públicas, em se considerar uma abordagem estatal, que tem somente os componentes ou representantes estatais como protagonistas da ação, propõe uma abordagem multicêntrica, capaz de considerar todos os tipos de atores envolvidos na política pública, desde que, efetivamente, se trate de uma questão pública.

Neste sentido, Secchi (2016) apresenta uma proposta “teórico-prática” que se afasta da mera apresentação conceitual no tocante às políticas públicas, corrente nas ciências sociais. Seu estudo expõe a possibilidade de aplicação de duas abordagens para a análise das políticas públicas, uma racionalista e outra argumentativa. Na primeira, o enfoque se dá para os dados, métodos, resultados, da ação que se está a avaliar; e a segunda considera a multidentalidade das participações e contribuições, e são consideradas na adoção de medidas para a detecção do problema ou a criação da solução.

O campo de estudo das políticas públicas encontra-se em franco crescimento e destaque, tendo sido aprimorado desde seu surgimento na década de 1950, passando por reavaliações e se consolidando, definitivamente, como ferramenta primordial para o acompanhamento das ações de governos. O Brasil tem disponibilizado vasto material relativo a este campo de estudo, notadamente, por meio do Ipea, FGV, como também aprimorado a formação de gestores direcionados para a área, por meio da Enap que, na condição de escola de governo vem aumentando seu cardápio de possibilidades de formação tanto nos níveis técnico, como também *latto sensu* e *stricto sensu* para essa área de estudos.

Dentre as políticas públicas sociais, o estudo das políticas públicas de saúde se destaca como um dos mais pesquisados e avaliados, considerando sua relevância no desenvolvimento das nações. Tal cenário não é diferente no âmbito brasileiro, em relação ao Sistema Único de Saúde e os diversos programas que são desenvolvidos e implementados, visando a adequação e a melhoria de seus resultados.

2.3.1 O SUS – política pública de saúde brasileira

Criado a partir da edição da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990), o Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como princípios fundamentais a universalidade, a equidade e a integralidade, constituindo-se numa efetiva reformulação conceitual da responsabilidade estatal de oferecimento de direitos sociais aos cidadãos e na política pública social mais importante do Brasil, detentora de alto conceito internacional. O SUS completou trinta anos em 2020, e mantém-se firme em sua trajetória de busca pelo aprimoramento dos objetivos inicialmente dispostos, embora ainda reclamando a efetivação concreta dos seus princípios (SANTOS, 2018).

A saúde no Brasil, a partir da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2020), passou a ser direito garantido, cabendo ao Estado fornecer as condições para que todos os indivíduos em território nacional, indistintamente, de maneira igualitária e universal, tenham acesso às ações e aos serviços que vão possibilitar a promoção, a proteção e a recuperação de sua saúde, tornando viável, tanto no enfoque social quanto nos aspectos econômico e político, o exercício desse direito.

O Sistema Único de Saúde brasileiro é uma política pública concebida a partir do pensamento baseado nas proposições do movimento sanitarista, denominado Reforma Sanitária Brasileira (RSB), tendo por base os movimentos de estudantes nos anos 1970, que militavam em favor da democracia no País (SCOREL, 1999).

Num momento em que as decisões governamentais para questões sociais, incluindo a saúde, pautavam-se por elementos racionalistas, os estudantes de medicina, participantes da 28ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), na Universidade de Brasília (UnB), em 1976, apresentaram uma outra perspectiva sobre a questão da saúde, trazendo conceitos que ampliavam as discussões para além da lógica hegemônica (biologia, medicina, psicologia) até então instalada nas discussões sobre o tema. Desse momento em diante, disciplinas como sociologia, filosofia e antropologia foram incluídas nas discussões sobre saúde, ultrapassando o mero aspecto biomédico de análise das questões de saúde no país (SCOREL, 1999).

O movimento sanitarista é uma das denominações dadas ao grupo que participava, contribuía e se articulava em favor da modificação do atendimento à saúde no Brasil. Esse coletivo apregoava a possibilidade de que o cuidado à saúde

se efetive considerando a possibilidade de ampla cobertura da saúde da população, levando em conta o quadro epidemiológico local e demais fatores, especialmente sociais e econômicos. Suas aspirações, baseadas em preceitos democráticos e de consolidação da participação popular nas decisões governamentais, juntavam-se às aspirações coincidentes de outros movimentos sociais que emergiram naquele momento histórico (PAIM, 2008).

A RSB buscava inspiração e embasamento em experiências bem-sucedidas na área, a saber, as experiências de Cuba, que a partir de 1959 já implantara o mais bem estruturado, consistente e abrangente sistema de saúde das Américas, como também o caso da China, que conseguiu introduzir na medicina tradicional chinesa os avanços da medicina moderna, melhorando consideravelmente os cuidados de saúde da população (SOUZA; GRUNDY, 2004).

Esses autores destacam também, como inspiração às discussões brasileiras sobre saúde naquele momento, a implantação do *National Health Service*, no Reino Unido em 1948. Esse foi o primeiro sistema estatal de saúde em um país capitalista, e surge como uma das consequências do Relatório Beveridge, de 1942, que fundamentou a implementação da política do Estado assistencialista ou *Welfare State*, e as reformas canadenses, desencadeadas pela publicação do Relatório Lalonde, em 1974. É com essa publicação que se propôs um novo olhar sobre a concepção de saúde, uma perspectiva mais abrangente, contemplando a avaliação de elementos como ambiente e estilo de vida, considerados como determinantes da saúde para além da assistência médica, contribuindo para a ampliação das ações governamentais e estatais voltadas à saúde (SOUZA; GRUNDY, 2004).

O ápice das discussões e consolidação das ideias que vinham se avolumando nos diversos fóruns de saúde no Brasil, naquele momento, ocorre quando da realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, nos dias 17 a 21 de março de 1986 (BRASIL, 1986), onde ficaram instituídas as bases para a criação do SUS.

A 8ª CNS foi realizada num período de grande efervescência política nacional, dada a transição do regime militar para a redemocratização do país, tendo sido a primeira com a participação do público, contando com quase 5 mil participantes, representantes dos mais diversos segmentos da sociedade, modificando um modelo de participação até então restrita aos membros governamentais (CONASS).

Seu relatório final continha os anseios que permearam as discussões dos grupos envolvidos na questão da saúde de então, traçando cenários e perspectivas

que possibilitaram a formulação da proposta popular a ser incluída na Assembleia Nacional Constituinte. Tal proposta passou a compor o texto da nova Carta Magna que se encontrava em formulação (pensesus, Fiocruz).

2.3.2 A institucionalização do SUS - organização e estruturas

Consolidado no art. 196 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2020), o direito à saúde é institucionalizado com a promulgação da Lei nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990), que cria o Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, o SUS constituiu-se como a maior política pública de saúde do mundo, atendendo a cerca de 190 milhões de pessoas num país continental, do qual tem-se o percentual de 80% que depende, exclusivamente, dos serviços oferecidos pelo sistema (BRASIL, 2010).

O Ministério da Saúde (MS) é o órgão governamental que detém a competência para administração do sistema de saúde no Brasil. A execução das ações distribuiu-se visando a atender o caráter descentralizado da gestão, sendo o componente municipal o principal executor da atenção à saúde, contando com direção única em cada esfera de governo, por meio das Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais. O CONASS e o CONASEMS constituem-se na representação das secretarias de saúde em âmbito nacional, na condição de órgãos representativos e deliberativos. Compõem também o rol de esferas a expedir diretrizes de ações dentro do SUS, as Comissões Intergestores Bipartite (CIB), compostas por representações indicadas pelos governos estaduais e municipais, e Comissões Intergestores Tripartite (CIT), compostas por membros das três esferas governamentais. A Constituição facultou, ainda, a livre participação, de forma complementar, da iniciativa privada na prestação da assistência à saúde (PNS, 2020-2023).

O SUS rege-se por princípios fundamentais que lhe dão sustentação organizacional, sendo a universalidade, a integralidade e a equidade os estruturantes da institucionalidade do sistema. Entre os princípios organizacionais destaca-se a descentralização de meios e responsabilidades, com prioridade municipal de execução, além da participação social na elaboração e controle da política nacional, especialmente por meio das Conferências de Saúde que ocorrem nos âmbitos das três esferas de governo.

Em iniciativas mais recentes de organização do sistema de saúde brasileiro, pode-se destacar como aporte às previsões da Lei nº 8.080/1990, a edição do Decreto nº 7.508/2011, que dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa como forma de operacionalização. Considerando, para tanto, um modelo regionalizado e hierarquizado e a edição da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que estabelece bases referenciais para o escopo das ações e dos serviços de saúde e para o compartilhamento do financiamento setorial.

O Decreto nº 7.508/2011 trouxe a definição de Região de Saúde como o espaço geográfico contínuo, constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados. A finalidade dessa descrição é integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde, cujas definições devem ser articuladas entre os estados e os municípios, respeitadas as diretrizes gerais pactuadas na CIT. Prevê-se, também, que as Regiões de Saúde podem, ainda, ser compostas por municípios limítrofes entre Estados, de conformidade com entendimentos respectivos e entre países, respeitadas as normas que regem as relações internacionais (BRASIL, 2011).

Para circunscrever uma Região de Saúde é necessário haver infraestrutura para ofertar um rol de ações e serviços mínimos, abrangendo atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde. Essas ações também servirão de referência para as transferências de recursos entre os entes federativos.

Dentro das regiões de saúde, encontram-se os elementos responsáveis pela execução das atividades do SUS, distribuídos em Redes de Atenção à Saúde (RAS) compostas por unidades destinadas ao atendimento nas áreas de Atenção Básica, Atenção Especializada, Urgência e Emergência e a Atenção Hospitalar. Esta última encontra-se regulamentada por meio da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), instituída pela Portaria/MS nº. 3.390, de 30 de dezembro de 2013, e referendada pela Portaria de Consolidação nº 2, de 28/07/2017, que estabeleceu a consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS, definindo as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2017).

2.3.3 O papel dos hospitais na Rede de Atenção à Saúde

Os hospitais funcionam dentro do modelo de Redes de Atenção à Saúde (RAS) do SUS, enquanto pontos que se destinam aos cuidados mais complexos da saúde da população. Especialmente no que se refere aos hospitais universitários federais, sua atuação vai desde o atendimento ambulatorial, passando pelas internações com origem em casos de saúde agudos ou crônicos, cirúrgicos ou clínicos, destinado à população de sua região.

De conformidade com o modelo estabelecido dentro da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), que hoje é regulada pela Portaria de Consolidação n. 2, de 28 de julho de 2017, os hospitais são centrais dentro da política de saúde nacional e sua adequada distribuição de serviços demonstra-se cada vez mais relevante como contributivo na melhoria da saúde populacional. Um alerta apresentado pela Diretora do Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência do Ministério da Saúde (DAHU), Maria do Carmo (2014, p. 14-15) diz respeito, no entanto, à necessidade de que se trabalhe a desconstrução da mentalidade hospitalocêntrica, até então vigente:

Na concepção e na construção do SUS, nós discutimos essa centralidade da atenção hospitalar, porque a saúde começa com uma boa atenção básica (promoção, prevenção, vigilância etc.), e uma boa atenção ambulatorial especializada, a fim de evitar que o cidadão chegue ao hospital para ser tratado em regime de internação. (CARMO, 2014, p. 14 e 15).

Abaixo, outros conceitos de hospital conforme o Ministério da Saúde:

O termo hospital se refere a um conjunto muito heterogêneo de estabelecimentos de saúde, unidades de diferentes portes, que podem oferecer uma variada gama de serviços e atividades e desempenhar funções muito distintas no âmbito da rede de atendimento à saúde. Entretanto, os estabelecimentos possuem uma característica em comum: a prestação de cuidados de saúde a pacientes internados em leitos hospitalares durante as 24 horas do dia. (BRASIL, 2002).

CNES:

Estabelecimento de saúde dotado de internação, meios diagnósticos e terapêuticos, com o objetivo de prestar assistência médica curativa e de reabilitação, podendo dispor de atividades de prevenção, assistência ambulatorial, atendimento de urgência/emergência e de ensino/pesquisa. (BRASIL, 2018).

Giovanella et al. (2008), traz a definição do Observatório Europeu de Políticas e Sistemas de Saúde:

Estabelecimento com instalações para internação e em condições de oferecer assistência médica e de enfermagem, em regime contínuo 24h ao dia, para o diagnóstico, tratamento e reabilitação de indivíduos adentados ou feridos que necessitem de cuidados clínicos e/ou cirúrgicos e que, para tal fim, conta com ao menos um profissional médico em seu quadro de

funcionários. O hospital também pode prestar atendimento ambulatorial. (FIOCRUZ, 2008).

Dentro da lógica de níveis de atenção estabelecido no SUS, a atenção básica, capitaneada pela Estratégia Saúde da Família, pretende assegurar que a procura da população por hospitais ocorra somente quando se tratar de casos que requeiram tratamento a exigir o nível de complexidade que compõe a estrutura hospitalar. Na mesma entrevista, acima citada, Maria do Carmo (2014) esclarece o entendimento do órgão central do SUS a respeito do papel dos hospitais no sistema, ao afirmar que o mesmo “deve ser ‘o fim da linha’ para agravos que possam ter atenção fora do ambiente hospitalar”. Transcrevemos abaixo a classificação legal na Portaria de Consolidação/MS nº 2, que referenda a Portaria MS/GM nº 3.390/2013¹:

Art. 3º Os hospitais são instituições complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação.

Art. 4º Os hospitais que prestam ações e serviços no âmbito do SUS constituem-se como um ponto ou conjunto de pontos de atenção, cuja missão e perfil assistencial devem ser definidos conforme o perfil demográfico e epidemiológico da população e de acordo com o desenho da RAS locorregional, vinculados a uma população de referência com base territorial definida, com acesso regulado e atendimento por demanda referenciada e/ou espontânea.

§ 1º Os hospitais, enquanto integrantes da RAS, atuarão de forma articulada à Atenção Básica de Saúde, que tem a função de coordenadora do cuidado e ordenadora da RAS, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). (BRASIL, 2013).

Os hospitais são classificados por tipos e tamanhos, considerando a espécie de assistência prestada (geral ou específica), o nível de complexidade (média, alta ou média e alta) e o quantitativo de leitos oferecidos. Ao discutir esse aspecto acerca dos hospitais Filho e Barbosa (2014), acentuam que a distribuição adequada de hospitais na rede SUS, que leve em conta as características epidemiológicas, geográficas e sociais da população onde se encontra, são fundamentais para a melhoria do atendimento aos usuários (HOSPITAL FILHO E BARBOSA, 2014).

¹ A Portaria MS/GM nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013, está disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.htm>. Acesso em: 20 OUT. 2020.

2.4 Os hospitais universitários federais

No Brasil, existem Hospitais Universitários Federais ligados a Instituições Federais de Ensino e Hospitais de Ensino, que podem ser associados a Instituições de Ensino Superior Estaduais ou Instituições de Ensino Superior particulares (MEDICI, 2001). Aqui, o foco do presente estudo será os Hospitais Universitários Federais, procurando analisar sua formação, evolução e inserção no SUS, passando pelos modelos de governança e financiamento, e tendo por escopo específico o estudo na mudança do modelo de governança a partir da criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH. Nesse caso, de forma mais específica, buscando analisar a repercussão das mudanças ocorridas no Hospital Universitário Alcides Carneiro, da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG.

Distribuídos em todo o território nacional, esses centros complexos de saúde (MEDICI, 2001) e com peculiaridades específicas, sejam relativas ao tamanho, considerando para medir o quantitativo de leitos, seja pelo modelo de assistência prestada (regulado, livre acesso, emergência fechada, emergência aberta) e, ainda, as áreas de atuação, apresentam necessidades distintas e específicas que exigem um modelo de administração e gestão capaz de atender às diversas necessidades apresentadas por cada HU. Para isso, são consideradas suas peculiaridades de localização, estrutura organizacional e modelos de gestão de saúde do Município ou Estado, de conformidade com a realidade em que se encontra inserido, de acordo com a descrição contida no texto de abertura da página dos Hospitais Universitários, do Ministério da Educação.

Dentro da intrincada composição do Sistema Único de Saúde, cujas responsabilidades estão distribuídas entre os três entes federativos, inserem-se os Hospitais Universitários Federais (HUFs). Na qualidade de centros de referência na formação de profissionais da área de saúde, eles atuam nas vertentes do ensino, da assistência, e também da pesquisa e tratamento de doenças, nos níveis de média e alta complexidade, incluídas as patologias crônicas. Funcionando nos moldes flexneriano, departamentalizado, médico-centralizado e hospitalocêntrico de assistência, essas instituições tiveram o espectro de abrangência de seus serviços ampliado, de forma mais intensa e contundente do que a experimentada por ocasião da encampação do público do Instituto Nacional de Assistência Médica da

Previdência Social (Inamps), na década de 1980, convertendo-se num espaço de experiências qualificadas na área de saúde, possibilitando a elevação quantitativa e qualitativa dos serviços prestados pelo SUS (CARMO; ANDRADE; MOTA, 2007).

Os HUFs conduziam suas atividades tomando a premissa e os interesses da academia como embaixadores de sua organização, alocada no tripé ensino, pesquisa e extensão. Neste último aspecto, as atividades voltadas à população de maneira mais abrangente e fora dos muros da academia faziam-se presentes no cotidiano dos cursos da área de saúde, a medicina em destaque, sem que, no entanto, consistisse numa mudança do paradigma academicista. A assistência ainda não figurava como pilar apto a sustentar as ações nos Hospitais Universitários.

Os leitos eram direcionados a cátedras específicas, sendo que as de maior evidência e relevância dentro da lógica da academia recebiam maior espaço e insumos. As ações hospitalares não se relacionavam com as necessidades epidemiológicas da população, havendo descompasso entre os saberes produzidos e praticados e a realidade que se impunha no dia a dia dos profissionais formados, quando estes eram inseridos em centros de maior abrangência de atendimento assistencial. Identificava-se uma inversão antinatural na prática da saúde, em que o médico escolhe o paciente e não o contrário.

Após inseridos no sistema de cobertura universal, o tripé sustentador da prática hospitalar nos HUFs passou a ser o ensino, a pesquisa e a assistência, demandando uma gestão da conduta profissional consonante com a nova realidade que se apresentava. Nesse contexto, os HUFs passaram a ser responsáveis pelo atendimento de populações dentro da lógica de regiões de saúde, contemplando a cobertura do atendimento de populações de até 100 municípios, o que provocou uma sobrecarga não previamente administrada nos sistemas internos de organização dos hospitais universitários.

A nova realidade de abrangência e cobertura da assistência não se fez acompanhar da atualização da força de trabalho, ajuste do financiamento já considerado precário, reaparelhamento do parque tecnológico e de infraestrutura dos HUFs. Aliado a esses fatores, cabe considerar o modelo de gestão não profissionalizada que precisou operar essa grande transição, tendo que administrar não somente a conjuntura interna, como também as representações, as entidades e as autoridades atuantes na consolidação das diretrizes do recém-implantado Sistema Único de Saúde.

Esse cenário se desenvolveu ao mesmo tempo em que se consolidava, em nível mundial, a lógica neoliberalista, opositora contundente do modelo de saúde então implantado no Brasil, o que dificultou a consolidação do SUS em seu nascedouro, perdurando ao longo dos mais de trinta anos de sua existência.

2.4.1 Hospital Universitário Alcides Carneiro

Inaugurado em 1950, como Hospital Regional Alcides Carneiro (HRAC), tinha o intuito de atender ao público usuário do Instituto da Previdência dos Servidores do Estado (Ipase), permanecendo com essa característica até 1979, quando, em face de modificações nas estruturas institucionais e a desativação do Ipase, foi efetuada sua cessão para o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps). Depois de efetuada a cessão, passou a atender aos trabalhadores usuários dos serviços de assistência de saúde dentro do modelo, até então vigente, que amparava os que tinham registro de vínculo empregatício (FGV, Verbetes INAMPS) na Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS).

Com essa transferência, impõe-se uma modificação na configuração de perfil do atendimento assistencial prestado pelo hospital que, até aquele momento, era destinado a um público restrito e específico. Assim, diante o novo modelo, teve que se adequar ao atendimento de uma variação de público muito maior e com perfil de patologias diferenciado do que era praticado na rotina de atendimento do hospital. Com esse modelo de atendimento, o Hospital Alcides Carneiro adequa sua configuração e estrutura para atendimento a esse novo público usuário, o que propicia sua formatação na condição de hospital geral de clínicas, atuando tanto no âmbito ambulatorial quanto hospitalar e cirúrgico, com perfil de baixa e média complexidade.

Anteriormente à abertura de suas instalações ao público geral do INAMPS, o Hospital Regional Alcides Carneiro já servia de campo de prática do ensino em saúde, por meio de estágios para os acadêmicos dos cursos de enfermagem e farmácia da Fundação Universidade Regional do Nordeste (Furne), como também aos alunos da Faculdade de Medicina de Campina Grande, criada em 1968. Em 1979 a Faculdade de Medicina de Campina Grande é incorporada à Universidade Federal da Paraíba, inicialmente como Departamento do Centro de Ciências e

Tecnologia, logo depois como Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS), denominação e configuração mantidas até a atualidade.

Nesse período, sob a gestão do Inamps, foram criados programas de residência médica nas áreas de cirurgia geral, clínica médica e pediatria. No entanto, o Hospital Regional Alcides Carneiro HRAC manteve-se como campo de prática, mas sem uma ligação mais direta com os centros formadores, como as Universidades.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, garantindo como obrigação do Estado o direito à saúde com acesso universal e igualitário a todos os brasileiros, o modelo de assistência à saúde vigente demonstrou-se incompatível com as novas diretrizes formuladas para o país. Em 1989, dando seguimento a anseio já consolidado na comunidade acadêmica pela criação de hospital próprio da Universidade, o HRAC foi doado à Universidade Federal da Paraíba, passando a denominar-se Hospital Universitário Alcides Carneiro. Assim, absorveu os servidores que atuavam em outros locais da cidade, espaços utilizados pelos estudantes da Faculdade de Medicina de Campina Grande para a prática da atividade de saúde, vindo a aumentar a concentração dessas atividades.

O Inamps foi extinto por meio da Lei 8.689, de 27 de julho de 1993, na qual estava prevista a cessão de todo o seu patrimônio e servidores aos órgãos componentes do sistema de saúde, nas instâncias federal, estadual e municipal, dentro do Sistema Único de Saúde. Vale ressaltar que o SUS tinha sido recém-criado por meio da Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, e da Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que regula o seu financiamento. Parte desses servidores passaram a atuar no agora Hospital Universitário Alcides Carneiro.

A exemplo de muitos hospitais universitários do país, o Hospital Universitário Alcides Carneiro (Huac) não nasceu universitário, embora já dispusesse em sua formatação do aspecto do ensino em suas atividades. No entanto, conforme já descrito, essa inserção da dimensão do ensino ocorreu de maneira controlada pela academia, dentro dos moldes considerados adequados ao atendimento dos interesses almejados para o curso.

Com a modificação da realidade ocasionada pela entrada dos hospitais universitários no Sistema Único de Saúde, a impossibilidade de manutenção de controle sobre a demanda resultava em inevitáveis acúmulos de pacientes para atendimento. Além disso, havia uma crescente demanda reprimida, tendo em vista

que a população percebeu a qualidade do atendimento prestado no nível hospitalar do ensino e passou a buscar esses estabelecimentos mais frequentemente. Outro fator apontado como causa dessa procura foi o fato de a especialização propiciar atendimento a patologias até então desassistidas na área geográfica de atuação do hospital.

Com a doação à Universidade Federal da Paraíba, do agora Hospital Universitário Alcides Carneiro, foi organizado o primeiro concurso público visando reforçar o quadro de pessoal com a nomeação dos servidores concursados no ano de 1995. Porém, verificou-se que o mero aumento no número de profissionais, sem o correspondente aparelhamento estrutural e tecnológico necessário ao bom desempenho das atribuições sob sua responsabilidade, não resultava em melhoria objetiva.

Em 2002, com a criação da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) ocorreu, por conseguinte, o desvinculamento das duas IFEs o que acarretou na impossibilidade de manutenção do contrato com a fundação mantenedora da UFPB. A rescisão do contrato deveu-se ainda a irregularidades apontadas pelos órgãos de controle, implicando diretamente na redução consistente da força de trabalho disponível e afetando os serviços prestados à população.

Diante da extrema dificuldade de dar continuidade aos serviços prestados, foi formalizado, em 2005, um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) entre o Ministério Público do Trabalho (MPT) e o Hospital Universitário Alcides Carneiro (Huac) que registrava a exigência do comprometimento da União, por meio dos ministérios competentes, para adoção de providências visando à realização de concurso público por parte da Universidade Federal de Campina Grande. O certame tinha como objetivo suprir as vagas necessárias à prestação dos serviços do Huac, em substituição aos terceirizados demitidos em virtude do vínculo empregatício considerado precário.

O Governo Federal, no entanto, a despeito das necessidades prementes apresentadas pela população, veiculadas na imprensa e em todos os meios de comunicação, e dos incansáveis esforços empreendidos por gestores da UFCG e do Huac, representantes de classe e do executivo municipal, estadual e federal, não autorizou a realização do concurso público de cargos e carreiras. Tendo em vista a gravidade da situação, evidenciada pelas constantes denúncias de carência do atendimento e da inexistência de determinadas especialidades, fundamentais para a

saúde da população, foi autorizada a contratação temporária de trabalhadores para o Huac, por meio de processo seletivo simplificado, nos termos da Lei nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993 (BRASIL, 1993), em 2010.

Esse processo seletivo decorre da Ação Civil Pública nº 0002885-31.2009.4.05.8201 (BRASIL, 2017), movida pelo Ministério Público do Trabalho, diante da inércia da União frente à inegável necessidade de recomposição da força de trabalho do Hospital Universitário Alcides Carneiro. Foram contratados profissionais destinados ao suprimento mínimo das necessidades do Huac para a manutenção do atendimento em condições limite, almejando evitar que houvesse colapso absoluto dos serviços prestados.

Outra forma encontrada pelo Governo Federal para suprimento da força de trabalho insuficiente, foi a criação do Adicional de Plantão Hospitalar (APH), por meio da Lei nº 11.907, de 2 de fevereiro de 2009 (BRASIL, 2009), regulamentada pelo Decreto nº 7.186, de 27 de maio de 2010 (BRASIL, 2010b). Tratava-se da permissão para que servidores vinculados aos hospitais universitários, entre outras entidades abrangidas, pudessem acrescentar às suas cargas horárias normais de trabalho certo quantitativo de plantões hospitalares, mesmo em setor distinto de sua lotação, visando suprir a necessidade de força de trabalho da unidade de saúde.

Decorreu um lapso temporal de 8 anos entre o desmembramento da Universidade Federal da Paraíba, com a criação da Universidade Federal de Campina Grande, em 2002, e a possibilidade de reforço do quadro de pessoal do Hospital Universitário Alcides Carneiro, com a realização do processo seletivo simplificado e o advento da Lei da APH. Essas reposições tiveram caráter temporário e atuaram como paliativo para as dificuldades do HUAC.

Em virtude da manutenção do posicionamento, por parte do Governo Federal, no sentido de não realizar concursos públicos para a reposição de pessoal dos hospitais universitários, o processo seletivo do Huac, cujas contratações foram efetuadas a partir de 2010 para viger durante dois anos, até 2012, teve sua vigência excepcionalmente prorrogada em sentença do Juízo da 4ª Vara da Justiça Federal da Comarca de Campina Grande, até que a União apresentasse solução resolutiva e definitiva para a reposição do quadro de pessoal no Hospital Universitário Alcides Carneiro. Além disso, a sentença incluiu a possibilidade de convocação de aprovados restantes na lista de espera, caso houvesse concessão de orçamento federal para esse fim.

Ao mesmo tempo dessas ocorrências, mantinham-se as discussões nas mais diversas entidades representativas, como Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior (Andifes), Conselho Municipal de Saúde, Associação Médica de Campina Grande, Conselho Regional de Medicina (CRM), Colegiado Pleno da UFCG, Associação dos Docentes da Universidade Federal de Campina Grande (ADUFCG), Rede Feminina de Combate ao Câncer, entre outras entidades representantes da sociedade civil organizada, como também de associações representativas de pacientes de patologias específicas, cujo tratamento dependia do funcionamento do Huac, como HIV/aids, oncológicas e renais, todas visando pressionar os poderes responsáveis no sentido de apresentar solução para a questão do HUAC.

Além das discussões visando a busca pela solução do problema de saúde que viviam, no período entre a promulgação da Lei nº 12.550/2011 e a celebração do contrato de gestão entre a UFCG e a Ebserh, também se desenrolavam incansáveis discussões travadas pelas entidades que se opunham à assinatura do contrato com a empresa estatal, estando entre elas a então direção-geral do Huac.

Os posicionamentos contrários se baseavam no entendimento de que a contratação se demonstrava uma forma de privatização dos serviços públicos de saúde (AMORIM, 2017), constitucionalmente garantidos. O posicionamento favorável à contratação por parte da reitoria da UFCG, que endossava o discurso governamental, se firmava no sentido de que não haveria outra opção para a efetiva solução das questões relativas a reposicionamento de pessoal, modelos de gestão e financiamento para os Hospitais Universitários, que não fosse por meio da empresa estatal criada com esse fim.

Cabe o registro relativo às contratações temporárias, tendo em vista as situações ocorridas que acabavam por repercutir na prestação dos serviços aos usuários. Uma situação comum diz respeito ao caso de profissionais que se desligavam do contrato, por terem encontrado trabalhos com melhor remuneração, ou terem sido aprovados em outros concursos de caráter permanente, ou voltam para seus locais de origem. Na verdade, todos esses motivos reforçavam o fato de não haver vantagem em manter-se com um vínculo precário. Sendo assim, por vários motivos, ocorriam frequentes desligamentos que, em algum momento, acabavam por não ter possibilidade de substituição do profissional, seja porque não havia outros concorrentes do processo seletivo para serem chamados, seja porque

quando havia, já estavam com outras ocupações ou em outros empregos, ou simplesmente, pelo fato de não haver mais candidatos a serem chamados para a vaga.

Esta situação trazia grande instabilidade para o andamento das atividades do HUAC, inclusive em relação à reavaliação da contratualização junto ao gestor local do SUS, haja vista a instabilidade dos serviços a serem oferecidos, o que reforçava a pressão para que se encontrasse uma solução.

2.4.1.1 Situando o HUAC – a cidade de Campina Grande – PB

Campina Grande é considerada cidade-polo, constituindo-se em centro comercial e de turismo e indústria, está situada no Agreste da Paraíba e tem sua população estimada de 411.807 habitantes em 2020 (IBGE, 2020). É em Campina Grande que está localizado o HUAC-UFCG, Hospital Universitário Federal, responsável pelo atendimento médico hospitalar, cirúrgico, exames laboratorial e de imagem e ambulatorial da população local, como também da população dos municípios componentes das cinco regiões de saúde que formam a segunda macrorregião da Paraíba. A Figura 1 a seguir, apresenta o mapa demonstrativo das macrorregiões da Paraíba, como também na Tabela 3, consta os quantitativos de regiões que as compõem:

FIGURA 1 - Demonstrativo das macrorregiões da Paraíba



Fonte: (IBGE, 2020).

Essa área é constituída por 71 municípios, formando uma população assistida de mais de 1.127.117 indivíduos, conforme Resolução CIB 43, de 25 de junho de 2018.

TABELA 1 - Macrorregiões da Paraíba

MACRORREGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO SEDE	REGIÕES DE SAÚDE	Nº DE HABITANTES
1ª	João Pessoa	1ª, 2ª, 12ª e 14ª	1.952.127
2ª	Campina Grande	3ª, 4ª, 5ª, 15ª e 16ª	1.127.117
3ª	Patos (Sertão) Sousa (Alto Sertão)	6ª, 7ª, 8ª, 9ª, 10ª, 11ª e 13ª	946.314

Fonte: SES-INFOSAÚDE, 2020.

2.4.1.2 Contratualização

O modelo de contratualização foi um dos requisitos para a classificação dos hospitais de ensino, nos termos da Portaria Interministerial MEC/MS n. 1.000/2004, que foi um dos primeiros marcos legais destinados à reestruturação na área da saúde, neste caso destinado aos hospitais que, nos termos dessa normativa, após cumprimento dos requisitos ali dispostos, pudesse receber a classificação de hospital de ensino. Neste momento, não havia, ainda, um direcionamento de ações específicas para os hospitais universitários federais.

Trata-se de formalização de contrato de compromisso entre o hospital e o gestor do SUS local, seja municipal, para os municípios que detém gestão plena e, para os que não detém a formalização é feita com o gestor estadual. O modelo de contratualização acabou por receber tratativas de aperfeiçoamento desde sua criação, consolidando-se como forma de medição da prestação de serviços disponibilizados pelos hospitais que integram a Rede de Atenção à Saúde e a Rede de Atenção Hospitalar do SUS. Atualmente, a contratualização com o gestor SUS local é regulada pela Portaria de Consolidação n. 2, de 28 set. 2017, Anexo XXIV, do Anexo 2, que trata da Política Nacional de Atenção Hospitalar e constitui um dos seis eixos estruturantes dessa política:

- Art. 7º São eixos estruturantes da PNHOSP;
- I - Assistência Hospitalar;
 - II - Gestão Hospitalar;
 - III - Formação, Desenvolvimento e Gestão da Força de Trabalho;
 - IV - Financiamento;
 - V - Contratualização; e
 - VI - Responsabilidades das Esferas de Gestão. (BRASIL, 2017).

Este é um documento de extrema importância, dado que é partir dele que se consolidam os valores a serem ressarcidos ao hospital para a sua manutenção. É à partir dos serviços oferecidos que, por meio de pontuação prevista na normativa de regência, se calcula o montante orçamentário a ser destinado ao hospital contratualizado.

A primeira contratualização do HUAC com o gestor da saúde do município de Campina Grande ocorreu em 2007. De conformidade com a previsão da legislação pertinente, o contrato precisa ser acompanhado por uma Comissão de Acompanhamento da Contratualização (CAC), composta por representantes do hospital, do município e da comunidade, que tem a missão de acompanhar o desempenho dos termos contratualizados, propondo ajustes e adequações, seja em virtude do aumento de serviços oferecidos, por seja qual for a motivação (aumento da demanda, ocorrência de epidemia...), visando alterar quantitativos, seja por ineficiência na prestação dos serviços, podendo indicar, inclusive, a rescisão contratual unilateralmente pelo gestor, no caso de descumprimento por parte do hospital de cláusula que venha a prejudicar a o atendimento assistencial à população, suspendendo os pagamentos contratados.

Somente no ano de 2020, o HUAC veio a renegociar os valores contratualizados no ano de 2007. Durante o decurso desse período de 13 anos, ocorreram diversos embates relativos a posicionamentos desfavoráveis por parte da autoridade de saúde do município, chegando a haver uma comunicação oficial de suspensão de repasse de recursos no ano de 2012, não tendo se consolidado em virtude de intervenção da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, dentro da já reconhecida crise pela qual vinha atravessando os HUFs. Portanto, o contrato formalizado com previsão para reajustes anuais, no mínimo, foi mantido sem alteração de valores de 2007 até 2020.

Esta foi uma situação de extrema desvantagem para o HUAC que, no entanto, em virtude de, durante este período não apresentar requisitos que possibilitassem a renovação do contrato em termos mais vantajosos, manteve o patamar de financiamento inalterado, custeando despesas básicas, sem possibilidade de maior crescimento.

Com a reorganização institucional trazida após a adesão à EBSEH foi possível serem iniciadas as conversações entre o HUAC e o gestor municipal da saúde, visando à efetivação do contrato que retratasse a nova situação

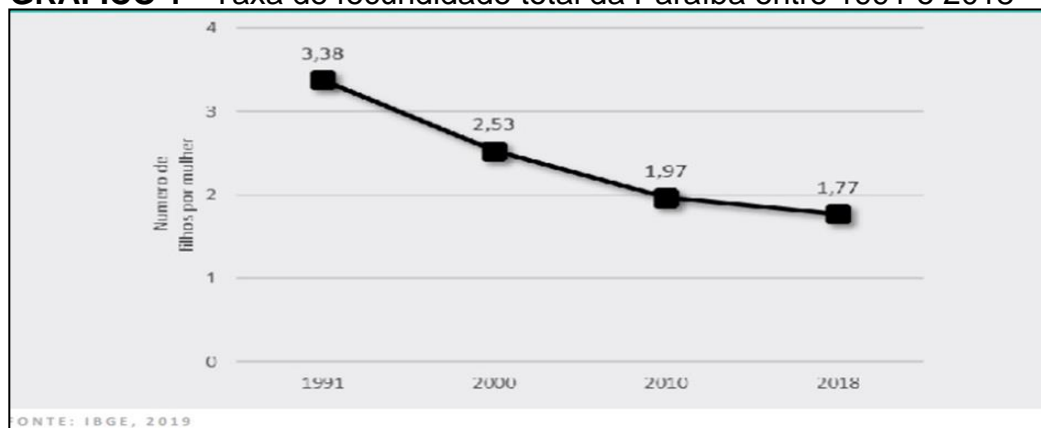
organizacional e administrativa do HUAC, que se refletia em maior quantitativo de serviços, ampliação de setores, possibilidade de aumento de especialidades e procedimentos, como também crescimento na área cirúrgica e oncológica, que são as mais sensíveis e carentes junto à comunidade.

A contratação de pessoal efetivo, a reorganização de serviços, redimensionamento de pessoal e estruturação de setores, possibilitaram que em 2020, após negociações firmadas entre a gestão do HUAC, a EBSERH e a gestão municipal da saúde em Campina Grande, fosse firmado o Contrato n. 01/2020, que significou um marco para o HUAC, tendo em vista que propiciou uma elevação consistente no valor da contratualização, garantindo um orçamento apto a fazer frente à nova realidade do hospital. Foram firmados compromissos relativos a serviços, aprimoramento da gestão e do ensino e pesquisa.

A contratualização foi firmada levando em consideração o perfil epidemiológico da região, considerando, entre outros, os dados disponibilizados no PES-PB 2016-2019, cujas tendências se mantiveram no PES-PB 2020-2023, em relação a alguns pontos. Podemos citar, como exemplo desses pontos, as taxas de fecundidade, os índices de envelhecimento e grupos etários, por sexo, justificando a contratação de profissionais nas áreas de gerontologia, a urologia e a genética, como também o redimensionamento para aumentar a oferta de serviços em nutrição e fisioterapia.

Abaixo, as taxas de fecundidade, índices de envelhecimento e o demonstrativo da pirâmide etária da Paraíba, conforme dados da Secretaria Estadual de Saúde, no Plano Estadual de Saúde 2020-2023:

GRÁFICO 1 - Taxa de fecundidade total da Paraíba entre 1991 e 2018

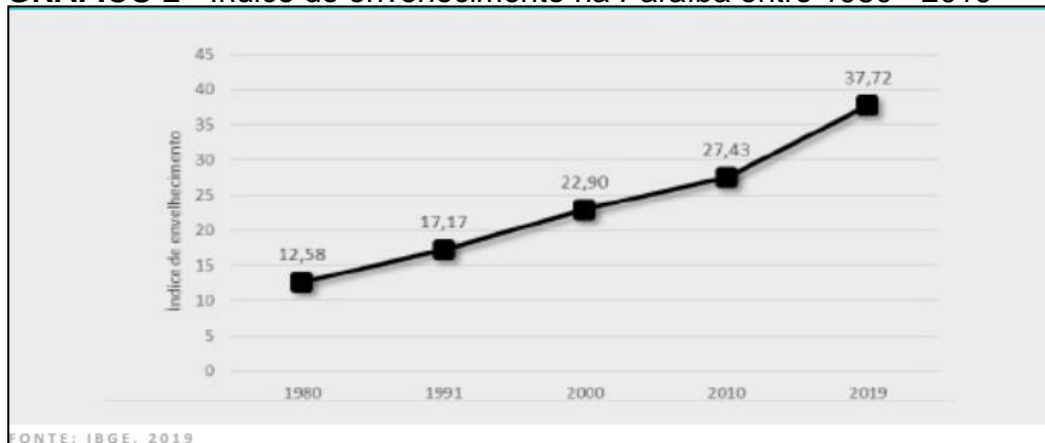


Fonte: IBGE (2019).

Conforme demonstrado, há uma tendência na Paraíba, que acompanha os dados do Nordeste e do Brasil, no sentido da diminuição dos índices de fertilidade, com taxas abaixo do nível de reposição (TFT = 2,10 filhos), com decréscimo de 30%, entre 2000 e 2018 (PES-PB 2020, 2023).

Em sentido oposto, aparecem os dados relativos aos índices de envelhecimento da população que indicam um aumento de aproximadamente 16% entre 2010 e 2019, decorrente das mudanças que vem sendo registradas num período relativamente curto, no que se refere à expectativa de vida da população. Abaixo, o gráfico demonstrativo do período 1980 a 2019, do índice de envelhecimento na Paraíba, como também a pirâmide etária demonstrativa da modificação do perfil demográfico:

GRÁFICO 2 - Índice de envelhecimento na Paraíba entre 1980 - 2019



FONTE: IBGE, 2019

Fonte: IBGE (2019).

GRÁFICO 3 - Distribuição da população por sexo, segundo grupos etários na Paraíba em 2019



FONTE: IBGE, 2019

Fonte: IBGE (2019).

O HUAC disponibiliza par atendimento à população de sua macrorregião, a estrutura abaixo demonstrada:

Tabela 2 - Leitos

LEITOS	
Clínica Médica*	64
Clínica Cirúrgica**	29
Clínica Pediátrica	34
Oncopediatria	10
UTI Adulto	10
UTI Infantil	05
UTI Neonatal	04
TOTAL	156

*Endocrinologia, Cardiologia, Gastroenterologia, Oncologia Clínica, Reumatologia, Pneumologia, Dermatologia, Hematologia, Neurologia, Infectologia e Clínica Geral.

**Oncologia, Otorrinolaringologia, Urologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Torácica, Proctologia, Cirurgia Vasculuar, Neurocirurgia e Ginecologia.

• 5 salas de aula

• 1 Biblioteca

• 2 auditórios (1 central e 1 telemedicina)

• 08 leitos de observação em Pronto Atendimento;

• Bloco Cirúrgico com 06 salas de Cirurgia;

• 02 salas de Cirurgia Ambulatorial;

• 56 consultórios no Centro de Assistência Especializada em Saúde e Ensino - CAESE;

• 2 laboratórios (1 Anatomia Patológica e 1 Análises Clínicas);

• Unidade da Mulher: 07 ambulatorios- 05 ginecológicos e 02 de mastologia;

• Unidade de Diagnóstico por Imagem (mamografia, ultrassonografia, ecocardiografia, endoscopia e colonoscopia, radiografia).

Fonte: GAS/HUAC, 2020.

No tocante à área de ensino e pesquisa, o HUAC oferece sete programas de residência médica, abrigando 57 médicos, conforme distribuição demonstrada na tabela abaixo:

Tabela 3 - Programas de Residência Médica HUAC

DENOMINAÇÃO	DURAÇÃO DO PROGRAMA	VAGAS OFERTADAS – EDITAL 2019	TOTAL RESIDENTES MATRICULADOS	ANO DE INÍCIO DO PROGRAMA
Cirurgia geral	2	4	8	1996
Clínica médica	2	8	16	1996
Endocrinologia e metabologia	2	4	7	2002
Ginecologia e obstetrícia	3	3	7	2012
Infectologia	3	3	8	2007
Medicina	2	1	1	2014
Intensiva pediátrica				
Pediatria	2	5	10	1996

Fonte: GAS/HUAC, 2020.

4 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados analisados neste tópico foram coletados do Painel Orçamentário e Financeiro, disponível na página eletrônica da EBSEH. Os números correspondem aos valores orçamentários disponibilizados e sua aplicação em despesas de pessoal, serviços e despesas de custeio do HUAC, as quais abarcam gastos com medicamentos, materiais médicos, contratos de serviços de limpeza, lavanderia, coleta de resíduos, copeiragem, alimentos, material de expediente, água, luz, entre outras despesas correntes, como também os dispêndios com investimentos, que compreendem a aquisição de bens permanentes e a realização de obras e reformas.

4.1 Orçamento geral (investimento, custeio e pessoal)

Destaca-se o aumento com despesas de pessoal no ano de 2017 (Tabela 1), apesar de ainda não ter havido contratações dos celetistas por parte da EBSEH. Sobre esse achado, interessa pontuar que neste ano ocorreram as nomeações das chefias que passaram a compor o novo organograma do hospital, ensejando aumento salarial para um quantitativo significativo de servidores requisitados da Universidade.

Ainda em relação às despesas com pessoal, verifica-se um aumento na curva demonstrativa entre os anos de 2016 e 2018 (Tabela 1), anos que correspondem ao período de ajustes da força de trabalho. Nessa época, aconteceram as nomeações do superintendente e dos três gerentes, além de uma boa parte das chefias das divisões, setores e unidades que já iniciaram o funcionamento em 2016, especialmente aquelas ligadas à área assistencial. Ao mesmo tempo, tendo em vista que o concurso para o HUAC estava em andamento, e foi realizado em 2017, ainda atuavam 115 trabalhadores temporários, recebendo Adicional de Plantão Hospitalar (APH), o que vem a tornar mais onerosas as despesas com pessoal. O APH é um dos itens apontados pelos relatórios do Tribunal de Contas da União, a serem regulados nos hospitais universitários, visando à sua diminuição e uso.

Verifica-se que após as contratações iniciadas em 2018 e com algumas posteriores ocorridas em 2019, há uma tendência de diminuição nas despesas com pessoal (Tabela 1), visto a diminuição do pagamento de APH, como também decorrente do redimensionamento de pessoal e redesenho dos processos de

trabalho, aplicando jornadas de trabalho diferenciadas, entre 4h, 6h e 8h diárias para algumas categorias, tanto das áreas administrativas quanto assistenciais, e plantões de 12h e 24h. Essas medidas, segundo os números verificados, foram eficazes no processo de redução de despesas neste segmento dos gastos.

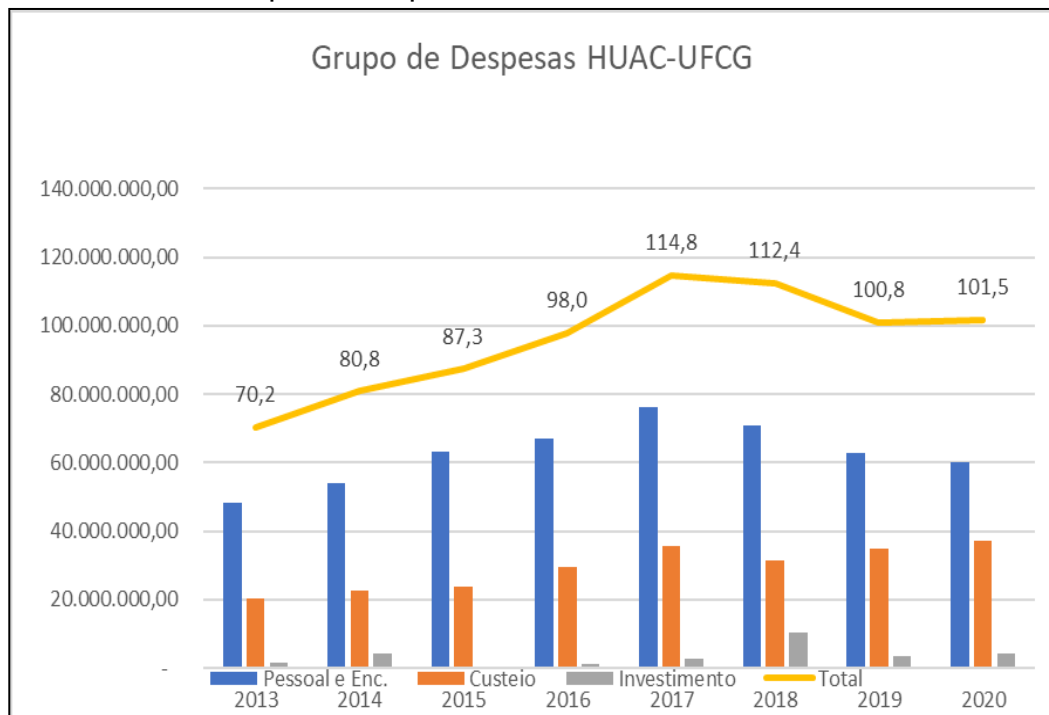
Com relação ao orçamento destinado a investimentos, o gráfico aponta dois momentos de alargamento, sendo um em 2014, motivado pelo fato de que a EBSEH passara a administrar os recursos do REHUF. Nesse período, foi efetuada a aquisição por meio de compra centralizada para todos os hospitais universitários, independentemente de terem ou não efetuado contrato de gestão com a estatal, de torres de videocirurgia, a fim de melhor aplicar o recurso em benefício da população. O HUAC foi contemplado com duas torres para cirurgias torácica e geral, justificando o aumento acentuado no gasto com investimento naquele ano (Tabela 1).

Em 2018, novamente em compra centralizada, agora para os 40 hospitais universitários componentes da rede, a EBSEH efetua a aquisição centralizada, a partir das definições discutidas com cada hospital para atendimento das necessidades de serviços locais, aparelhos de tomógrafos e angiógrafos destinados a substituir equipamentos obsoletos, ou em vias de obsolescência, que se encontravam na maioria dos hospitais. Tal medida é retratada conforme se verifica na Tabela 1 e no Gráfico 1, abaixo:

Tabela 4 - Grupo de despesas

	Grupo de Despesas			
	Pessoal e Enc.	Custeio	Investimento	Total
2013	48.275.132,29	20.527.035,57	1.427.813,42	70.229.981,28
2014	53.961.343,29	22.605.480,50	4.248.997,80	80.815.821,59
2015	63.331.291,27	23.696.001,05	295.124,53	87.322.416,85
2016	67.183.175,93	29.653.316,09	1.150.468,68	97.986.960,70
2017	76.244.745,81	35.827.778,77	2.726.914,22	114.799.438,80
2018	70.904.853,17	31.268.873,01	10.239.545,20	112.413.271,38
2019	62.658.698,32	34.820.740,45	3.326.804,62	100.806.243,39
2020	60.065.098,29	37.103.472,78	4.357.011,08	101.525.582,15

Fonte: Painel orçamentário e financeiro – EBSEH (2013-2020).

GRÁFICO 4 - Grupo de despesas HUAC-UFCG

Fonte: Painel orçamentário de financeiro Ebserh (2020).

A tabela abaixo traz o demonstrativo dos valores empregados em material hospitalar e fármacos:

TABELA 5 - Grupo gerencial

Grupo gerencial				
	2013	2014	2015	2016
Méd Hosp	1.342.926,89	1.858.320,91	1.726.756,10	2.194.116,84
Farmaco	2.728.448,03	3.230.772,84	3.390.319,95	4.020.470,25
Total	4.071.374,92	5.089.093,75	5.117.076,05	6.214.587,09
	2017	2018	2019	2020
Méd Hosp	2.429.263,72	3.360.501,50	3.841.993,23	4.490.736,69
Farmaco	3.892.176,09	4.698.941,48	5.296.034,62	3.752.347,93
Total	6.321.439,81	8.059.442,98	9.138.027,85	8.243.084,62

Fonte: Painel Orçamentário e Financeiro EBSEH (2020).

4.1.1 Quantitativo de serviços

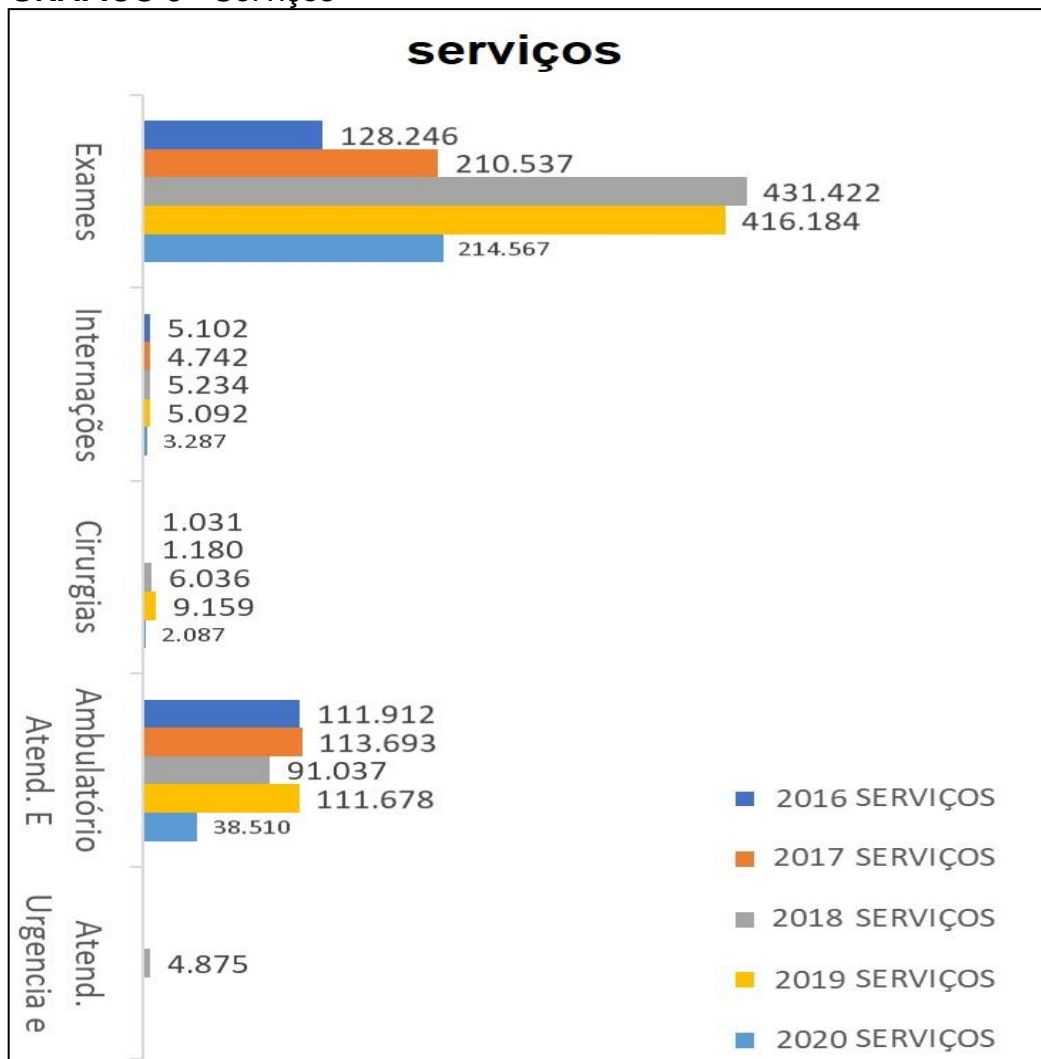
Foram levantadas informações geradas pelas Divisões, Setores e Unidades componentes da Gerência de Atenção à Saúde do HUAC, com destaque para os serviços ligados ao Setor de Regulação e Avaliação em Saúde, Setor de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, Divisão de Gestão do Cuidado, para citar as de maior

destaque, disponibilizadas nos Relatórios de Gestão elaborados anualmente pelas Gerências.

4.1.1.1 Serviços hospitalares e ambulatoriais

A partir de 2016, foram implementadas mudanças com os rearranjos propostos dentro do modelo de gestão da EBSEH, no que se refere a horários, responsabilidade produtiva, modificação de processos de trabalho, inserção dos docentes na capacidade produtiva assistencial. Tais mudanças, promoveram aumento no número de atendimentos prestados, embora ainda não houvesse força de trabalho produtiva nos termos necessários para a demanda da região polarizada por Campina Grande. Essa realidade pode ser verificada no gráfico abaixo:

GRÁFICO 5 - Serviços



Fonte: Painel Orçamentário e Financeiro EBSEH (2020).

4.2 Empresa brasileira de serviços hospitalares (EBSERH)

A EBSEERH constitui-se numa empresa pública com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, vinculada ao Ministério da Educação, instituída por meio da Lei n. 12.550, de 15 de dezembro de 2011, que é regulamentada pelo Decreto n. 7.861, de 28 de dezembro de 2011. Sua criação inaugura um novo modelo administrativo para os hospitais universitários federais e tem por finalidade precípua:

A prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, assim como a prestação às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres de serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública. (BRASIL, 2011).

No ano de 2012, o primeiro após a criação dessa empresa pública, não houve adesões/contratações de nenhuma IFE à EBSEERH, exceto a Universidade Federal do Piauí (UFPI), onde estava sendo construído um novo hospital universitário, que já “nasceria” sob a égide do novo modelo. Não significando que não houvesse grandes ondas de protestos e ações contrárias à adesão naquele Estado, igualmente ao restante do país.

Concebida dentro de um clima de grande contestação e discussão sobre a situação dos hospitais universitários federais no país, o surgimento e constituição da EBSEERH, decorre de um longo processo histórico que desembocou numa situação que impunha ao Governo Federal a adoção de medida definitiva para resolução dos problemas dos HUFs dentro do Sistema Único de Saúde.

Um dos fatores mais contundentes que contribuíram para a criação da EBSEERH, referem-se às manifestações do Tribunal de Contas da União (TCU), que se repetiam desde o início dos anos 2000 e, tendo no Acórdão nº 2.813/2009-TCU-Plenário, seu posicionamento definitivo, quando exigiu providências por parte do Governo Federal, relativamente à administração dos Hospitais Universitários Federais que garantisse, de forma contínua, iniciativas capazes de conduzir a política de reestruturação desses hospitais, conforme se depreende do texto a seguir:

A criação e instalação, por meio de ato normativo que garanta continuidade administrativa, de estrutura de coordenação de iniciativas referentes aos hospitais universitários, preferencialmente de natureza interministerial, com competência regulamentar para: conduzir política de reestruturação daqueles hospitais; elaborar, fazer

cumprir e acompanhar plano ou programa de reorganização daquelas entidades; estabelecer cronograma, responsáveis e metas de cada etapa e responsabilidades dos Ministérios da Educação, da Saúde, da Ciência e Tecnologia e do Planejamento, Orçamento e Gestão na busca de soluções integradas; criar mecanismos de articulação entre aqueles hospitais, de divulgação de boas práticas, de padronização de rotinas, de capacitação de gestores e de incentivos à melhoria de eficiência (Acórdão nº 2813/2009-TCU-Plenário). (BRASIL, 2009).

A partir de 2013 iniciaram-se as adesões das IFEs à EBSEERH, tendo mais recentemente, em 2018, ocorrido a adesão da Universidade Federal de Uberlândia. Cabe salientar que nem todas as adesões tardias ocorreram por mera oposição ao modelo de gestão representado pela EBSEERH. Em vários casos, questões documentais, patrimoniais e burocráticas precisaram ser resolvidas antes da formalização da adesão. Abaixo, o mapa de hospitais universitários federais filiados à EBSEERH:

FIGURA 2 - Unidades da rede EBSEERH



Fonte: EBSEERH (2020).

4.2.1 Quadro político-administrativo que antecedeu a EBSEERH

A partir dos anos 1990, no bojo da crise do *Welfare State*, inicia-se uma reformulação dos aparelhos estatais, de vertente mercadológica, disseminando-se

pelos países periféricos, entre os quais o Brasil, sob a denominação de neoliberalismo. Os defensores do movimento neoliberal apontavam a má gestão do Estado como causa mais contundente das crises setentista e oitocentista, destacando a ineficácia e a ineficiência dos serviços públicos como padrões a serem quebrados, visando ao efetivo crescimento e desenvolvimento em todos os setores do País. Esse pensamento desencadeou o processo de globalização que enfraquecia os Estados Nacionais, no que envolve suas políticas econômicas e sociais (RIZZOTTO, 2008).

Toda a agenda de governos ocidentais, especialmente latino americanos, alinhava-se às orientações emanadas dos relatórios do Banco Mundial e às diretrizes do Fundo Monetário Internacional. O Banco Mundial, de forma eloquente e persistente, mostrou-se especialmente atento à questão da saúde. Foram quatro publicações, nos anos de 1987, 1993, 1997 e 2000, destinadas aos países subdesenvolvidos e outras quatro, nos anos de 1991, 1995, 2007 e 2018, dirigidas ao Brasil. Os estudos do BM giravam em torno da averiguação das possibilidades de cumprimento, pelos países, das prescrições contidas em seus sistemas de saúde, apresentando indicadores que consideravam prioritariamente o aspecto econômico da gestão em saúde dos países subdesenvolvidos e do Brasil.

No tocante à questão brasileira, as recomendações se acentuaram a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, [2020]), com o advento da universalização da saúde de forma equânime a toda a população, conforme prescrito no art. 196, inscrito na Seção II do Capítulo II do Título VIII da Carta Magna. Em 1993, com a publicação do Relatório de Desenvolvimento Mundial *Investing in Health* (WORLD BANK, 1993), o BM demarcou a postura da entidade sobre a questão da saúde e o tema da universalidade, apresentando questionamentos contundentes à viabilidade do sistema. Um dos pontos a respeito da promoção da diversidade e da concorrência no setor saúde, demonstra o posicionamento sobre a cobertura universal oferecida pelo SUS, no Brasil, conforme aponta Relatório:

O financiamento pelo governo de programas de saúde pública e de um esquema de serviços clínicos essenciais definidos nacionalmente deixaria o financiamento dos demais serviços clínicos nas mãos do setor privado ou do seguro social no contexto de uma estrutura política estabelecida pelo governo. Os governos podem promover _ diversidade e concorrência na prestação de serviços de saúde e de seguros, mediante a adoção de políticas para:

- Estimular o seguro social ou privado (com incentivos regulamentares para um acesso equitativo e contenção de custo) para serviços clínicos não incluídos no esquema essencial.
- Estimular os fornecedores (tanto públicos como privados) a concorrer na prestação de serviços clínicos e na provisão de insumos tais como medicamentos a serviços de saúde que têm financiamento público e privado. Os fornecedores nacionais não devem ser protegidos contra a concorrência internacional.
- Gerar e divulgar informação sobre o desempenho de provedores de atenção, sobre equipamentos e medicamentos essenciais, sobre os custos e a eficácia das intervenções e sobre a situação das instituições e dos provedores em termos de credenciamento. (BM, 1993).

O Relatório 12655-BR, de 1995, intitulado *A organização, prestação e financiamento da saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90* (BANCO MUNDIAL, 1995), afirmava, efetivamente, a impossibilidade de cumprimento da agenda da cobertura universal e igualitária. Propunha basicamente que a cobertura do SUS fosse reduzida, considerando a oferta de um pacote de benefícios universais voltado para a baixa complexidade e o estímulo à contratação de seguros privados por meio de incentivos fiscais. Assim, o Estado deveria atuar como comprador dos serviços privados, deixando a cargo da iniciativa privada os serviços de média e alta complexidade e recomendando a criação de mercados internos dentro do sistema público. Propunha ainda que fosse cobrada dos usuários, com renda superior a um determinado nível, uma espécie de coparticipação pelos serviços usados no sistema público.

Do rol de propostas dispostas no documento, o governo brasileiro adotou a transferência das atividades de saúde, por meio de acordos diretos entre o Banco Mundial e os governos estaduais, para que os serviços fossem geridos por Organizações Sociais de Saúde (OSS), previstas no seio da reforma do Estado implementada em 1995, dentro das previsões do Pdrae. Outra recomendação acatada está relacionada a incentivos fiscais, renúncias e isenções em favor de pessoas físicas beneficiárias de seguros de saúde privados e pessoas jurídicas que contratam seguros empresariais, empresas do ramo farmacêutico e entidades sem fins lucrativos.

No início do novo milênio (a partir dos anos 2000), as ideias gestadas nas duas décadas anteriores começam a ser solidificadas pelo governo brasileiro em ações concretas, visando à implementação do modelo neoliberal em todos os seus termos.

Especificamente com relação aos HUFs, é possível elencar o rol normativo encaminhado no sentido das adequações para implementação de ações buscando a adequação da administração brasileira à agenda neoliberal: FIDEPS (Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária em Saúde) – Criado pela Portaria SNES/MS n. 15/1991, é um financiamento, destinado a todos os hospitais de ensino, ligados a universidades. Não houve, nesse momento inicial do SUS, um financiamento específico para os hospitais universitários federais.

Embora destinado ao emprego nas despesas com ensino e pesquisas, os valores disponibilizados pelo FIDEPS acabaram por se incorporar às despesas correntes (custeio) dos hospitais de ensino, também devido à falta de acompanhamento desses gastos, o que acabou por não trazer diferenciação relativa à área de ensino e pesquisa nas proporções esperadas com o incentivo (CARMO, 2006).

Além do FIDEPS, por força da previsão constitucional e da Lei n. 8.080/1990, o financiamento dos hospitais de ensino constituía-se da parcela do Ministério da Educação, que se responsabilizava pelas despesas com pessoal, do arranjo institucional formado junto ao Gestor do SUS local, como também o valor relativo à produção registrada, o que se demonstrava insuficiente, dados os problemas apresentados por esses hospitais ao longo de sua trajetória.

No intuito de resolver as questões de gestão pouco produtivas apresentadas pelos hospitais beneficiados com os recursos do FIDEPS, foi criada a Portaria GM/MS n. 1.480/99. Nela estava previsto o estabelecimento de um Contrato de Metas, destinado ao acompanhamento das ações e o seu respectivo recebimento. Na prática, esse acompanhamento nos termos propostos, acabou se constituindo em “mera formalidade”.

O FIDEPS foi extinto em 2005, por meio da Portaria GM/MS n. 1.082, de 04 de julho. Antecedente à sua extinção foi criada, por meio da Portaria MEC/MS/MCT/MPOG n. 562 de 12.05.2003, a Comissão Interministerial para avaliar e diagnosticar a atual situação dos Hospitais Universitários e de Ensino no Brasil, que teve como resultado a edição das Portarias n. 1.000/2004, 1.006/2004 e 1.702/2004, nas quais restavam estabelecidas diretrizes sobre **certificação, contratualização e criação do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino**, respectivamente:

- a) **Certificação** – conforme acima já mencionado, a Portaria Interministerial MEC/MS n. 1.000, de 15 de abril de 2004, inaugura a regulamentação da certificação dos hospitais cadastrados como universitários, hospitais-escola ou auxiliares de ensino para que requeressem a certificação como hospital de ensino, junto ao Ministério da Saúde. No art. 6º, elenca 17 requisitos para o alcance da titulação, os quais contemplam, em linhas gerais, a vinculação do hospital requerente à Instituição de Ensino Superior, com atividades de desenvolvimento docente, inserção no SUS por meio de acordos locorregionais com a autoridade gestora do SUS, além de adesão à Política Nacional de Humanização, como também os serviços essenciais, como urgência e emergência, disponibilizando de 70% a 100% dos serviços ao SUS. Esta portaria foi regulamentada para definir os documentos comprobatórios do cumprimento dos requisitos, por meio da Portaria Interministerial n. 1.005, de 27 de maio de 2004, que foi revogada pela Portaria Interministerial n. 2.400, de 02 de outubro de 2007;
- b) **Contratualização** – A Portaria Interministerial n. 1.006, de 27 de maio de 2004, define os termos em que devem ser operacionalizadas as contratualizações e quais entes e autoridades podem formulá-las, trazendo como anexo o Termo de Referência a ser formalizado entre os dirigentes dos hospitais de ensino, assim classificados de acordo com o que estava determinado na Portaria 1.000/2005. Destaca, ainda, os 5 eixos principais que contemplavam a atenção à saúde, abrangendo a área de assistência com foco nas necessidades locais; gestão hospitalar com foco em metas físicas e de qualidade; formação e educação e, finalmente, pesquisa e avaliação tecnológica em saúde;
- c) **Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino** (Portaria GM/MS n. 1.702, de 17 de agosto de 2004) – documento que passa a reger o processo de financiamento dos hospitais de ensino, com a extinção do FIDEPS, incluindo os hospitais universitários federais, que neste momento ainda não usufruíam dessa divisão específica no âmbito das políticas públicas, sendo incluídos no rol dos hospitais de ensino como um todo. Este modelo se manteve até a emissão do Decreto n. 7.082, de 27 de janeiro de 2010, que cria o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF).

Os relatórios das duas últimas Conferências Nacionais de Saúde (2007 e 2011), que antecederam a Lei 12.550, de 15.12.2011, trazem moções e textos que

repercutem o sentimento dos órgãos deliberativos e representativos da sociedade em relação à administração dos HUFs:

Em 2007 13ª 14 a 18 de novembro de 2007

Eixo I Desafios para a Efetivação do Direito Humano à Saúde no Século XXI: Estado, Sociedade e Padrões de Desenvolvimento

147. Que os hospitais universitários das instituições federais de ensino superior sejam 100% públicos, devendo ser financiados pelos ministérios da Educação, Saúde e Ciência e Tecnologia, para atuação como hospitais de ensino, pesquisa, extensão e assistência, impedindo a substituição de profissionais da saúde por estagiários, que devem desenvolver atividades de caráter educacional.

Moção nº 034 Em defesa dos hospitais universitários vinculados às universidades contra a PL nº 92/2007, que cria a Fundação Estatal. Priscila Gomes de Santana Silva e Nereu Lopes – GO – RS Repudiamos a implementação do ente jurídico que cria a Fundação Estatal de Direito Privado para gerir os Hospitais Universitários (HUS) nas Universidades Federais Brasileiras, bem como em qualquer outro setor do serviço público federal, estadual e municipal, com a compreensão de que todas as funções do serviço público são típicas de Estado, especialmente a educação, saúde, previdência e assistência social, por tratarem de direitos básicos universais e garantidos na Constituição. (Relatório 13ª CNS, 2007)

Em 2011 14ª 30 de novembro e 4 de dezembro de 2011

DIRETRIZ 5: GESTÃO PÚBLICA PARA A SAÚDE PÚBLICA

6 Rejeitar a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), impedindo a terceirização dos hospitais universitários e de ensino federais.

12 Exigir que todos os hospitais universitários públicos atendam a 100% SUS, ampliando a oferta de leitos (AIHS e UTI), de procedimentos e exames de alta complexidade, com fluxos de referência e contrarreferência bem definidos e articulados com hospitais públicos regionais e microrregionais, além de divulgar em portais de transparência as auditorias realizadas e os recursos destinados às entidades públicas, privadas e filantrópicas. (Relatório 14ª CNS, 2011). (CNS, 2011).

Conforme aponta Paim (2008) e Mendes (2019), a falta de acompanhamento coordenado da aplicação dos recursos com verificação do atingimento de metas a partir de indicadores estabelecidos, além de outras providências de governança e administrativas, contribuíram para a manutenção quase inalterada da situação de desestrutura vivenciada pelos HUFs, apesar das providências normativas que vinham sendo adotadas e que, no entanto, não conseguiram dar conta de solucionar a problemática.

4.2.2 O novo modelo de gestão no HUAC

Em 9 de dezembro de 2015, a Universidade Federal de Campina Grande formaliza o Contrato de Gestão com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) para administração dos Hospitais Universitários Alcides Carneiro (campus

Campina Grande – Sede) e Júlio Maria Bandeira de Melo (campus Cajazeiras – PB), iniciando-se um processo de transição para o novo modelo de gestão.

Formalmente, o contrato é firmado entre a Reitoria e a Presidência da estatal, devendo ser aprovado pelo Colegiado Pleno da Universidade. Foram efetuadas diversas tentativas de discussão sobre a adesão à Ebserh em reuniões do Colegiado Pleno da UFCG, sendo todas impedidas de serem realizadas. Durante o ano de 2013 não foi possível realizar nenhuma reunião do CP, tendo em vista que os membros ou eram impedidos de adentrar à Reitoria para reunir-se ou eram impedidos de falar, por conta do barulho de batuques em latas e apitos, promovidos por grupos de manifestantes contrários à Ebserh.

Estes grupos eram compostos por representantes e simpatizantes de sindicatos dos trabalhadores da Universidade, representações estudantis, representações de categorias profissionais da área da saúde, além de outras representações da sociedade civil organizada, como algumas ONGS ligadas aos direitos humanos ou representantes de determinadas doenças (crônicas, degenerativas ou raras). A principal objeção ao novo modelo de gestão estava baseada no temor de que isso significasse uma forma de privatização dos serviços públicos de saúde e do ensino público, especialmente o curso de medicina e demais áreas da saúde.

Em virtude dessa incisiva ação contrária, não foi possível realizar qualquer reunião do Colegiado Pleno da UFCG em cuja pauta constasse a discussão acerca da contratação/adesão à EBSEH. Sendo assim, a Reitoria deu continuidade aos trabalhos sem trazer, contudo, a pauta dos hospitais universitários para a discussão, tendo em vista que a única solução governamental apresentada para todas as questões surgidas, passava pela adesão à estatal criada para administrar os HUFs.

Em 2015, no entanto, com a premente possibilidade de a Prefeitura de Cajazeiras pedir a devolução das instalações do HUJB (que estavam sob responsabilidade da UFCG com o fim de implementar a maternidade e ser campo de formação médica e da área de saúde naquela cidade) e dos funcionários (da prefeitura, que estavam disponibilizados até a contratação de novos servidores pela UFCG), configurou-se uma situação de pressão sobre a Reitoria da UFCG. Instalou-se certa discrepância, de um lado a direção do HUAC frontalmente oposta à adesão ao novo modelo e, do outro, a do HUJB completamente favorável, tendo em vista as circunstâncias em que se encontrava frente à prefeitura local.

Em busca de solução para a situação, foi realizada reunião do Colegiado Pleno da UFCG, a portas fechadas, em março de 2015. Nesse encontro foi aprovada a adesão à EBSEH, iniciando-se os procedimentos de formalização que, após cumpridos, culminaram na assinatura do Contrato nº 46/2015, em 19 de dezembro de 2015.

Os procedimentos para a assinatura do contrato com a EBSEH dizem respeito a levantamento situacional do HUF, compilados em um documento único que contempla dimensionamento de serviços, infraestrutura (predial e de equipamentos), de pessoal, como também retrata o perfil epidemiológico, demográfico e geográfico da região em que o HUF está inserido. Este documento chama-se Plano de Reestruturação e é um dos sete documentos obrigatórios anexos ao contrato. Os demais são documentos do imóvel; levantamento patrimonial; relação de servidores disponibilizados à EBSEH no momento da assinatura do contrato; tipos de contratos de serviços e de pessoal existentes; metas de desempenho, indicadores e prazos de execução a serem observados e, por fim, sistemática de acompanhamento e avaliação, contendo critérios e parâmetros a serem aplicados.

Relativamente às metas, indicadores, prazos, sistemática de avaliação, critérios e parâmetros, era sabido da inexistência da cultura do acompanhamento e atingimento de metas dentro do modelo de gestão então vigente nos HUFs e, pode ser seguro afirmar, em considerável parcela da administração pública, notadamente, a mais periférica. Dentro dessa realidade, a EBSEH, em parceria com o Ministério da Saúde, promovia a capacitação da governança dos HUFs contratados.

Foram determinadas ações com metas a serem atingidas, nas áreas de atenção à saúde, auditoria, administração e infraestrutura, ouvidoria, tecnologia da informação, ensino e pesquisa, orçamento e finanças e gestão de pessoas, conforme compilação na Tabela 5:

Tabela 6 - Planejamento prescritivo de ações para implantação do modelo de gestão EBSEH ano 2016

ÁREA	QUANTITATIVO DE AÇÕES/METAS	OBJETIVOS PRINCIPAIS
ATENÇÃO À SAÚDE	03/11	- Reestruturar a atenção à saúde, aprimorar processos gerenciais e integrar o Huac às políticas do SUS
AUDITORIA*	1/9	- Elaborar e executar o Plano Anual de Atividades de Auditoria Interna (Paint)
ADMINISTRAÇÃO INFRAESTRUTURA	E 1/6	- Efetuar diagnóstico do parque de equipamentos e levantamento da infraestrutura física e tecnológica
OUVIDORIA*	1/5	- Elevar a qualidade da relação instituição x sociedade e estabelecer transparência
TECNOLOGIA	DA 3/5	- Implantar o serviço e iniciar informatização de processos
INFORMAÇÃO*		- Estruturar a área
ENSINO E PESQUISA*	3/3	- Definir processos e restabelecer demandas não priorizadas
ORÇAMENTO E FINANÇAS	5/18	
GESTÃO DE PESSOAS	2/2	- Contratar e capacitar pessoal

*Inexistente nas atividades do Huac até então

Fonte: EBSEH/HUAC (2015).

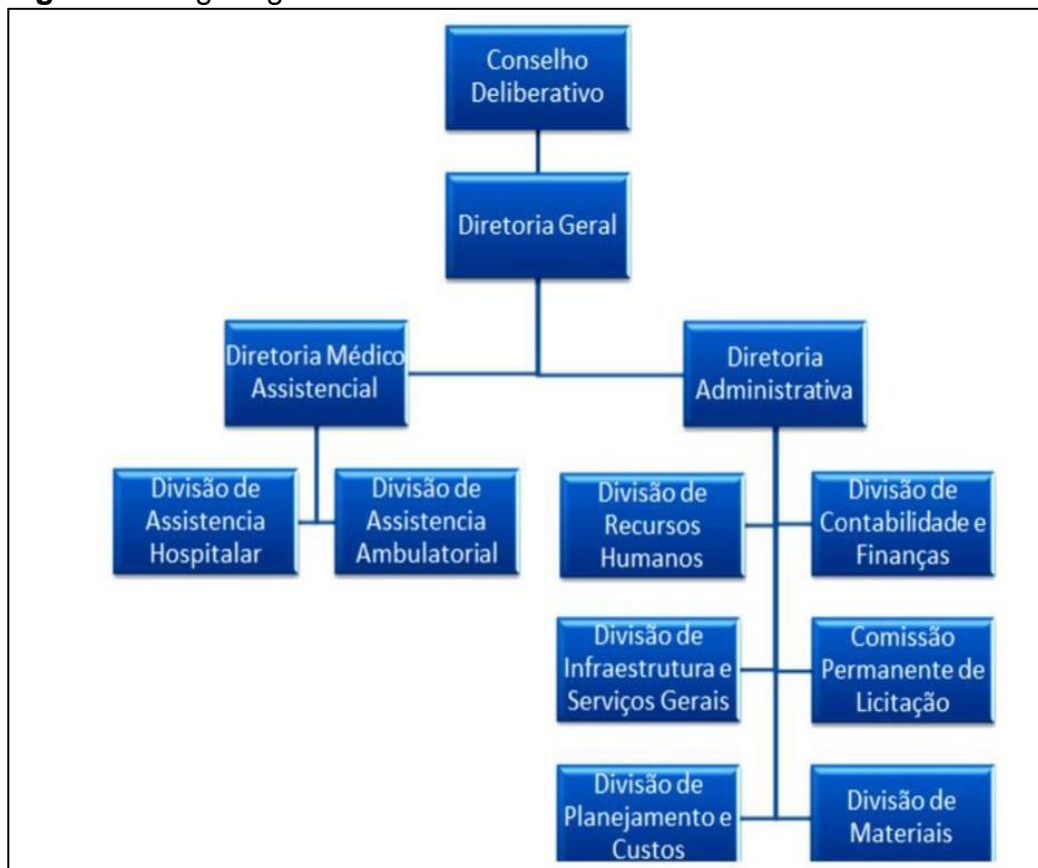
A capacitação para os gestores dos HUFs consistia numa pós-graduação *lato sensu*, intitulada “Gestão de Hospitais Universitários Federais no SUS”, sob a organização do Hospital Sírio Libanês, em convênio com o Ministério da Saúde por intermédio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS). Essa capacitação foi efetuada em duas etapas: a primeira constava de visitas de análise e diagnóstico efetuadas por equipes contratadas para esse fim, composta por três integrantes, um facilitador, que acompanharia a equipe na primeira fase do curso no Hospital Sírio Libanês, e duas técnicas que trabalhariam as metodologias e os procedimentos metodológicos a serem aplicados na gestão hospitalar, dentro dos parâmetros da EBSEH.

As equipes de governança dos HUFs eram compostas por nove membros, dentre eles: o superintendente, três gerentes, dois chefes de divisão da gerência administrativa, dois da gerência de atenção à saúde e um da gerência de ensino e pesquisa, formando nove componentes em cada equipe dos quinze hospitais participantes do curso na fase de 2016, que foi o último a ocorrer. Após o diagnóstico e as avaliações efetuados em conjunto com a equipe de governança e demais atores responsáveis pelos processos internos, iniciou-se a segunda fase, com atividades presenciais por três dias, mensalmente, em São Paulo, tendo por

objetivo formalizar o Plano Diretor Estratégico (PDE) de cada um dos quinze HUFs participantes, para os anos de 2017-2019.

O modelo de gestão a ser aplicado propunha a estratégia da corresponsabilidade, da interdisciplinaridade, da transversalidade, da uniformização e do trabalho em rede, o que vinha a operar mudanças em estruturas e paradigmas há muito mantidos dentro do modelo de gestão dos HUFs, os quais não mais se compraziam com as novas formas de encaminhamentos a serem adotadas. Os desafios que mais se destacaram foram aqueles ligados às adequações comportamentais a serem trabalhadas, tendo em vista a estrutura organizacional mais profissionalizada, em comparação ao organograma anterior, demonstrado na figura 2, abaixo:

Figura 3 - Organograma HUAC 2015



Fonte: PDE HUAC (2017-2018).

A estrutura organizacional foi sensivelmente ampliada e organizada em Gerências, Divisões, Setores e Unidades, além da Superintendência e das instâncias colegiadas e de assessoramento, conforme se pode visualizar nas Figuras 3, 4, 5 e 6 a seguir:

FIGURA 4 - Instâncias de governança - superintendência



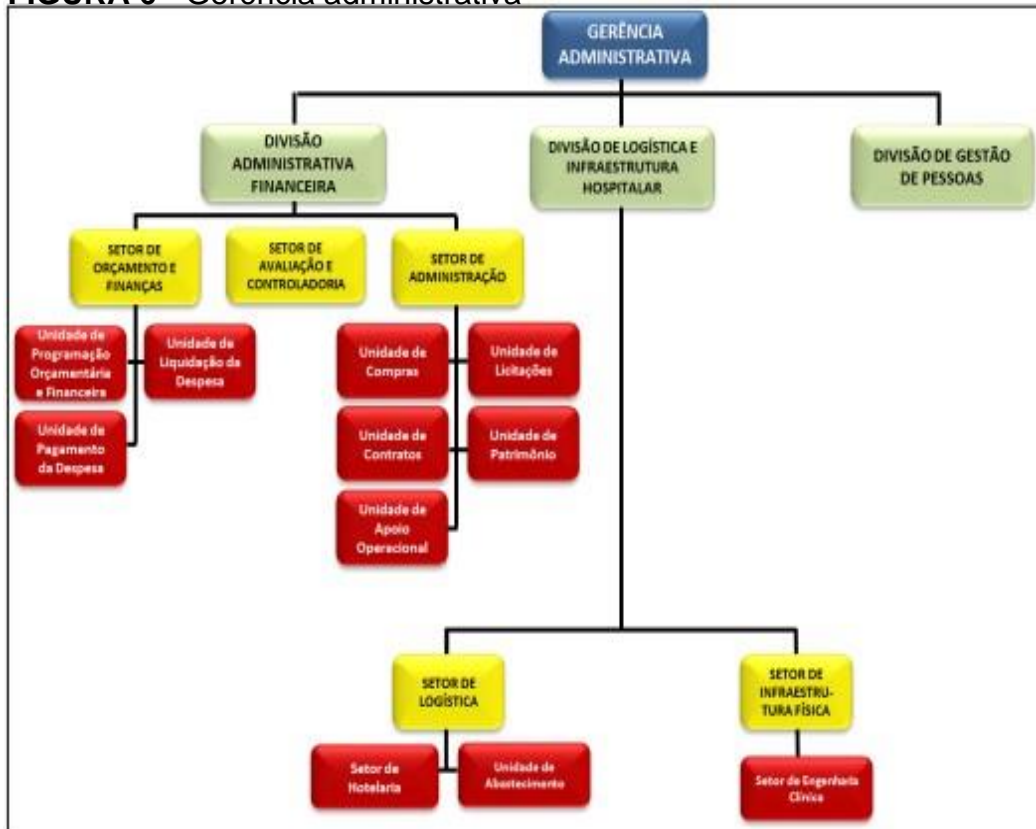
Fonte: página eletrônico Ebserh/HUAC.

FIGURA 5 - Gerência de ensino e pesquisa



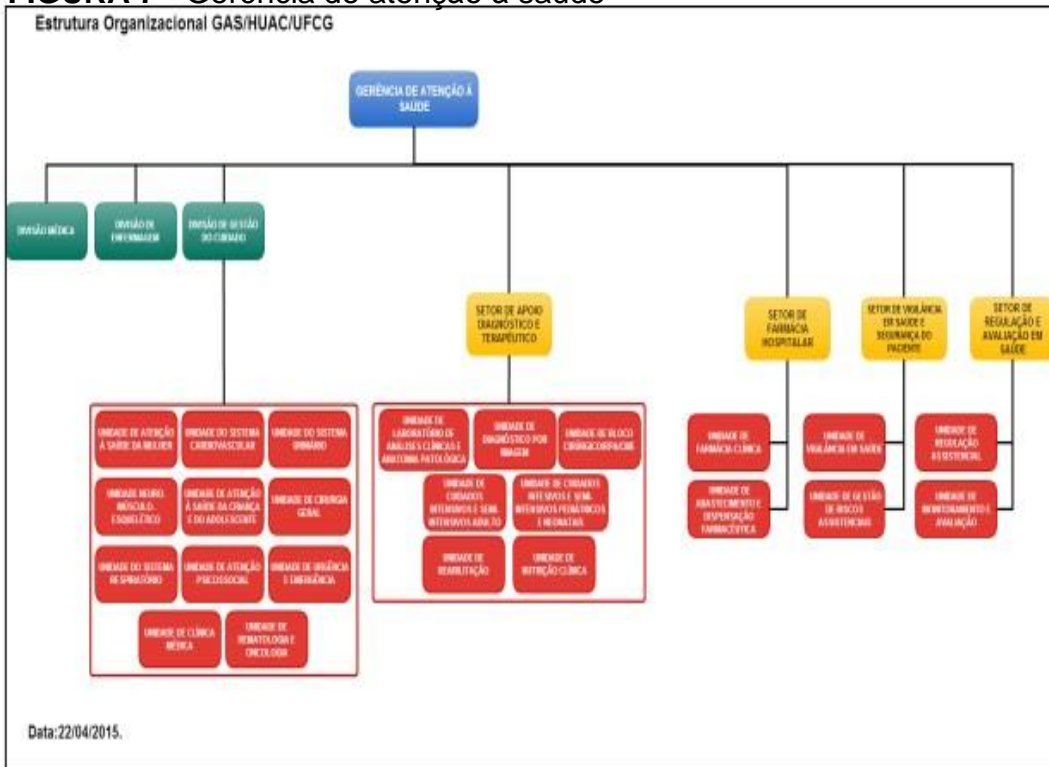
Fonte: página eletrônico Ebserh/HUAC (2017-2018).

FIGURA 6 - Gerência administrativa



Fonte: página eletrônico Ebserh/HUAC (2017-2018).

FIGURA 7 - Gerência de atenção à saúde



Fonte: página eletrônico Ebserh/HUAC (2017-2018).

A nova estrutura organizacional exigia um quadro de pessoal redimensionado, visando ao atendimento das necessidades que então se apresentavam e tendo em vista o alargamento das instâncias de governança. Não se tratava de mera substituição dos profissionais com vínculo empregatício considerado precarizado pelo Ministério Público do Trabalho e pelo Tribunal de Contas da União. As contratações temporárias foram efetuadas visando ao saneamento emergencial da necessidade do serviço, sem um dimensionamento a longo prazo, diferentemente da nova situação vivenciada com a modificação da gestão no HUAC, com a adoção da postura de ações que contemplem o planejamento para curto, médio e longo prazos.

Tomando por base as informações constantes nos documentos anexos ao contrato de gestão, foram dimensionados serviços e pessoal necessários à sua implementação. Sendo assim, em 2016 foi lançado o primeiro edital para contratação de profissionais para o Huac-UFMG, oferecendo 302 vagas, sendo a maioria para a área de saúde, com destaque para o cargo de médico que se distribuía entre 49 especialidades. Os novos profissionais começaram a ser admitidos em 2018, vindo finalmente a preencher as vagas existentes desde o início dos anos 2000, algumas eram ocupadas ainda por empregados temporários, e outras surgiram por aposentadorias ou falecimentos que, até então, seguiam sem possibilidade de preenchimento.

As vagas disponibilizadas ampliavam as categorias, incluindo cargos que, até aquele momento, eram inexistentes nos quadros de pessoal do HUAC. Na categoria de médicos foram incluídas especialidades que se encontravam com demanda reprimida, tendo em vista não serem disponibilizadas em nenhum serviço de saúde pública na região, ou disponibilizados em baixa oferta, a exemplo de médico geneticista; cancerologista cirúrgico, clínico e pediátrico; endoscopista; anestesiológico; cirurgia geral, pediátrica, vascular, plástica e coloproctológica, para citar as mais carentes.

Na categoria de enfermagem também houve grande expansão do espectro de especialidades alcançadas, visando atender às necessidades de serviços há muito verificadas. A enfermagem recebeu especialistas nas áreas de cardiologia, cirurgia, oncologia, terapia intensiva e saúde do trabalhador, além da enfermagem clínica. As áreas de farmácia, bioquímica (laboratório de análises clínicas e patologia), nutrição, fonoaudiologia, psicologia e odontologia receberam aporte de recursos humanos

destinados a trazer expansão e solidificar as atividades nestas áreas, pouco dimensionadas no serviço público regional.

Na área administrativa, o destaque recai sobre o setor de tecnologia da informação e informática. Esse setor teve a contratação de analistas de tecnologia da informação para as especialidades de processos e suporte e redes, além da contratação de técnicos em informática. Anteriormente, a área de informática era mantida por um técnico eletricitista e um técnico em informática, contratados de empresas terceirizadas, o que resultava em um aporte setorial bastante defasado, embora tenha dado a sustentação operacional ao setor durante, pelo menos, dez anos. O setor administrativo foi beneficiado também pela contratação de analistas administrativos e técnicos em administração, o que resultou em melhoria substancial no andamento de serviços de aquisições e contratações, por exemplo.

Abaixo, apresentamos quadro demonstrativo das contratações efetuadas a partir da formalização do contrato de gestão UFCG-EBSERH, por meio do concurso 02/2016, efetuadas no período compreendido entre os anos de 2017 (editais de convocação 91, 99, 102 e 111); 2018 (editais de convocação 113, 114, 115, 116, 120, 125, 126, 128, 132, 133, 135 e 140); 2019 (editais de convocação 142, 143, 144, 147, 149, 150, 151, 152, 157, 166, 168, 171, 173 e 174); 2020 (editais de convocação 175 e 178) e 2021 (editais de convocação 184, 185, 187 e 188).

No quadro representativo abaixo, estarão incluídos os trabalhadores contratados a partir do ano de 2017, mas os custos com os mesmos não estão incluídos nas tabelas e nos gráficos apresentados no presente trabalho, o qual atua no lapso temporal entre os anos de 2015 (adesão da UFCG à EBSEH) e o ano de 2020. Contudo, apresentamos dados relativos ao ano de 2013 no demonstrativo orçamentário, de serviços e de gastos, em virtude de que os mesmos estão disponibilizados no painel orçamentário da EBSEH e, levando em conta que tais informações viriam a enriquecer os dados aqui apresentados, consideramos esse recorte de tempo (2013-2020) para alguns gráficos e tabelas relativas a orçamento conforme explicado.

Abaixo, o demonstrativo de contratações da EBSEH para substituir os trabalhadores contratados por meio de vínculos precários, assim considerados pelo MPT e TCU:

TABELA 7 - Contratações EBSE RH Concurso 02/2016 áreas Médica-Assistencial e Administrativa – Admissões entre 2017 e 2020

Profissionais contratados	Quantitativo
Médico	103
Enfermeiro	62
Fisioterapeuta	17
Nutricionista	04
Terapeuta ocupacional	01
Psicólogo	03
Farmacêutico	12
Fonoaudiólogo	02
Cirurgião dentista	01
Físico	01
Assistente social	05
Técnico de farmácia	06
Técnico de enfermagem	86
Técnico em citopatologia	01
Técnico em Laboratório	03
Técnico em radiologia	01
Técnico em saúde bucal	01
Técnico em segurança do trabalho	05
Jornalista	01
Técnico em Informática	04
Advogado	02
Analista Administrativo – Administração	02
Analista Administrativo – Contabilidade	01
Analista Administrativo – Estatística	01
Analista de Tecnologia da Informação – Processos	01
Analista de Tecnologia da Informação – Suporte e Redes	01
Assistente Administrativo	19
Engenheiro Civil	01
Engenheiro Clínico	03
Engenheiro Eletricista	01
Engenheiro de Segurança do Trabalho	01
TOTAL	353

Fonte: DivGP-HUAC (2017-2020).

Hoje, o quadro de pessoal do HUAC é formado por um quantitativo de 870 profissionais, com vínculos junto ao MEC (servidores concursados da UFCG), servidores cedidos do Ex-INAMPS (Ministério da Saúde) e trabalhadores contratados por meio do processo seletivo da EBSE RH.

A formação do corpo de gestores foi uma das primeiras modificações concretas no cotidiano da administração dos HUFs trazidas pelo modelo de gestão da EBSE RH, profissionalizando e capacitando servidores que, em geral, costumavam assumir posições de chefia e comando, sem qualquer treinamento especificado, constituindo num novo formato de nomeação de gestores em saúde. No decorrer do desenvolvimento do contrato firmado com a UFCG, foram sendo incorporados elementos de gestão que em muito acrescentaram no sentido de modernização das condutas administrativas e de assistência no HUAC.

Para ilustrar, o quadro abaixo traz algumas dessas ações promotoras de modificações na gestão, e sua conseqüente repercussão na realidade existente:

TABELA 8 - Modificações implementadas pela ebserh

AÇÃO	SITUAÇÃO ANTERIOR	REPERCUSSÃO NAS ATIVIDADES
CAPACITAÇÃO DE GESTORES	INEXISTENTE	Qualificação das decisões tomadas, trazendo maior grau de acertos e melhorias.
ELABORAÇÃO DE PLANOS DIRETOR ESTRATÉGICOS	INEXISTENTE	Oferece segurança e responsabilização referente a despesas e possibilita planejamento de médio e longo prazo para aquisições de maior vulto e de natureza permanente.
CRIAÇÃO DO SERVIÇO DE INFORMÁTICA	Um empregado terceirizado prestava suporte de instalações e reparos. Não havia um serviço efetivo de informática.	Modificação completa, com uma estrutura composta por 7 profissionais de nível superior e técnico, habilitados para a conformação dos serviços na área, abrangendo instalação de softwares, manutenção de rede, acompanhamento de sistemas e todo o aporte necessário para o bom desenvolvimento dos serviços.
REFORMULAÇÃO DE MODELOS DE CONTRATOS COM FORNECEDORES DE MATERIAIS E SERVIÇOS	Os contratos mantinham a sua modelagem inalterada, desde muitos anos.	Com relação a materiais de uso corrente, como gêneros alimentícios e insumos farmacêuticos, foram reavaliados quantitativos e periodicidade das aquisições. Nos contratos de serviços pode se destacar a terceirização do serviço de lavanderia e rouparia, que liberou um grande espaço antes ocupado por maquinário, estoques de material e pessoas, cuja estrutura exigia grande manutenção, aquisição de itens e aporte de pessoal. Foi efetuado também contrato para digitalização dos prontuários dos pacientes, agilizando o acesso às informações necessárias aos atendimentos e pesquisas.
PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS PARA SAÚDE	Havia uma padronização básica, com cobertura defasada em relação às necessidades dos serviços e às regulamentações normativas do Ministério da Saúde.	Adoção de um formato de aquisições que possibilita agilidade na recomposição dos estoques, como também maior cobertura de insumos, em virtude da ampliação de itens. Tudo isso visando à máxima cobertura das necessidades, diminuindo as compras extraordinárias e demoras o mais das vezes desnecessárias, decorrerem da falta de um planejamento adequado.
REMUNERAÇÃO COMPETITIVA	Em virtude dos contratos de trabalho precários, seja quando pela Fundação da UFPB, seja por meio dos contratos temporários, os salários dos profissionais mais imprescindíveis aos serviços não acompanhavam, adequadamente, os valores de mercado.	O contrato de trabalho com vínculo efetivo e o oferecimento de condições vantajosas aos trabalhadores, atraiu profissionais para ocupação de todos os cargos necessários para garantir o funcionamento com qualidade dos serviços necessários aos usuários.

<p>CRIAÇÃO DE ESTRUTURA DE GESTÃO COM TRÊS NÍVEIS OPERACIONAIS, NÚCLEOS, COMISSÕES E OS NÍVEIS DE GERÊNCIA E INSTÂNCIAS COLEGIADAS E DE ASSESSORIA INSERÇÃO DE PROFISSIONAIS ATÉ ENTÃO INEXISTENTES</p>	<p>Havia uma estrutura muito básica que acabava por não contemplar toda a dimensão de quadros funcionais necessários ao bom andamento das atividades.</p>	<p>Foram criadas estruturas operacionais de Divisão, Setor e Unidades dentro das três gerências (Administrativa, Atenção à Saúde e Ensino e Pesquisa), propiciando uma equalização nas atividades e processos, com melhoria nas entregas necessárias nas três áreas. Também houve melhoria nos arranjos organizacionais a partir da criação das instâncias de cúpula no hospital, encurtando a distância para a discussão e busca por solução de problemas cotidianos.</p>
<p>COMPOSIÇÃO ADEQUADA DO QUADRO ASSISTENCIAL</p>	<p>Muitos setores não dispunham dos profissionais capacitados para o devido andamento dos serviços.</p> <p>Defasagem quantitativa de pessoal em diversas áreas.</p>	<p>Ampliação do quadro de profissionais, como Analistas de sistemas, Analistas Administrativos, Estatístico, Engenheiros Civil, Eletricista, Clínico e de Segurança do Trabalho. Técnicos de Segurança do Trabalho, Jornalista.</p> <p>Atualização e readequação do quadro de enfermeiros, técnicos de enfermagem e outros profissionais da saúde como técnicos de radiologia, técnicos de farmácia, farmacêuticos, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, propiciando melhoria e adequação dos serviços aos parâmetros necessários.</p>
<p>ADEQUAÇÃO DO QUADRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS À REALIDADE LOCAL</p>	<p>Defasagem no quadro de especialistas médicos.</p>	<p>Foram contratados especialistas para a cobertura dos serviços em defasagem: cirurgião geral, cabeça e pescoço, neurologista, cirurgia pediátrico e oncológico, urologista, fonoaudiólogo, oncologista clínico, como também foram contratados profissionais para serviços apontados como necessários, pelo perfil epidemiológico e que ainda não haviam sido implantados: geriatra, geneticista, cirurgião plástico, médico do trabalho, psiquiatra, médico físico.</p>
<p>CRIAÇÃO DE ESTRUTURA ORGANIZACIONAL PARA A ÁREA DE ENSINO E PESQUISA</p>	<p>Havia uma estrutura incipiente composta pela Comissão de Residência Médica, Comitê de Ética em Pesquisa e uma estrutura de Secretaria para a Unidade Acadêmica de Medicina.</p>	<p>Foi criada a Gerência de Ensino e Pesquisa, com organograma próprio e autonomia de gestão com maior amplitude de orçamento para expansão da área.</p>
<p>IMPLANTAÇÃO DE SISTEMAS INFORMATIZADOS DE GERENCIAMENTO EXIGÊNCIA DE RELATÓRIO DE CUMPRIMENTO DO OBJETO (RCO)</p>	<p>INEXISTENTE</p> <p>INEXISTENTE</p>	<p>Foi implantado o sistema AGHU (Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários), com o objetivo de encampar dados da assistência e de gestão, gerando informações que norteiam ações e decisões no gerenciamento do hospital.</p> <p>Obrigatoriedade de apresentação de relatório para todos os gastos efetuados com verba do REHUF.</p>

Fonte: Elaboração da autora (2022).

5 DISCUSSÃO DOS ACHADOS

O material bibliográfico estudado debruçou-se sobre temas como a Reforma Sanitária Brasileira, a instituição do SUS, a Reforma do Aparelho do Estado de 1995, os Hospitais Universitários Federais, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, como também a legislação correlata aos assuntos estudados.

Com a análise do material (Documentos, textos, Leis, Decretos, Portarias, Acórdãos) verificou-se que as primeiras intervenções normativas operadas pelas autoridades responsáveis estavam voltadas para os hospitais de ensino, o que englobava entidades como Santas Casas e outros hospitais, inclusive administrados pelos Estados. A primeira normativa direcionada aos HUFs foi a Portaria Interministerial Nº 22, de 11 de Janeiro de 1999, a qual determinava que os repasses do Ministério da Saúde fossem efetuados diretamente aos hospitais via Unidades Gestoras das Universidades aos quais estivessem vinculados.

Não havia um direcionamento de ações governamentais específicas para os hospitais universitários. Os registros de legislação específica destinada aos HUFs, ocorreram quando da sua inclusão expressa na Lei n. 8.080/1990 e quando da edição do Decreto n. 7.082/2010 que instituiu o REHUF. Por último, a Lei 12.550/2011, que criou a EBSEH, sendo somente a partir de então, que as normativas dirigidas à EBSEH abrange todos os HUFs. Até então, a legislação era destinada a todos os componentes do Sistema Único de Saúde, generalizadamente.

Sen (2010), ao analisar a pobreza no contexto do desenvolvimento e seu impacto na vida das pessoas destaca que o fomento das capacidades substantivas dos indivíduos promove não somente o crescimento econômico palpável, mas constrói um alicerce firmado em cidadania e propósitos que são capazes de dar sustentação a ações desenvolvimentistas mais sólidas e duradouras:

Não ocorre apenas que, digamos, melhor educação básica e serviços de saúde elevem diretamente a qualidade de vida; esses dois fatores também aumentam o potencial de a pessoa auferir renda e assim livrar-se da pobreza medida pela renda. Quanto mais inclusivo for o alcance da educação básica e dos serviços de saúde, maior será a probabilidade de que mesmo os potencialmente pobres tenham uma chance maior de superar a penúria. (SEN, 2010).

Ao ressaltar o empoderamento dos indivíduos por meio da participação (tendo a educação e saúde como pressupostos, considerando que, principalmente sem

saúde, não haverá forças para quaisquer outras iniciativas de cunho social/desenvolvimentista).

Sen (2010) classifica cinco tipos do que ele denomina de liberdades instrumentais:

QUADRO 1 - Classificação dos cinco tipos do que ele denomina de liberdades instrumentais

a) Liberdades políticas. Se refere à existência da possibilidade de os cidadãos escolherem seus representantes de forma livre e com voto secreto. Também abrangem o poder de o cidadão criticar as autoridades políticas e emitir suas opiniões políticas publicamente, sem sofrer censura.
b) Disponibilidades econômicas [economic facilities]. Diz respeito ao poder de consumo e liberdades de transações financeiras por meio de consumo, produção e troca.
c) Oportunidades sociais. Abrange a existência de instituições voltados para a educação, saúde e outros serviços de caráter social que contemplem as necessidades locais dos cidadãos.
d) Garantias de transparência. Incluem o direito à informação em todos os níveis, principalmente nas esferas públicas.
e) Proteção social [protective security]. Referem-se a instituições e arranjos sociais destinados a proteger a população, sobretudo as parcelas mais vulneráveis. Abrange assistência e previdência social, seguro-desemprego, abertura de frentes de trabalho emergenciais, etc.

Fonte: Andrade et al. 2016.

Estando incluído dentro das instituições responsáveis pelos cuidados com a saúde e pela formação profissional de indivíduos, o HUAC abrange dentro do Estado e junto à sociedade, a possibilidade do exercício das capacidades de oportunidades sociais e garantias de transparência.

Os dados orçamentários apontam que o orçamento geral apresentou crescimento do ano de 2013 até 2016. Em 2017 ocorreu um pico orçamentário, elevando a variação percentual naquele ano para 17,5%. A partir de 2018, verifica-se a ocorrência de queda no percentual orçamentário, que variou de 2% a 10,5% para menos até 2020.

TABELA 9 - Variação percentual do orçamento período 2013 – 2020

Intervalo	Percentual %
2013 – 2014	15,1 +
2014 – 2015	6,9 +
2015 – 2016	12,2 +
2016 – 2017	17,5 +
2017 – 2018	2,0 -
2018 – 2019	10,5 -
2019 - 2020	0,71 -

Fonte: POF/EBSERH (2020).

TABELA 10 - Participação da despesa com pessoal no orçamento geral do HUAC

Ano	Percentual %
2013	68,6
2014	66,7
2015	72,6
2016	68,8
2017	66,5
2018	63,2
2019	62,2
2020	59,1

Fonte: POF/EBSERH (2020).

Observa-se aumento percentual das despesas de pessoal entre 2013 e 2016. Em 2017 houve aumento das despesas com pessoal em 13,4% (tabela), explicada pelo fato de ter sido o ano em que se iniciou as nomeações das chefias do novo organograma.

TABELA 11 - Variação percentual da despesa com pessoal no período 2013 – 2020

Intervalo	Percentual
2013 – 2014	11,6% +
2014 – 2015	18,2% +
2015 – 2016	5,7% +
2016 – 2017	13,4% +
2017 – 2018	7,0% -
2018 – 2019	11,7% -
2019 - 2020	4,6% -

Fonte: POF/EBSERH (2020).

No tocante aos serviços, os dados também estão disponibilizados no painel orçamentário e financeiro da EBSEH. Foram coletados os quantitativos relativos a internações (cirúrgicas, clínicas, pediátricas e UTI), consultas ambulatoriais e atendimentos de quimioterapia e urgência, correspondentes ao período 2013-2020. Os dados relativos aos exames laboratoriais e de imagem, foram coletados dos Relatórios de Gestão anuais que contém dados a partir de 2016, tendo sido analisado o período desse ano até 2020.

Os dados das internações hospitalares cirúrgicas, clínicas e pediátricas, apontam crescimento a partir de 2018, o que não foi verificado em relação às internações de UTIs, que se manteve sem alterações significativas, apontando a manutenção do modelo clínico nestes ambientes, sensíveis onde a mínima alteração apresenta repercussões muito importantes à rede. Das demais internações também é possível constatar a grande queda quantitativa ocorrida no ano de 2020, decorrentes das medidas sanitárias em virtude da pandemia por Sars-Cov-2, iniciada neste ano.

O aumento das internações cirúrgicas, clínica e pediátrica a partir de 2016, coincide com a contratação de profissionais, redimensionamento de pessoal e ajuste de processos de trabalho e modificações organizacionais ocorridas no HUAC, repercutindo nos serviços prestados.

TABELA 12 - Internações

ANO	TIPO			
	Cirúrgica	Clínica	Pediátrica	UTI
2013	5.309	19.392	10.898	4.082
2014	4.000	19.581	11.368	4.875
2015	4.315	18.716	10.437	4.297
2016	5.759	23.297	10.555	5.718
2017	5.682	21.441	10.853	5.361
2018	7.060	19.768	10.910	5.317
2019	7.356	19.724	11.193	4.972
2020	1.629	1.458	945	560

Fonte: POF/EBSERH (2020).

No mesmo sentido, as consultas ambulatoriais apresentam curva de alta a partir de 2016, tendo havido um pico de crescimento em 2019, associado também ao fato de novos profissionais terem sido contratados, serviços inativos terem sido reativados e serviços e especialidades antes inexistentes que passaram a disponibilizar atendimentos à população. Ver Tabela 12 abaixo:

TABELA 13 - Consultas

2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
86.189	56.658	51.839	77.647	71.464	74.733	101.076	52.270

Fonte: POF/HUAC (2020).

Dentro dos atendimentos ambulatoriais, extraímos do POF o levantamento relativo às quimioterapias e urgências, às quais seguiram curvatura de quantitativos diferenciados do padrão que vinha se verificando relativamente às internações e consultas. As instalações destinadas à quimioterapia passaram por importante reforma para melhoria do seu sistema de ventilação, para maior segurança e conforto dos usuários. Também foram efetuadas melhorias estruturais em todo o ambulatório oncológico.

TABELA 14 - atendimentos

Ano	Quimioterapia	Urgência
2013	3.398	3.683
2014	3.485	2.240
2015	3.211	2.538
2016	2.745	5.270
2017	2.878	4.760
2018	3.799	4.875
2019	5.211	2.110
2020	5.707	137
TOTAL	30.434	25.613

Fonte: POF/EBSERH (2020).

Quanto aos atendimentos de urgência, os números demonstram a progressão em queda, o que ocorreu em virtude de que o hospital passou a operar dentro do sistema de regulação do município, que administra os leitos hospitalares, tornando desnecessária e até irregular, a regulação dos atendimentos de urgência próprio do HUAC, inclusive por força dos termos do contrato 01/2020 (contratualização) firmado com o gestor municipal.

Com relação aos exames laboratoriais e de imagem, verifica-se um salto de mais de 100% (cem por cento) de aumento no quantitativo destes serviços no ano de 2018 em relação a 2017. No ano de 2019 os números se mantiveram em patamares muito aproximados a 2018. Em 2020, em virtude da pandemia que provocou a queda das cirurgias, internações em geral e atendimentos ambulatoriais, houve diminuição em pouco mais de 50% no número de exames realizados (Tabela 14):

TABELA 15 - Exames laboratoriais e de imagem

Ano	Quantidade
2016	128.246
2017	210.537
2018	431.422
2019	416.184
2020	214.567

Fonte: POF/EBSERH (2020).

No que se refere aos dados relativos à contratação de pessoas, foram substituídos os 115 profissionais que mantinham vínculo precário com o HUAC, além de também terem sido contratados profissionais em quantitativo que possibilitasse a recomposição da força de trabalho na área de saúde (Tabelas 6 e 15).

Outro aspecto que é possível destacar dos dados coletados se refere à inclusão de cargos até então inexistentes nos quadros do HUAC e que se faziam necessários para implementação do novo formato de administração que se iniciava. Foram contratados entre os anos de 2017 e 2020, 353 concursados (Tabelas 6 e 15). Destes, foram convocados 27 profissionais para 16 cargos anteriormente inexistentes no quadro de pessoal do HUAC:

TABELA 16 - Contratações EBSEERH – cargos inexistentes no quadro

Profissionais contratados	Quantitativo
Terapeuta ocupacional	01
Fonoaudiólogo	02
Cirurgião dentista	01
Físico	01
Técnico em saúde bucal	01
Técnico em segurança do trabalho	05
Jornalista	01
Técnico em Informática	04
Advogado	02
Analista Administrativo – Estatística	01
Analista de Tecnologia da Informação – Processos	01
Analista de Tecnologia da Informação – Suporte e Redes	01
Engenheiro Civil	01
Engenheiro Clínico	03
Engenheiro Eletricista	01
Engenheiro de Segurança do Trabalho	01
TOTAL	27

Fonte: POF/EBSEERH (2020).

Da análise efetuada em cada um dos três aspectos propostos no presente estudo (orçamento, serviços e pessoal), relativamente ao orçamento, é possível destacar que, não houve aportes financeiros que se distanciassem dos patamares já praticados, verifica-se que foi efetuada reposição da força de trabalho em condições capazes de ampliar a oferta de serviços e qualificar essa oferta em relação às necessidades da população, por meio de contratualização compatível com os dados do perfil epidemiológico e populacional demonstrado no Plano Estadual de Saúde.

O orçamento mostra variação no perfil do gasto com destaque para as despesas com pessoal que apresentaram tendência de queda a partir das novas contratações. Outra tendência apontada é o aumento no gasto com investimento que recebeu aporte considerável a partir de 2017 e, retornando em 2019 a patamares de 2014. Esta equalização relativa aos repasses financeiros apresenta estreiteza com o modelo de gestão em rede, que possibilita uma visão panorâmica

das necessidades apresentadas por cada HUF, a partir dos seus planejamentos estratégicos anuais.

As aquisições de material permanente (investimento) ocorridas no período estudado (Tabela 01) apontam um incremento tecnológico com a inovação dos equipamentos médico-hospitalares como também da área de informação e informática por meio da aquisição de computadores modernos. A aquisição de condicionadores de ar e mobiliário também apontam para melhoria de ambiência e conforto para trabalhadores e usuários.

Do conjunto de dados analisados, é possível apontar melhorias relativas ao gerenciamento do gasto, tendo em vista que, afora incrementos pontuais, por motivos específicos (compra de angiógrafos e tomógrafos, reposição e incremento da força de trabalho e gratificação para os cargos de chefia), não é verificado aumento consistente ou sem motivação que o justifique.

Também se verifica aumento no quantitativo de serviços ofertados, redimensionamento de pessoal, alargamento da abrangência de público em razão do aumento de atendimentos, como também das novas especialidades médicas incorporadas aos serviços, abertura de empregos qualificados em várias áreas (tecnologia da informação, engenharias), além da área de saúde, inovação do parque tecnológico e da ambiência por meio de aquisição de mobiliários e melhoria de estruturas físicas através de reformas.

A análise aponta que os gastos efetuados no HUAC com os valores orçamentários disponibilizados, foram capazes de propiciar aumento dos serviços prestados, inclusão de serviços antes inexistentes, melhoria nas condições físicas dos ambientes trazendo segurança e conforto aos usuários e trabalhadores, aumento do quadro de pessoal com os profissionais efetivamente necessários à implementação do novo modelo de gestão.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscou-se no presente trabalho, traçar a trajetória histórica pela qual passou a política pública de saúde no Brasil, a modificação ocorrida nos hospitais universitários federais com sua inclusão no Sistema Único de Saúde, e como essa inclusão abrupta acabou por trazer consequências que acompanhariam a trajetória dos hospitais universitários federais, culminando com a imposição de solução por parte do controle externo da Administração Pública, resultando na criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.

A resistência ao modelo encontrado pelo Governo Federal, a despeito de todas as discussões havidas nos mais diversos fóruns, foi determinante para que a adesão à EBSEH ocorresse de maneira desarticulada e aleatória, somente vindo a concluir a adesão de todos os HUFs em 2018, com a inclusão do Hospital Universitário da Universidade Federal de Uberlândia.

O Hospital Universitário Alcides Carneiro, local onde ocorre o presente estudo, fez a adesão em dezembro de 2015, iniciando a implantação do novo modelo de gestão em 2016. Por esse motivo, o período de análise escolhido ficou entre os anos de 2016 e 2020. Os dados de orçamento, pessoal e serviços verificados trazem a informação de que, embora não tendo havido significativo no aumento do orçamento, o hospital passou a arrecadar mais em função também do aumento da produtividade em serviços que antes não disponibilizava.

Com modificações como modelos de contratos e remodelagem de processos, sem aumentos significativos nos valores de orçamento, nem de pessoal, verifica-se melhoria dos serviços prestados, dos processos internos e dos modelos de contratação de serviços e produtos, com padronização de produtos, punição a fornecedores inaptos, realocação e dimensionamento de pessoal, além de formação continuada.

Os achados trazidos pelos dados vêm ao encontro da premissa inicial considerada para motivar o estudo, no sentido de que a adequada condução das atividades de um hospital universitário, atuando dentro da Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde, promove um espectro de melhorias que reverberam em diversas áreas, tais como no ensino, dada a fixação de profissionais e a vinculação ao hospital. É possível ver essa mudança, também, na melhoria qualitativa e quantitativa dos serviços prestados, seja pelo melhoramento dos equipamentos e

eficiência da manutenção, seja pela adequação aos sistemas de assistência do governo e da própria empresa.

Neste sentido, o aspecto do desenvolvimento pode ser considerado haja vista a solidez de dados e ações registradas que acabam por permitir possibilidades para o crescimento em diversas áreas. Vale acrescentar que isso acontece não somente pela formação de profissionais e sua qualificação permanente, mas também pela implantação de melhorias que asseguram e assinalam para os setores envolvidos na área de saúde, sejam de aspecto econômico, seja relativamente à pesquisa e ensino, haver robustez suficiente para investimento e melhorias.

É importante sublinhar que o estudo não tem a pretensão de trazer afirmações definitivas e incontestáveis. O modelo de administração e governança da EBSEH encontra questionamentos e apontamentos, especificamente acerca da democratização das ações e da participação social, que merecem estudos mais aprofundados. As falhas são apontadas, embora deva se levar em conta cada período de análise e devem ser consideradas em todos os seus aspectos, a fim de promover o maior e melhor acompanhamento dessa importante modificação na política de saúde brasileira.

Certamente, será mantido o interesse no acompanhamento do desenvolvimento das atividades da EBSEH junto aos HUs federais em todo o território nacional, para que se monitore sua efetividade e os ajustes e adequações que se verificam necessários, não sendo essa uma tarefa para apenas um estudo sob um aspecto. Há várias nuances da situação para as quais são cabíveis verificações ordenadas e repetitivas, passíveis de figurar em estudos nas mais diversas áreas.

Pelos achados da pesquisa, conforme já descritos, entendemos ser possível concluir que houve no HUAC modificações que se coadunam com as premissas de desenvolvimento das teorias de Sen e Furtado, como também dos princípios do SUS, dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável e das formulações dos defensores do Complexo Econômico—industrial da Saúde (CEIS), entendo a saúde em suas dimensões político-econômica e social.

REFERÊNCIAS

AMORIM, B. P. R. **Privatização e mercantilização da saúde-educação: um estudo sobre a empresa brasileira de serviços hospitalares – EBSERH** no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão. 2017. 128f. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas. Universidade Federal do Maranhão: UFMA, 2017.

ANDRADE, S. F.; PIRES, M. de M. et al. Índice de desenvolvimento como liberdade uma proposta teórico-metodológica de análise. **Rev. Desenvolvimento em Questão**, Unijuí, n. 14, v. 34, abr./jun., 2016.

BANCO MUNDIAL. **A organização, prestação e financiamento da saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90**. Relatório nº 12655-BR. Washington: D. C., 1995.

BANCO MUNDIAL. **Brasil: governança no Sistema Único de Saúde (SUS) Brasileiro: fortalecendo a qualidade dos investimentos públicos e da gestão de recursos**. Relatório nº 36601-BR. Documento do Banco Mundial, 2007.

BONA, T. L; BOVIN; G. G. A agenda reformista do banco mundial para a saúde pública: um breve histórico e as novas propostas ao sistema único de saúde (SUS) brasileiro. **J Manag Prim Health Care**. São Paulo, dez., p. 110, 2019. Disponível em: <<https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/713/>>. Acesso em: 20 mai. 2020.

BORGES, J. C. P.; BARCELOS; M.; RODRIGUES; M. S. Empresarização da saúde pública: o caso da Ebserh. **RPCA**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, out./dez. p. 75-90, 2018.

BRASIL. Decreto-Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967. Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Presidência da República, 1967. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del0200.htm>. Acesso em: 11 nov. 2014.

_____. **Conselho Nacional de Saúde**. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde: 17 a 21 de março de 1986. Ministério da Saúde. Brasília, DF: CNS, 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/images/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 11 out. 2020.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 20 maio 2020.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República**

Federativa do Brasil. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 14 set. 2020.

_____. Lei nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender à necessidade temporária de excepcional interesse público, nos termos do inciso IX do art. 37 da Constituição Federal, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Presidência da República, 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_3/leis/l8745.htm>. Acesso em: 14 set. 2020.

_____. Emenda Constitucional nº 19, de 04 de junho de 1998. Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Presidência da República, 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc19.htm>. Acesso em: 14 set. 2020.

_____. Portaria Interministerial MEC/MS/MCT/MPOG nº 562, de 12 de maio de 2003. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Gabinete do Ministro. Brasília-DF: Ministério da Educação, 2003.

_____. Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.000, de 15 de abril de 2004. Dispõe sobre a certificação de Hospital de Ensino. **Diário Oficial da União**, 16 abr. 2004a, seção 1, p. 13. Gabinete do Ministro. Brasília-DF: Ministério da Educação, 2004^a. Disponível em: <<https://www.jusbrasil.com.br/diarios/545858/pg-13-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-16-04-2004>>. Acesso em: 14 jul. 2020.

_____. Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.006, de 27 de maio de 2004. Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Gabinete do Ministro. Brasília-DF: Ministério da Educação, 2004b. Disponível em: <<https://www.diariodasleis.com.br/busca/exibelink.php?numlink=1-92-31-2004-05-27-1006>>. Acesso em: 15 ago. 2020.

_____. Tribunal de Contas da União (Plenário). Acórdão TCU nº 1520/2006. Representação. Pessoal. Substituição de terceirizados na Administração Pública Federal direta, autárquica e fundacional por servidores concursados. Prorrogação dos prazos anteriormente concedidos pelo TCU. **Lex**, 23 ago. 2006. Disponível em: <<https://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:tribunal.contas.uniao;plenario:acordao:2006-08-23;1520>>. Acesso em: 15 set. 2020.

_____. Lei 10.419, de 09 de abril de 2002. Dispõe sobre a criação da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, a partir do desmembramento da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Presidência da República, 2002. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2002/L10419.htm>. Acesso em: 20 jul. 2020.

_____. Lei nº 11.907, de 2 de fevereiro de 2009. Dispõe sobre a reestruturação remuneratória dos cargos e carreiras [...]; e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Presidência da República, 2009. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l11907.htm>. Acesso em: 14 nov. 2020.

_____. Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010. Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais-REHUF, dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Presidência da República, 2010a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7082.htm>. Acesso em: 11 out. 2020.

_____. Decreto nº 7.186, de 27 de maio de 2010. Regulamenta os arts. 298 a 307 da Lei nº 11.907, de 2 de fevereiro de 2009, que tratam do Adicional por Plantão Hospitalar - APH. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Presidência da República, 2010b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7186.htm>. Acesso em: 11 out. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **O SUS**. Brasília, DF: CNS, 2010. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/sus.html>. Acesso: 20 dez. 2020.

_____. **Hospitais universitários**. Brasília-DF: Ministério da Educação, 2020. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/hospitais-universitarios>>. Acesso em: 14 jul. 2020.

_____. Decreto n. 7.507, de 27 junho de 2011. Dispõe sobre a movimentação de recursos federais transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, em decorrência das leis citadas. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_3/_ato2011-2014/2011/decreto/d7507.htm>. Acesso em: 15 ago. 2020.

_____. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso em: 14 ago. 2020.

_____. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_3/Leis/L8142.htm>. Acesso em: 11 jul. 2020.

_____. Lei n. 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares — EBSEH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 — Código Penal; e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Poder Executivo, Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm>. Acesso em: 17 jul. 2020.

_____. Medida Provisória nº 520 de 31 de dezembro de 2010. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. — EBSEH e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/45/2010/520.htm>>. Acesso em: 03 mar. 2020.

_____. Portaria 1.082 de 04 de julho de 2005. Extingue o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e a Pesquisa Universitária em Saúde. FIDEPS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1082_04_07_2005.html>. Acesso em: 1 abr. 2020.

_____. Portaria Interministerial Nº 2.400, de 02 de Outubro de 2007. Estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/pri2400_02_10_2007.html>. Acesso em: 14 nov. 2020.

_____. Ministério da Educação. **A democratização e expansão da educação superior no país 2003-2014**. Brasília-DF: Portal MEC, 2003. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=16762-balanco-social-sesu-2003-2014&Itemid=30192>. Acesso em: 19 abr. 2020.

_____. **Pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Diretrizes Operacionais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Plano diretor da reforma do aparelho do estado**. Brasília: Presidência da República, 1995.

_____. **Sistema de planejamento do SUS**. Uma construção coletiva. Instrumentos básicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Sistema de planejamento do SUS**. Uma construção coletiva. Organização e funcionamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.400 de 02/10/2007. Estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Ministério da

Educação, 2007. Disponível em: <https://www.normasbrasil.com.br/norma/portaria-interministerial-2400-2007_203829.html>. Acesso em: 09 nov. 2020.

CAPELLA, A. C. N.. **Formulação de políticas públicas**. Brasília: Enap, 2018.

CARMO, M. do. **Hospitais universitários e integração ao Sistema Único de Saúde - estudo de caso: hospital das clínicas da UFMG -1996 a 2004**. Maria do Carmo. Belo Horizonte, 2006.

CARMO, M. do; ANDRADE, E. I. G.; MOTA, J. A. C. Hospital universitário e gestão do sistema de saúde: uma trajetória positiva de integração. **Reme: Rev. Min. Enf.**, Belo Horizonte, v. 11, n. 4, p. 387-394, out./dez. 2007. Disponível em: <<https://cdn.publisher.gn1.link/remeg.org.br/pdf/v11n4a07.pdf>>. Acesso em: 09 nov. 2020.

CECILIO, L. O. **A micropolítica do hospital: um itinerário ético-político de intervenções e estudo**. 2007. 270f. Tese de Livre-Docência - UNIFESP, Sao Paulo, 2007.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. **A questão democrática na área da saúde; assistência à saúde numa sociedade democrática**. In: FLEURY, S.; BAHIA, L.; AMARANTE, P. (orgs.) Saúde em debate: fundamentos da reforma sanitária. Rio de Janeiro: CEBES, 2008.

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS. **Histórico**. Universidade Federal de Campina Grande - UFCG. Disponível em: <<https://sites.google.com/site/ufcgccbs/historico>>. Acesso em: 13 ago. 2019.

COHN, A.; GLERIANO, J. S. A urgência da reinvenção da reforma sanitária brasileira em defesa do sistema único de saúde. **Rev. de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 21, n. 0012, 2021.

DEMO, P. **Metodologia científica em ciências sociais**. 3. ed. Rev. e Ampliada. São Paulo: Atlas, 1995.

EBSERH. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Regimento interno. Aprovado na 49ª Reunião do Conselho de Administração, realizada no dia 10 maio de 2016. **Diário Oficial da União**. Brasília-DF, 2016. Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/acesso-a-informacao/institucional/legislacao-e-normas/rede-ebserh/regimento-interno-aprovado-ca-12052016.pdf/view>>. Acesso em: 03 out. 2020.

SCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

FGV. Fundação Getúlio Vargas. In.: FLEURY, S.; CARVALHO, A. I. de. Verbetes. **INAMPS**. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em:

<<http://www.fgv.br/cpd/doc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/instituto-nacional-de-assistencia-medica-da-previdencia-social-inamps>>. Acesso em: 14 dez. 2020.

FURTADO, C. **Pequena introdução ao desenvolvimento**: um enfoque interdisciplinar. São Paulo: Companhia Nacional, 1982.

GADELHA, C. A. G. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 521–535, 2003.

GADELHA, C. A. G. Os desafios de uma tecnologia que sirva ao humano e não que se sirva do humano. (Entrevista concedida a João Vitor Santos). **Revista do Instituto Humanitas Unisinos**, n. 544, ano XIX, p. 8-15, nov. 2019.

GADELHA, Carlos A. Grabois. O complexo econômico-industrial da Saúde 4.0: por uma visão integrada do desenvolvimento econômico, social e ambiental. **Cadernos do Desenvolvimento**. Rio de Janeiro: Centro Internacional Celso Furtado de Políticas para o Desenvolvimento, v. 16, n. 28, p. 25-49, jan.-abr., 2021.

GADELHA, C. A. G.; COSTA, L. S. A saúde na política nacional de desenvolvimento: um novo olhar sobre os desafios da saúde. In.: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: desenvolvimento, Estado e políticas de saúde. **Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República**, Rio de Janeiro, v. 1, p. 103-132, 2013.

GADELHA, C. A. G. Desenvolvimento e saúde: em busca de uma nova utopia. **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 71, p. 326-327, set/dez., 2007.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. (organizadoras). **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

_____. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

HUAC. Hospital Universitário Alcides Carneiro. **Plano diretor estratégico 2021-2023**. Campina Grande-PB, v. 01, dez., p. 01-62, 2020, Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/huac-ufcg/governanca/gestao-estrategica/documento-pde-huac-revisado.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades**. IBGE, 2021. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/campina-grande/panorama>>. Acesso em: 17 nov. 2020.

KÖCHE, J. C. **Fundamentos de metodologia científica**: teoria da ciência e iniciação à pesquisa. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Metodologia científica**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

LASTRES, H. M. M.; APOLINÁRIO, V.; CASTRO, S.; MATOS, M. Transformações e aprendizados da Covid-19 e a dimensão territorial da saúde: por uma nova geração de políticas públicas para o desenvolvimento. **Cadernos do Desenvolvimento**, Rio de Janeiro: Centro Internacional Celso Furtado de Políticas para o Desenvolvimento, v. 16, n. 28, 2021.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos da metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**: planejamento, execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MARTINS, A. S. **Sociabilidade neoliberal**. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. Dicionário da educação profissional em saúde. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

MATTOS, S. M. N. de. **Conversando sobre metodologia da pesquisa científica [recurso eletrônico]**. Porto Alegre, RS: Editora Fi, 2020.

MÉDICI, A. C. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. **Rev. Assoc. Méd.** São Paulo, v. 47, n. 2, p. 149-56, 2001.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

_____. **Os desafios do SUS**. Brasília, DF: Conass, 2019.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio da pesquisa social**. In: MINAYO, M. C. de S. (org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 28. ed. Rio de Janeiro: Vozes, p. 9-29, 2009.

NEGRI FILHO, A. de.; BARBOSA, Z. O papel dos hospitais nas redes de atenção à saúde - elementos para pensar uma agenda estratégica para o SUS. **Rev. do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde - Consensus**. São Paulo, v. 5, n. 11, abr., maio/jun., 2014.

PAIM, J. S. A reforma sanitária brasileira e o sistema único de saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 625-644, jan. 2007.

_____. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: 2008.

_____. Sistema único de saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, jun. 2018.

PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2020-2023**. Governo do Estado, 2020. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2021/04/PLANOS-ESTADUAL-DE-SAUDE-PB-2020-2023.pdf>>. Acesso: 20 out. 2020.

PARAÍBA. **Infosaude**. Governo do Estado, 2020. Disponível em: <<http://portal.saude.pb.gov.br/infosaude/infremer.php>>. Acesso em: 14 nov. 2020.

PEDONE, L. **Formulação, implementação e avaliação de políticas públicas**. Brasília – Fundação Centro de Formação do Servidor Público – FUNCEP, 1986.

PEREIRA; L. C. B. **Reforma administrativa do sistema de saúde**. In.: COLÓQUIO TÉCNICO PRÉVIO. Reunião do Conselho Diretivo do CLAD. 25. Buenos Aires, 25 de outubro, 1995. Anais... Buenos Aires, 25 de outubro, 1995.

RIZZOTTO, M. L. F. As propostas do banco mundial para as reformas do setor de saúde no Brasil nos anos 1990. **Saúde em Debate**, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde Rio de Janeiro, v. 29, n. 70, maio-agosto, p. 140-147, 2005.

_____. **Neoliberalismo e saúde**. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. Dicionário da educação profissional em saúde. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

SANTOS, N. R. dos. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, jun. 2018.

SANTOS J. L.; LANZONI, G. M.; COSTA, M. F.; DEBETIO, J. O.; SOUSA, L. P.; SANTOS, L. S. et al. Como os hospitais universitários estão enfrentando a pandemia de COVID-19 no Brasil? **Acta Paul Enferm**. São Paulo, v. 33, 2020.

SECCHI, L. **Análise de políticas públicas: diagnóstico de problemas, recomendação de soluções**. São Paulo: Cengage Learning, 2019.

_____. **Políticas públicas conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. São Paulo. Cengage Learning. 2010.

SEN, A. Comportamento econômico e sentimentos morais. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, São Paulo: Marco Zero, n. 25, p. 104-130, 1992.

_____. O desenvolvimento como expansão de capacidades. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**. São Paulo: Marco Zero, n. 28/29, p. 313-334, 1993.

_____. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SILVA, A. J. H. da; **Metodologia da pesquisa: conceitos gerais**. Universidade Aberta do Brasil. UFRGS. Apostila. 2010.

SILVA, G. P. da. **Desenho de pesquisa** - Brasília: Enap, 2018. 119 p. : il.

SOUZA, E. M. de; GRUNDY, E. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, set./out. 2004.

WORLD BANK. **World development report 1993**: Investing in Health. New York: Oxford University Press, 1993. Disponível em: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/5976/9780195208900_fm.pdf>. Acesso em: 20 out. 2020.

APÊNDICES

APÊNDICE A – EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS PARA A CRIAÇÃO DA EBSEH QUE
RESULTOU NA MEDIDA PROVISÓRIA N. 520/2010

Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

EMI nº 00383/2010/MP/MEC

Brasília, 23 de dezembro de 2010.

Excelentíssimo Senhor Presidente da República,

Submetemos à apreciação de Vossa Excelência o Projeto de Lei que autoriza o Poder Executivo a criar a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. - EBSEH.

2. O Projeto em questão propõe uma modelagem jurídico-institucional para a prestação dos serviços administrativos e médico-hospitalares pelos hospitais universitários da administração pública federal, solucionando problemas prementes e criando condições para a melhoria substancial dos padrões de gestão, inclusive pela adoção de instrumentos avançados de controle de resultados e transparência perante a sociedade.

3. Este setor é constituído por 45 hospitais, dentre os quais 44 estruturados como órgãos das universidades federais, sem personalidade jurídica própria, que dispõem de limitada autonomia administrativa para a gestão das suas atividades e serviços. Sua atuação é voltada para o apoio aos programas de ensino e pesquisa das universidades, mas também prestam serviços médico-hospitalares diretamente ao Sistema Único de Saúde - SUS. O setor foi responsável por 39,7 milhões de procedimentos, em 2009.

4. A força de trabalho dos hospitais universitários é composta por 70.373 profissionais, dos quais 26.556 recrutados por intermédio das fundações de apoio das universidades, sob diversos formatos legais: pelo regime celetista (CLT), por contratos de prestação de serviços (terceirização) e outros formatos que caracterizam vínculos precários sob a forma de terceirização irregular.

5. Desde os anos 90, os hospitais universitários expandiram suas atividades sob bases institucionais frágeis e não sustentáveis em longo prazo. A instrumentalização das fundações de apoio para atender a suas necessidades de contratação e gestão da força de trabalho tem sido arranjo amplamente disseminado, acarretando distorções, problemas cumulativos e vulnerabilidade jurídica.

6. Assim, estima-se que muitas destas fundações estejam alimentando um crescente passivo trabalhista por força da utilização de formas precárias de contratação e da conseqüente exposição ao contencioso com órgãos de controle e o Judiciário. Além disso, a convivência entre diferentes regimes de contratação em uma mesma organização acarreta dificuldades de gestão e vulnerabilidade jurídica perante as disposições constitucionais em vigor e a própria estrutura da administração federal. A judicialização da gestão dessas organizações tem sido efeito perverso das distorções e problemas mencionados.

7. A perda da capacidade de planejamento e de contratação de serviços é uma das fragilidades resultantes da dependência estabelecida entre as universidades e suas fundações de apoio, que deveriam atuar de forma complementar e em alinhamento com estratégias e diretrizes estabelecidas no âmbito de cada instituição

e do governo federal. Contudo, o que se verifica é uma indevida delegação de funções chave dessas instituições às fundações de apoio.

8. A proposta de Projeto de Lei em tela contempla uma solução jurídico-institucional sustentável, baseada na adoção do formato de empresa pública para a prestação de serviços e atividades ora fornecidos por intermédio das fundações de apoio. Pela proposição que ora encaminhamos será o Poder Executivo autorizado a criar a EBSEH como empresa pública de prestação de serviços, com a finalidade de apoiar a prestação de serviços médico-hospitalares, laboratoriais e de apoio ao ensino e à pesquisa.

9. A organização como empresa possibilitará a contratação de profissionais sob regime celetista e o estabelecimento de um regime de remuneração e gestão de pessoal compatível com a realidade do setor. Esta é componente fundamental do projeto para permitir a gestão com a necessária autonomia e flexibilidade necessários à prestação de serviços hospitalares. Questão crucial a ser equacionada com a implementação do novo modelo será a regularização da situação criada com a proliferação de contratações irregulares de terceirização de mão de obra.

10. Os servidores públicos atualmente dedicados às atividades específicas dos hospitais universitários manterão o seu vínculo por meio de cessão à empresa, com ônus para esta, preservadas desta forma as equipes que já atuam nestas instituições. Para a imediata instalação da empresa sem descontinuidade, poderão ser recrutados quadros de pessoal celetista por meio de contratação temporária em processo seletivo simplificado, baseado em análise de *curriculum vitae*. Esse mecanismo permitirá o reconhecimento da experiência profissional dos empregados atualmente contratados por fundações de apoio, os quais poderão ser beneficiados pelo reconhecimento dessa experiência quando se submeterem ao processo de recrutamento.

11. O formato empresa pública permitirá uma desejável autonomia financeira, adoção de normas e procedimentos próprios de compras e contratações, contratação de pessoal e regime de remuneração alinhados com o mercado de trabalho. Operando com vários hospitais, terá oportunidade de obter ganhos de escala e especialização nos processos de compras, gestão de processos e pessoas. A empresa estará apta a captar recursos próprios provenientes da prestação de serviços, mediante contrato que estabelecerá metas de desempenho, indicadores e prazos de execução e uma sistemática de acompanhamento e avaliação de resultados.

12. A solução proposta tem como precedente as experiências de autonomia na forma de empresa pública adotadas nos casos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA, empresa pública federal vinculada ao Ministério da Educação - MEC e do Grupo Hospitalar Conceição - GHC, sociedade de economia mista vinculada ao Ministério da Saúde - MS. Trata-se de instituições dotadas de autonomia administrativa e orçamentária, gestão profissionalizada e mecanismos de governança colegiada que promovem a sua inserção estratégica no ambiente de atuação e na administração pública.

13. São estas, Senhor Presidente, as razões que nos levam a submeter a Vossa Excelência a anexa proposta de Projeto de Lei.

Respeitosamente,
Paulo Bernardo Silva
Fernando Haddad

**APÊNDICE B - HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS QUE COMPÕEM A
REDE EBSEERH (2020)**

Nº de ordem	Hospital Universitário	Localização
1	Hospital Universitário de Brasília (HUB-UnB)	Distrito Federal
2	Hospital das Clínicas da UFG (HC-UFG)	Goiás
3	Hospital Universitário Júlio Müller (HUJM-UFMT)	Mato Grosso
4	Hospital Universitário da UFGD (HU-UFGD)	Mato Grosso do Sul
5	HU Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP-UFMS)	Mato Grosso do Sul
6	HU Professor Alberto Antunes (HUPAA-UFAL)	Alagoas
7	Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES-UFBA)	Bahia
8	Maternidade Climério de Oliveira (MCO-UFBA)	Bahia
9	Hospital Universitário Wálter Cantídio (HUWC-UFC)	Ceará
10	Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC-UFC)	Ceará
11	Hospital Universitário da UFMA (HU-UFMA)	Maranhão
12	Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW-UFPB)	Paraíba
13	Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC-UFCE)	Paraíba
14	Hospital Universitário Júlio Bandeira (HUJB-UFCE)	Paraíba
15	Hospital das Clínicas da UFPE (HC-UFPE)	Pernambuco
16	Hospital Universitário da UNIVASF (HU-UNIVASF)	Pernambuco
17	Hospital Universitário da UFPI (HU-UFPI)	Piauí
18	Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB-UFRN)	Rio Grande do Norte
19	Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL-UFRN)	Rio Grande do Norte
20	Maternidade Escola Januário Cicco (MEJC-UFRN)	Rio Grande do Norte
21	Hospital Universitário de Lagarto (HUL-UFS)	Sergipe
22	Hospital Universitário de Sergipe (HUS-UFS)	Sergipe
23	Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV-UFAM)	Amazonas
24	Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB-UFPA)	Pará
25	Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza (HUBFS-UFPA)	Pará
26	Hospital de Doenças Tropicais (HDT-UFT)	Tocantins
27	HU Cassiano Antônio Moraes (HUCAM-UFES)	Espírito Santo
28	Hospital das Clínicas da UFMG (HC-UFMG)	Minas Gerais
29	Hospital de Clínicas de Uberlândia (HCU-UFU)	Minas Gerais
30	Hospital de Clínicas da UFTM (HCU-UFTM)	Minas Gerais
31	Hospital Universitário de Juiz de Fora (HUJF-UFJF)	Minas Gerais
32	Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG-UNIRIO)	Rio de Janeiro
33	Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP-UFF)	Rio de Janeiro
34	HU Professor Horácio Carlos Panepucci (HUPHCPUFSCAR)	São Paulo
35	Complexo Hospital de Clínicas (CHC-UFPR)	Paraná
36	Maternidade Víctor Ferreira do Amaral (MVFA-UFPR)	Paraná
37	Hospital Escola da UFPEL (HE-UFPEL)	Rio Grande do Sul
38	Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM-UFSM)	Rio Grande do Sul
39	HU Doutor Miguel Riet Correa Júnior (HUDMRCJFURG)	Rio Grande do Sul
40	HU Professor Polydoro Ernâni de São Thiago (HUPPESTUFSC)	Santa Catarina

APÊNDICE C - OCUPAÇÃO DOS CARGOS DE CHEFIA NO HUAC POR GÊNERO

CARGO	GÊNERO Masculino (M) Feminino (F)
1.Superintendente	M
2.Ouvidor	M
3.Setor Jurídico	M
4.Setor de Gestão da Informação e Informática	M
5.Unidade de Planejamento	M
6.Auditoria	M
7.Gerência Administrativa	M
8.Setor de Administração	F
9.Unidade de Licitações	F
10.Unidade de Patrimônio	F
11.Unidade de Contratos	M
12.Unidade de Compras	F
13.Setor de Orçamento e Finanças	M
14.Unidade de Pagamento da Despesa	M
15.Unidade de Programação Orçamentária e Financeira	M
16.Unidade de Liquidação da Despesa	M
17.Divisão de Gestão de Pessoas	M
18.Setor de Infraestrutura Física	M
19.Unidade de Engenharia Clínica	M
20.Setor de Logística	F
21.Unidade de Abastecimento	M
22.Unidade de Hotelaria	F
23.Gerência de Atenção à Saúde	M
24.Divisão de Enfermagem	F
25.Divisão de Gestão do Cuidado	F
26.Unidade de Atenção à Saúde da Mulher	F
27.Unidade do Sistema Cardiovascular	F
28.Unidade do Sistema Urinário	F
29.Unidade Neuro-Músculo esquelético	F
30.Unidade de Clínica Médica	F
31.Unidade de Atenção à Saúde da Criança e Adolescente	F
32.Unidade de Atenção Psicossocial	F
33.Unidade de Hematologia e Oncologia	M
34.Divisão Médica	M
35.Unidade de Laboratório de Análises Clínicas e Patológicas	F
36.Unidade de Bloco Cirúrgico	F
37.Unidade de Diagnóstico por Imagem	F
38.Unidade de Cuidados Intensivos e semi-intensivos Adulto	M
39.Unidade de Cuidados Intensivos e Semi-Intensivos Pediátricos e Neonatais	M
40.Unidade de Nutrição Clínica	F
41.Unidade de Reabilitação	M
42.Setor de Farmácia Hospitalar	F
43.Unidade de Abastecimento e Dispensação Farmacêutica	F
44.Unidade de Regulação Assistencial	F
45.Unidade de Monitoramento e Avaliação	M
46.Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente	F
47.Gerente de Ensino e Pesquisa	M