



**Universidade Nacional de Brasília – UNB**  
**Programa Nacional de Formação em Administração Pública – PNAP**  
**Bacharelado em Administração Pública**

**ADRIANA DE LIMA SOUTO**

**ANÁLISE CONJUNTURAL SOBRE INICIATIVA DO  
GOVERNO FEDERAL PARA RECUPERAÇÃO DA REDE DE  
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS: ESTUDO DE  
CASO SOBRE O CONTRATO ENTRE EBSEH E UNB PARA  
GESTÃO DO HUB.**

**Brasília-DF**  
**2015**

**ADRIANA DE LIMA SOUTO**

**ANÁLISE CONJUNTURAL SOBRE INICIATIVA DO  
GOVERNO FEDERAL PARA RECUPERAÇÃO DA REDE DE  
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS: ESTUDO DE  
CASO SOBRE O CONTRATO ENTRE EBSEH E UNB PARA  
GESTÃO DO HUB.**

Monografia apresentada à Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciências da Informação e Documentação, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Administração Pública, na modalidade à distância, pela Universidade Nacional de Brasília, sob orientação do professor:

Orientador: Atila Rabelo

**Brasília-DF**

**2015**

**ADRIANA DE LIMA SOUTO**

**ANÁLISE CONJUNTURAL SOBRE INICIATIVA DO  
GOVERNO FEDERAL PARA RECUPERAÇÃO DA REDE DE  
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS: ESTUDO DE  
CASO SOBRE O CONTRATO ENTRE EBSEH E UNB PARA  
GESTÃO DO HUB.**

A comissão examinadora, abaixo identificada, aprova o Trabalho de Conclusão de Curso em Administração Pública, da Universidade Nacional de Brasília, da aluna:

Adriana de Lima Souto

**Banca Examinadora:**

---

Prof. Atila Rabelo (Orientador)  
UAB-UNB

---

Prof. Ronni Amorim (Examinador)  
UAB-UNB

**Brasília, 21 de Junho de 2015.**

Em memória à minha mãe (Saudades!), que me amou incondicionalmente e sonhou com minha formação e sucesso. Também dedico ao meu pai e irmã, que sempre me apoiaram. Aos demais membros da família, que (também) me mostraram o significado da palavra amor. Ao meu professor orientador, sempre prestativo e proficiente. Aos gestores que entrevistei, gentis por me atender. Aos meus sobrinhos e sobrinhas, todos lindos da titia. Aos que não citei, mas me apoiaram em algum momento. E como não poderia deixar de ser, eu agradeço ao Criador, Bendito Seja Ele! Por me ajudar, proteger e guiar desde sempre.

“A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990.

## RESUMO

Recentemente, uma série de conferências, em diversos países, discutiu a realidade dos Hospitais Escola; destacando a importância destas instituições para a assistência em média e alta complexidade e para o ensino e pesquisa. Constatou-se que estes hospitais enfrentam um cenário de crise, requerendo algumas medidas, dentre as quais, uma modernização de sua gestão. No Brasil foi feito um diagnóstico dos Hospitais vinculados às Universidades Federais, o qual mostrou uma série de problemas, que podem comprometer a formação profissional em saúde. Essa realidade levou o Governo Federal a adotar algumas medidas, dentre as quais a criação do programa REHUF e da EBSEH. Em Brasília, o Hospital Escola da UNB chegou a desativar leitos, em decorrência da falta de funcionários, de insumos, além de outros problemas. Assim, em 2013, a Universidade decidiu contratar a empresa, para tentar sanar a situação. A primeira medida foi a elaboração de um Plano de Reestruturação, que deveria detalhar as medidas necessárias à recuperação do HUB. A par disso, o presente estudo de caso exploratório buscou mensurar os resultados desse contrato, ao analisar as intervenções de curto e médio prazo, realizadas no hospital. Tais intervenções merecem destaque, por fornecer subsídios ao planejamento, gestão e formulação de futuras intervenções no hospital, bem como, por oferecer aporte a uma futura avaliação, que abarque os demais HUF filiados à EBSEH. Notou-se que o modelo jurídico da empresa permitiu a flexibilização de processos gerenciais, representando uma tendência na administração pública contemporânea, de trazer para o setor público, elementos característicos do setor privado, visando otimização dos serviços. Após uma série de entrevistas com gestores da EBSEH e do HUB, além de consulta documental, foi possível identificar algumas inovações gerenciais, que propiciam progressos em diversas áreas do hospital. A conclusão da pesquisa mostrou que a empresa tem obtido sucesso na gestão do HUB, fato que se prova pelas obras de reformas concluídas, renovação do parque tecnológico e substituição do quadro de funcionários precarizados.

-----

Palavras-chave: Modelos de Administração Pública, Parceria Público-Privada, Hospitais Universitários, REHUF, EBSEH.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Forças HUB-----	84
Quadro 2 – Fraquezas HUB-----	85
Quadro 3 – Oportunidades HUB-----	85
Quadro 4 – Ameaças HUB-----	86
Quadro 5 – Matriz <i>SWOT</i> do HUB-----	87
Quadro 6 – <i>Brainstorming</i> de Macroproblemas-----	88
Quadro 7 – Nós Críticos -----	88
Quadro 8 – Diagrama Situacional do HUB -----	90
Quadro 9 – Ações Estratégicas -----	91
Quadro 10 – Relação de Leitos (2012) -----	92
Quadro 11 – Ações Estratégicas (2013) -----	93
Quadro 12 – Ampliação de Leitos (2014) -----	93
Quadro 13 – Ampliação de Leitos (2015-2016) -----	94
Quadro 14 – Relação de Obras (2015-2016) -----	101

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Relação de Convocados e Efetivados-----96

Tabela 2 – Relação de Equipamentos Adquiridos-----105

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Aderência do Hospital por Modelo de Referência -----82

Figura2 – Análise de *Gaps* -----83

Figura3 – Força de Trabalho do HUB -----98

## SIGLAS E ABREVIATURAS

ABRAHUE: Associação Brasileira dos Hospitais Universitários e de Ensino

ABONG: Associação Brasileira de Organizações Não Governamentais

ANDES: Associação Nacional dos Docentes do Ensino Superior

ANDIFES: Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior

ADIN: Ação Direta de Inconstitucionalidade

CF: Constituição Federal

CGU: Coordenadoria Geral da União

CLT: Consolidação das Leis do Trabalho

CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CONSUNI: Conselho Superior Universitário

DATASUS: Departamento de Informática do SUS

DF: Distrito Federal

EBSERH: Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

FASUBRA: Federação dos Sindicatos dos Trabalhadores das Universidades Públicas Brasileiras

FEDP: Fundações Estatais de Direito Privado

FENASPS: Federação Nacional dos Sindicatos de Trabalhadores em Saúde

FHC: Fernando Henrique Cardoso

FIDEPS: Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde

FINEP: Financiadora de Estudos e Projetos

FUB: Fundação Universidade de Brasília

GIFE: Grupo de Institutos, Fundações e Empresas

HCPA: Hospital das Clínicas de Porto Alegre

HDA: Hospital Docente Assistencial

HDFPM: Hospital do Distrito Federal Presidente Médici

HSU: Hospital dos Servidores da União

HUB: Hospital Universitário de Brasília

HUE: Hospitais Universitários e de Ensino

HUF: Hospitais Universitários Federais

HUE: Hospitais Universitários/Escola

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IFES: Instituições Federais de Ensino Superior

INAMPS: Instituto Nacional da Assistência Médica e Previdência Social

IPASE: Instituto de Pensões e Aposentadoria dos Serviços do Estado

IPEA: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

MARE: Ministério da Administração e Reforma do Estado

MBA: *Master of Business Administration*

MCT: Ministério da Ciência e Tecnologia

MEC: Ministério da Educação

MPOG: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão

MS: Ministério da Saúde

OMS: Organização Mundial da Saúde

ONGs: Organizações não governamentais

OSCIP: Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público

OS: Organizações Sociais

PDE: Plano Diretor Estratégico

PDRAE: Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado

PGU: Procuradoria-Geral da República

PPP: Parcerias Público-Privadas

REHUF: Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais

REUNI: Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais

RJU: Regime Jurídico Único

RNP: Rede Nacional de Ensino e Pesquisa

RUTE: Rede Universitária de Telemedicina

SES: Secretaria de Estado de Saúde

SIG: *Special Interest Group*

STF: Supremo Tribunal Federal

SUS: Sistema Único de Saúde

SWOT: *Strengths Weaknesses Opportunities Threats*

TCU: Tribunal de Contas da União

TQM: *Total Quality Management*

UFRJ: Universidade Federal do Rio de Janeiro

UNB: Universidade Nacional de Brasília

UTI: Unidade de Terapia Intensiva

## Sumário

1. Introdução.....	14
1.1. Contextualização.....	18
1.2. Objetivos .....	19
1.2.1. Objetivo Geral.....	19
1.2.2. Objetivos Específicos .....	19
1.3. Justificativa.....	20
2. Referencial Teórico.....	22
2.1. Da Administração Pública Burocrática à Gerencial .....	23
2.2. Parcerias entre o Estado e o Setor Privado .....	27
2.2.1. Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) .....	29
2.2.2. Organizações Sociais (OS) .....	32
2.2.3. Parcerias Público-Privadas (PPP) .....	34
2.3. Conceitos pertinentes à Efetividade .....	37
2.3.1. Eficiência .....	38
2.3.2. Eficácia .....	39
2.3.3. Efetividade.....	42
2.4. Conceitos Gerais.....	44
2.4.1. Hospital.....	44
2.4.2. Hospitais de Ensino (HE) e Hospitais Universitários (HU).....	45
2.5. Quadro Histórico .....	47
2.5.1. Marcos Históricos que justificam a criação da EBSEPH .....	47
2.5.2. Breve Histórico - Hospital Universitário de Brasília.....	50
2.6. Crise nos Hospitais Universitários.....	57
3. Metodologia .....	64
3.1. Tipo e Técnicas de Pesquisa .....	64
3.1.1. Pesquisa do Tipo Exploratória.....	64
3.1.2. Forma de Pesquisa Qualitativa.....	66
3.1.3. Estudo de Caso Simples .....	68
3.1.4. Entrevista Semiestruturada .....	69
3.1.5. Pesquisa Documental.....	71
3.2. Caracterização da Organização Pesquisada .....	72
3.2.1. EBSEPH.....	72
3.2.2. Hospital Universitário de Brasília (HUB).....	76

3.2.3. Caracterização do Contrato.....	78
3.3. Seleção dos Participantes.....	80
3.3.1. Perfil Biográfico e Profissiográfico dos Entrevistados.....	81
3.4. Procedimentos de Coleta de Dados.....	82
3.5. Análise dos Dados Coletados .....	84
3.6. Limitações do Estudo.....	86
4. Discussão dos Resultados.....	87
4.1. Diagnóstico do HUB.....	87
4.2. Análise - Efetividade da EBSEH.....	96
4.3. Desafios Atuais .....	112
4.4. Contrapondo o argumento da Privatização .....	116
5. Considerações Finais .....	120
Referencial Bibliográfico-----	126
Anexos-----	135
Apêndice-----	156

## 1. Introdução

Inaugurado em caráter experimental, durante o regime militar em 1972, o Hospital dos Servidores da União (HSU), depois intitulado Hospital do Distrito Federal Presidente Médici (HDFPM), só foi reconhecido como Hospital Escola da Universidade Nacional de Brasília (UNB) 18 anos mais tarde, quando foi cedido, pelo Instituto Nacional de Previdência Médica e Assistência Social (INAMPS) à Universidade (SILVA, 2012, p. 51).

Desde então, o HUB conseguiu, com muita dificuldade, manter-se como um centro especializado em prestação de serviços e de formação de profissionais de saúde; tendo inclusive que sobreviver ao processo de perda progressiva do quadro de funcionários do antigo INAMPS, além de enfrentar a falta de reposição dos postos de trabalho por aposentadorias ou por abandono relacionado aos baixos salários. Outro fator, que dificultou a manutenção deste hospital ao longo de 43 anos de existência, foi o financiamento oscilante para o desenvolvimento de suas atividades. Antes de 2005 não havia um Termo de Compromisso assinado com o Sistema Único de Saúde, definindo o teto financeiro para o HUB; ao contrário disso, o financiamento era subordinado às relações estabelecidas de modo informal com o gestor local do SUS (SILVA, 2012, p. 51).

Além disso, outros problemas caracterizavam a instituição como mais um hospital da rede pública de saúde, em estado de precariedade, tanto no que se refere à estrutura física e tecnológica, como no quadro funcional e gerencial, que fez parte da rotina vivenciada pelos pacientes e profissionais do HUB, ao longo dos anos, inclusive com enfermos sendo atendidos no chão (ROMERO, 2010, p. 01).

É notório, no entanto, que esse cenário de dificuldades não é exclusividade do HU da Capital Federal. Os demais Hospitais Escola do Brasil (aqueles que são vinculados às Instituições Federais de Ensino Superior) enfrentam um quadro semelhante, e que não destoa do cenário geral da saúde pública brasileira, há muito tempo caracterizada pelas estatísticas, como frágil e decadente. Análogo a isso,

Behring (2003, p. 113-123, 176-183) aponta para a extensão que essa crise dos HUF alcança. Acerca do assunto, o autor enfatiza que as discussões sobre as necessidades de mudança na gestão dos Hospitais Universitários ocorrem na quase totalidade dos países do mundo e estão relacionadas ao processo de contrarreformas nas políticas sociais implementadas nestes Estados. Médici (2001, p. 149) complementa a asserção ao frisar que, essas discussões estão apenas começando, mesmo nos países desenvolvidos.

O tema adquire especial conotação, no Brasil, dado que os Hospitais Universitários Federais destacam-se como instituições de elevada importância para a rede de saúde pública. Isso por que:

Entre as questões que se colocam como desafios para o desenvolvimento do SUS, podemos destacar a formação de profissionais de saúde [...]; a pesquisa, o desenvolvimento de novas técnicas, procedimentos e terapias, [...] e a garantia do acesso da população aos cuidados de alta complexidade (BARATA et al., 2010, p.07).

Face à importância destes hospitais para a rede, em 2003, um movimento liderado pela Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE), e pela Frente Parlamentar da Saúde, após sucessivas audiências públicas, criou uma Comissão Interinstitucional responsável por avaliar e diagnosticar a real situação dos Hospitais Universitários e de Ensino do país (HUE). O que se pretendeu a seguir foi uma reorientação e/ou formulação de uma política nacional para o setor (LAMPERT et al., 2013, p. 155).

O resultado da Comissão Interinstitucional apontou para um quadro de intenso desequilíbrio, nos custos de operação destas instituições; onde, segundo os próprios dados do Ministério da Educação (MEC):

Apenas os HU Federais acumulam, por ano, um déficit total de 30 milhões, entre o que é produzido e o que é pago, [...] levando a uma dívida acumulada de 425 milhões de reais, mais do que todo recurso do Banco Mundial para o REHUF (CISLAGHI, 2010, p. 03).

Há ainda a precarização da força de trabalho, dada a falta histórica de reposição de pessoal, através de concursos públicos. Isso torna difícil a assistência, que somada ao déficit na tabela de procedimentos e de financiamento, mais a

gestão engessada da fundação pública; lembrando que as fundações de direito público são espécie do gênero autarquia, aplicando-se a elas as mesmas normas, direitos e restrições referentes às autarquias, isto é, dentre as suas limitações está a reduzida (quase inexistente) flexibilização organizacional; tem-se então, como resultado dessa somatória de problemas, um quadro de intensa e duradoura crise, que acomete os Hospitais Universitários Federais; “situação denunciada desde o início dos anos 2000 por associações de gestores como a ANDIFES e a própria ABRAHUE” (CISLAGHI, 2010, p. 05). Para Lima (2004, p. 63) permanece a situação crônica [...], que “assume múltiplas dimensões: a organizacional, a do ensino, a assistencial, a política, a financeira e a social”.

Na opinião dos dirigentes da ANDIFES, havia necessidade de um novo modelo de gestão, embora não houvesse consenso sobre qual. Neste sentido alguns caminhos foram apontados; entre eles, a criação de uma empresa pública, nos moldes do Hospital das Clínicas de Porto Alegre (HCPA), que acabou sendo escolhido; mas havia também as opções: autarquia, organizações sociais (o modelo de São Paulo), oficialização das fundações de apoio, através de mudanças na Lei das Fundações, transformação das atuais fundações em OSCIPs, etc. Em todo caso, segundo Cislaghi (2010, p. 03), seja qual for o eventual modelo adotado, ele só será factível, se tiver, a sua disposição, novos recursos orçamentários (dotação orçamentária), isto é, mais verba, prevista para consecução de sua despesa de operação, conforme expressa na Lei Orçamentária Anual.

Diante dessa realidade, o Governo Federal vem adotando uma agenda de reformas para o setor. Exemplo disso foi o estabelecimento das bases para o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino (HE), através da portaria interministerial MEC/MS nº 1.063 de maio de 2004. Outras medidas afins se seguiram, na tentativa de recuperar os hospitais vinculados às Universidades Federais. É o caso do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), instituído pelo Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010, e a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) em 2011, por meio da Lei nº 12.550 (BRASIL, 2011).

O REHUF pretende criar condições materiais e institucionais para que os HUF possam desempenhar plenamente suas funções em relação às dimensões de ensino, pesquisa, extensão e de assistência, à saúde da população. A EBSEH - Empresa Pública vinculada ao Ministério da Educação - passa a ser o órgão responsável pela gestão do programa e, por meio de contrato firmado com as Universidades Federais (que assim optarem), poderá também, atuar no sentido de modernizar a gestão dos Hospitais Universitários Federais (BRASIL, 2011).

É discrepante, no entanto, conforme ressalta Granemann (2007, apud SODRÉ et al., 2013, p. 08), “que essas saídas são nossas velhas conhecidas (desde o início dos anos 1990), isto é, soluções gerenciais e administrativas para um problema social”. Diante desse contexto, e a despeito da crítica de Sodré, bem como das dúvidas que hoje permeiam o imaginário de vários profissionais de saúde dos HUF - medo de uma possível privatização da saúde pública - esse trabalho pretende examinar a atuação da EBSEH sobre o Hospital Universitário de Brasília, com o interesse último de descobrir se a empresa é efetiva em gerir os Hospitais Universitários Federais vinculados a ela.

Consoante ao objetivo traçado, o presente estudo de caso está organizado em cinco partes. A primeira, composta desta introdução, buscou traçar, em linhas gerais, o objetivo desse estudo. A segunda parte apresenta uma revisão da literatura, com temas especialmente selecionados para dar consistência, fundamentar o estudo, demonstrando que a pesquisadora tem conhecimento suficiente, em relação à temática e às tradições teóricas que apoiam e norteiam a pesquisa.

A terceira parte da monografia detalha a metodologia utilizada, explicando como a pesquisa foi realizada e quais métodos foram aplicados no tratamento dos dados coletados, bem como os motivos destas opções. Neste quesito, adianta-se que a pesquisa é exploratória e tem natureza (forma) qualitativa. Utilizou-se como estratégia de investigação um estudo de caso simples, com intuito de explorar o tema, que é muito recente e, portanto, carente de maiores investigações. A quarta parte deste trabalho apresenta a análise da gestão centralizada da EBSEH sobre o Hospital Universitário de Brasília.

Pretende-se, com isso, ampliar as discussões a respeito da modalidade de gestão que mais se aproxima da proposta do programa REHUF. Por fim, a quinta parte encerra o estudo de caso com uma apresentação das considerações finais da pesquisadora, através de um resumo das principais conclusões apresentadas.

### **1.1. Contextualização**

Em janeiro de 2013, em decorrência da identificação de problemas críticos, que comprometiam o funcionamento e a gestão do Hospital Universitário de Brasília, foi elaborada uma parceria entre a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e a Universidade Nacional de Brasília (UNB), que resultou na elaboração de um Plano de Reestruturação (2013), cujas ações estratégicas representaram intervenções de curto prazo, oportunizando, ao HUB, a possibilidade de resolver algumas de suas condições críticas no tocante à estrutura física, tecnológica e de recursos humanos. Diante disso, o problema de pesquisa aborda o impacto da gestão do Hospital Universitário de Brasília por uma entidade pública com personalidade jurídica de direito privado.

A pergunta, que se pretende fazer é: esse modelo de gestão é efetivo em criar condições materiais e institucionais para que o HUB possa desempenhar plenamente suas funções em relação às dimensões de ensino, pesquisa e extensão, além de assistência à saúde da população? Desse modo, busca-se também responder à questão: a EBSERH representa uma alternativa efetiva para viabilizar a reestruturação e revitalização dos Hospitais Universitários Federais?

Ao versar sobre as metas e ações que visam o alcance do padrão desejado para os HUF, algumas questões - adicionais - tiveram de ser levantadas, dentre as quais, buscou-se saber: a) quais as implicações da inserção de elementos do setor privado na administração de um Hospital Universitário Federal? b) esse formato de empresa pública é sustentável em longo prazo? c) pode-se considerá-lo como um movimento, ainda que discreto, no sentido de privatizar a saúde pública? d) um

modelo de gestão centralizado via sociedade anônima de direito privado, trouxe algum diferencial em relação ao formato de fundação pública, diante da missão de garantir o alcance das diretrizes programadas pelo REHUF?

## **1.2. Objetivos**

### **1.2.1. Objetivo Geral**

Esta pesquisa investiga a gestão da EBSEH sobre o HUB, no sentido de analisar se houve algum incremento ou ganho de efetividade em relação à gestão anterior - por meio de fundação pública - face às diretrizes do programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF).

### **1.2.2. Objetivos Específicos**

- a) Investigar se o modelo de gestão baseado em sociedade anônima de direito privado (EBSEH) proporciona melhoria na capacidade assistencial do HUB, com foco em: adequação da estrutura física; recuperação e modernização do parque tecnológico e reestruturação do quadro de recursos humanos;
- b) Identificar conceitos gerais no sentido de contribuir para a avaliação proposta;
- c) Descrever as características que diferenciam a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares de outras modalidades de gestão, e, por conseguinte, indicar os motivos que levaram a opção por este modelo em detrimento de outras abordagens viáveis;
- d) Analisar a efetividade da EBSEH em gerir o programa REHUF;
- e) Identificar aspectos que ofereceram sustentação ao programa de reestruturação dos Hospitais Universitários Federais.

### 1.3. Justificativa

Face à importância dos Hospitais Universitários Federais (HUF) para a formação profissional e assistência à saúde da população, em média e alta complexidade, a pesquisa propõe uma análise da atuação da EBSEH dentro do HUB, e em última instância, uma ampliação das discussões acerca das medidas adotadas pelo Governo Federal para a reestruturação e revitalização do HUF. A temática se justifica dada a crise vivida pela gestão destes hospitais, ocasionada por questões administrativas, de recursos humanos e de financiamento.

Pressupondo que as necessidades advindas do setor de saúde resultam de uma complexa cadeia de múltiplos determinantes de cunho social, político, econômico e organizacional, optou-se por uma didática com redução de escopo, delimitando-se, portanto, a abordar o contexto do Hospital Universitário mantido pela Universidade Nacional de Brasília (UNB), que hoje é gerido de forma centralizada pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH), conforme contrato assinado em 2013.

Sabe-se que, muito antes destas medidas, o Governo Federal incentivou a criação das fundações estatais de direito privado, como uma solução viável para a gestão dos HUF; isso porque, as fundações detêm maior flexibilidade e autonomia do que as atuais autarquias e fundações públicas de direito público. Dito isso, embora as “entidades que se articulam na defesa do projeto histórico do SUS, [...] tenham rejeitado a proposta, ela permanece latente na conjuntura neoliberal, com a intenção de repasse da área social ao mercado” (DRAGO 2011, p. 107). E é nesse contexto que foi criada a EBSEH - empresa pública estatal - com a mesma pretensão de maior flexibilidade e autonomia do que, as atuais autarquias e fundações públicas de direito público.

Neste ponto, dado que alguns movimentos sociais têm acusado o governo de tentar privatizar a saúde pública, questiona-se: como pode a EBSEH ser entendida como um movimento de privatização da saúde, uma vez que compõe categoria jurídica da administração pública, sendo um ente que a integra e que se sujeita ao

Estado, com capital, cem por cento (100%) público, com obrigação de fornecer serviço gratuito à população, e sob proibição de vendê-los aos convênios, além da imposição de seguir as leis que regem o serviço público, referentes à contratação de pessoal mediante concurso público, compras segundo a lei de licitação, e demais fatores como o controle interno e externo, e a submissão aos princípios da administração pública? Seria essa herança - do governo Lula - o que Sodré et al. (2013, p. 371) denominaram de “o legado das Fundações Estatais de Direito Privado, ainda que sob nova roupagem?” Seria isso, um pretexto do governo, ou uma forma de agir “lenta, menos aguerrida e mais tímida, para evitar abrir um diálogo com a sociedade, a respeito da pretendida privatização da saúde?” (SODRÉ et al., 2013, p. 372).

Frente a isso, a pesquisa busca descrever essa modelagem jurídico-institucional, que vai de encontro aos conflitos existentes em torno da gestão dos HUF, sob a justificativa de maior autonomia no uso dos recursos, legalização dos contratos de trabalho e aprimoramento do processo de gestão das instituições de ensino e de saúde. E uma vez que a finalidade da empresa, em questão, é apoiar a prestação de serviços médico-hospitalares, laboratoriais e de apoio ao ensino e à pesquisa, em que o público beneficiado é a sociedade civil, é natural que se questione a efetividade de suas ações, bem como a sustentabilidade da empresa em longo prazo. Portanto, o trabalho deve contribuir para analisar estas questões, utilizando como via de mensuração o HUB, permitindo uma posterior adequação de procedimentos para o alcance das diretrizes estabelecidas para sua otimização.

## 2. Referencial Teórico

A partir deste ponto, seguindo um paradigma universal exigido pelo método científico; procede-se uma revisão da literatura, no sentido de verificar o 'estado da arte' sobre o tema tratado. A importância disso está no fato de o referencial teórico ser o grande responsável por fundamentar (dar consistência), isto é, embasar todo o estudo, demonstrando que a pesquisadora tem conhecimento suficiente em relação à temática e as tradições teóricas que apoiam e norteiam a pesquisa.

Dito isso, são abordados os temas: modelos de administração pública, que compõem um cenário de reformulação da gestão estatal; a tendente formação de parcerias público-privadas, no sentido de aperfeiçoar a gestão pública e desonerar o Estado. Note que, os pressupostos destas parcerias incidem sobre os motivos que, levaram o Governo Federal a criar uma empresa com personalidade jurídica de direito privado, para gerir o REHUF, e assim sanear os HUF de todo Brasil.

Aludiu-se ainda, à privatização, que merece destaque, por suscitar tanta controvérsia, além de estar ligada ao tema da pesquisa. Os conceitos pertinentes à efetividade foram apresentados, sem o qual seria obscuro o entendimento acerca dos resultados da análise proposta. Neste ponto, deve-se ressaltar a relevância dos termos eficiência, eficácia e efetividade para os novos padrões de gestão calcados no gerencialismo, e que tem na aplicação de elementos do setor privado em âmbito público, um meio a fim de melhor satisfazer os interesses sociais.

Algumas definições básicas, como o conceito de Hospital Escola, ficaram patentes; lembrando que estas instituições diferem em alguns aspectos dos demais hospitais da rede, requerendo portanto, adequações de gestão, inclusive segundo cada contexto, respeitando as diferenças regionais.

Por fim, aborda-se resumidamente a histórica da instituição hospitalar, e, por conseguinte dos hospitais-escola - conforme suplemento do apêndice 'C' - no sentido de realçar a premissa que caracteriza essas instituições como organizações

em constante transformação. Isso nos remete à conclusão de que, estas organizações são estruturas inacabadas, porque representam a complexidade humana, que se desenvolve muito lentamente ao longo dos séculos, visando à plena satisfação de suas necessidades. E neste sentido, não podemos esperar soluções milagrosas, para a crise vivida nos HUF; e sim, devemos buscar compreender o contexto e as inovações disponíveis, no sentido de valorizá-las, incrementá-las e utilizá-las em benefício social.

Complementou-se o referencial teórico com um quadro histórico do HUB, que ‘deságua’ no atual estágio de problemas e mudanças gerenciais, operacionados segundo um padrão de modernização da administração pública mundial. Também foi feita menção aos marcos históricos que justificaram a criação da EBSEH, com intuito de contextualizar a organização analisada; e por fim, retratou-se o cenário de crise vivido pelos Hospitais Universitários no mundo, que é similar à realidade brasileira, justificando cada medida adotada pelo Governo Federal, no sentido de otimizar estas instituições.

Do quadro histórico da instituição hospitalar, brotou a seguinte reflexão: devemos esperar por fórmulas mágicas capazes de produzir um modelo gerencial de Estado, que seja livre de imperfeições, e que resulte em hospitais completos (perfeitos), uma vez que as instituições humanas evoluem apenas à medida que a civilizações evoluem, na exata medida da evolução do homem?

## **2.1. Da Administração Pública Burocrática à Gerencial**

No passado, a administração pública formal, baseada em princípios racional-burocráticos, representou um grande avanço no enfrentamento de problemas como patrimonialismo, clientelismo e nepotismo, característicos da gestão pública do Estado colonial. Mas, em tempos recentes, com as crises do petróleo, desencadeadas na década de 70, e a partir do movimento neoliberal; o modelo burocrático começou a ser questionado, quanto à capacidade em solucionar estes

problemas, além de tantos outros que, em alguns casos, ainda persistem e precisam ser extirpados da gestão pública brasileira.

Note que, mesmo com a ascensão da burocracia, o sociólogo alemão Max Weber - pai da teoria - notou que haviam algumas fragilidades no modelo, dentre elas: o apego excessivo às normas, empregadas muitas das vezes, como fim em si mesma, em vez de serem utilizadas como ferramentas de trabalho. Essa inflexibilidade produziu funcionários alienados quanto aos propósitos do serviço público, sem criatividade, sem iniciativa e resistentes a qualquer alteração em suas rotinas. O Problema da burocracia - continua Weber - é político e não social, pois, entre resolver um problema e seguir uma norma, o burocrata comumente opta por seguir a norma. Tais disfunções trouxeram lentidão aos procedimentos da administração pública, resultando na ineficiência, no conservantismo e tecnicismo (CARVALHO, 2010, p. 03).

Então, deduz-se que, parte da desilusão, com esse modelo, deveu-se ao fato de ele ter sua base em padrões hierárquicos rígidos, na total separação entre o público e o privado, além de uma forte ênfase em atividades-meio, com controle de processos, ao invés de primar pelos resultados. Essa configuração gerencial, vagarosa e ineficiente, acabou sendo pressionada pela globalização, pela crise do capitalismo e pelas constantes mudanças no quadro político e econômico do Brasil. Face às disfunções desse estilo organizacional, a administração pública, em evolução, precisou reformular seus processos, inserindo em tempos recentes, um novo padrão, conhecido como *managerialism*, gerencialismo ou administração pública gerencial (CASTRO, 2006, 01).

Nesse âmbito, os países latino-americanos, que já enfrentavam um cenário de dificuldades, em inserir-se, de forma dinâmica, nessa nova ordem, acabaram por entrar numa fase de estagnação e instabilidade econômica, marcada por forte vulnerabilidade externa (CORSI, 2015, p. 02). No Brasil, não foi diferente, em razão dos modelos de desenvolvimento adotados pelos Governos anteriores, e que levaram o Estado a se desviar de suas funções básicas para ampliar sua presença no setor produtivo, acarretando em gradual deterioração dos serviços públicos, no agravamento da crise fiscal e, por conseguinte, na alta da inflação.

A par disso, uma reforma do aparelho do Estado se mostrava urgente, com o intuito de alcançar a estabilização e assegurar o crescimento sustentado da economia. Foi quando surgiram discussões em torno dos objetivos e diretrizes, para a reforma da gestão pública brasileira, resultando na criação do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, aprovado em 21 de setembro de 1995. O Plano “buscou criar condições para a reconstrução da gestão pública em bases modernas e racionais” (BRASIL, 1995, p. 06). Assim, teve início uma adesão de padrões gerenciais, na gestão estatal, com modelos de avaliação de desempenho, novas formas de controlar o orçamento e serviços públicos direcionados às preferências dos ‘consumidores-cidadãos’; que é quem legitima de fato estas instituições. Segundo publicação no caderno do MARE (1998, p. 7):

O objetivo central é o de reforçar a governança, mediante transição programada, de um tipo de administração pública burocrática, rígida e ineficiente, voltada para si própria e para o controle interno, para uma administração pública gerencial, flexível e eficiente, voltada para o atendimento do cidadão.

Em suma: a administração gerencial repousa em elementos como as descentralizações política e administrativa, na instituição de formatos organizacionais com poucos níveis hierárquicos, na flexibilidade organizacional, controle de resultados, ao invés de controle de processos administrativos, na adoção de confiança limitada, no lugar de desconfiança total, em relação aos funcionários e dirigentes e, por último, numa administração voltada para o atendimento do cidadão e portanto, aberta ao controle social.

Deve-se frisar, no entanto, que essas transformações [ainda em curso] apontam para uma pluralidade de concepções organizacionais, que ultrapassam o mero gerencialismo, de modo que, não existe um paradigma global capaz de responder, tal qual uma ‘receita de bolo’, a todos os problemas enfrentados; seja face ao modelo burocrático weberiano, ainda presente e paralelo aos novos modelos praticados, seja pelos novos desafios que se impõe a cada novo paradigma

adotado. É o que confirma Abrucio (1997), ao enfatizar que o *managerialism* já não se limita ao mecanismo para reduzir o papel do Estado, mas:

Acoplou-se, dentro de um processo de defesa da modernização do setor público, a conceitos como busca contínua da qualidade, descentralização e avaliação dos serviços públicos pelos consumidores/cidadãos [...] Portanto, há atualmente, mais de um modelo gerencial [...], [há] diversas respostas à crise do modelo burocrático weberiano, todas defendendo a necessidade de se criar um novo paradigma organizacional (ABRUCIO, 1997, p. 12).

Um dos pontos centrais do modelo gerencial é a recuperação do conceito de efetividade, noção de que o governo deve, acima de tudo, prestar bons serviços. Outras das proposições contidas na cartilha desse modelo, cuja lógica de produtividade advém do setor privado, são: o corte de gastos, o aumento da eficiência, etc.

Apesar de substituir o modelo anterior, a administração gerencial teria como apoio a própria administração burocrática, conservando alguns dos seus princípios, embora flexibilizados, mas teria como fundamentos a admissão segundo critérios rígidos de mérito, um sistema estruturado e universal de remuneração, carreiras, avaliação de desempenho, realizada constantemente, e treinamento sistemático (MAFRA, 2015, p. 02).

Temos aqui, uma breve exposição de um paradigma, que trouxe mudanças de grande vulto, até hoje sentidas e debatidas na sociedade, e que deverá passar (e isso já ocorre há algum tempo) por uma remodelagem, que impulse a administração pública a adotar medidas voltadas aos anseios dos clientes/consumidores. Neste sentido Matias-Pereira (2008) testifica que:

O marco referencial da nova administração pública é estimular no servidor público uma disposição e competência, necessários ao atendimento das demandas sociais e, nesse esforço, [deve-se] procurar rever a forma de prestação dos serviços ao público, buscando maior eficiência, eficácia e efetividade (MATIAS-PEREIRA, 2007, p.19).

Quanto aos termos eficiência, eficácia e efetividade, serão traduzidos em tópico posterior, para melhor compreensão da temática pesquisada.

## 2.2. Parcerias entre o Estado e o Setor Privado

A fim de introduzir o tema da gestão dos HUF através de uma organização com personalidade jurídica de direito privado, é apresentada uma concepção contemporânea, que vê nas parcerias entre o setor público e os demais setores da sociedade, uma oportunidade de desonerar o Estado, ao mesmo tempo em que se provê a coletividade com serviços pautados na qualidade e eficiência. Consoante a isso, vêm ganhando cada vez mais espaço, não somente no Brasil, mas em todo mundo, a atuação das entidades privadas, em atividades não exclusivas do Estado.

Deve-se então, abrir um parêntese neste referencial, para abordar estas parcerias, sem o qual seria mais difícil entender e contrabalancear a opção do governo, por uma empresa estatal com personalidade jurídica distinta daquela existente na administração pública direta, para a gestão do REHUF.

As parcerias surgiram num contexto de um crescente movimento de descentralização, que teve início em meados da década de 70, quando o modelo de Estado de Bem Estar Social entrou em crise, haja vista, o surgir de um abalo econômico mundial, diretamente ligado à crise do petróleo, à crise fiscal (déficits governamentais), à ingovernabilidade e aos problemas advindos da globalização (ABRUCIO, 2006, p. 06).

Foi quando o modelo burocrático entrou em crise, conforme já relatado, levando a fama de ineficiente, moroso, atado aos procedimentos e preocupado com o controle administrativo, em detrimento dos resultados. Nesse ínterim, surge o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, visando reorientar as estruturas da administração pública, com ênfase na qualidade e na produtividade do serviço estatal. E sob tal geração de reformas, teve início o estabelecimento de parcerias entre o governo e a iniciativa privada para o fornecimento de bem feitorias à sociedade.

A parceria público-privada consiste em uma forma de viabilizar a implantação, de projetos que visem o bem comum, constituindo-se, conforme opinião de Pinto (2003, p. 01), em uma verdadeira forma de expressão, inclusive, da responsabilidade social atribuída ao capital privado. Nessa conjuntura, o Estado passa de executor para indutor de políticas públicas, com a introdução do gerencialismo. Nesse modelo administrativo, novas técnicas de gestão - utilizadas pelo setor privado - entram em cena como uma espécie de solução milagrosa para os problemas da administração pública brasileira.

Para prosseguir com o assunto, deve-se ter em mente, de forma clara, a noção de primeiro, segundo e terceiro setor. Seguindo a definição do relatório setorial do BNDES (n.º 03, p. 04), o primeiro setor é aquele no qual, a origem e a destinação dos recursos são integralmente públicas, isto é, corresponde às ações do Estado, desconecta da utilização de parcerias com o setor privado. O segundo setor correspondente ao capital privado sendo aplicado em obras de uso comum, mas sob a condição de recebimento de remuneração, isto é, em benefício próprio da pessoa jurídica de direito privado. O terceiro setor constitui-se na esfera de atuação pública não-estatal, formada a partir de iniciativas privadas, voluntárias, sem fins lucrativos, e no sentido do bem comum.

Desse modo, a partir dos anos 90, a sociedade civil é transformada em um suposto terceiro setor, situada para além do Estado e do mercado [...] (DURIGUETTO, 2008, p. 89). Essa terceirização (*outsourcing*) tem sido recorrente em processos de reforma estatal, nas democracias contemporâneas, segundo destacou Bresser-Pereira. De forma que a propriedade não é privada, é pública 'não estatal', ou seja, não pertence a um indivíduo ou grupo particular. Ainda segundo o ex-ministro, esse movimento seria portador de um novo modelo de administração pública, baseado no estabelecimento de alianças estratégicas entre Estado e a sociedade, com o fim de melhorar os serviços públicos, permitir maior controle por parte da sociedade, pautando os processos gerenciais em parâmetros de eficiência e desempenho, controlados a partir do contrato de gestão (BRASIL, 1998).

E é nessa ótica que surgem as OSCIPs, as OSs e as PPPs (termos que serão conceituados no próximo tópico). Então, se indaga, por que, em face dessa

reformulação gerencial, em âmbito público, que traz a lógica de políticas sociais sendo desenvolvidas em moldes análogos aos serviços privados, para melhor servir a sociedade - essa realidade é vista como uma tentativa (velada) de privatizar esses serviços, que se operaria por intermédio de convênios e contratos de gestão, ou através de uma transformação da natureza das instituições públicas de direito público, em instituições públicas de direito privado?

### **2.2.1. Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP)**

Segundo um estudo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE - e o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA (2005), em parceria com a Associação Brasileira de Organizações Não Governamentais - ABONG - e o Grupo de Institutos, Fundações e Empresas - GIFE - no período de 2002 a 2005, o número de associações e fundações sem fins lucrativos (3º setor) cresceu cerca de 20%, passando de 275,9 mil em 2002 para 338,2 mil em 2005 (GONÇALVES et al., 2008, p. 01). Diante disso pergunta-se: o que tem contribuído para tal crescimento? Uma das explicações é a de que estas organizações,

Têm se diferenciado pela eficácia de sua atuação, substituindo o Estado e a iniciativa privada, na solução criativa e econômica de problemas sociais que pareciam insolúveis ou simplesmente se acumulariam até se constituírem em catástrofes, se não fosse sua presença (GONÇALVES et al., 2008, p. 01).

Deve-se lembrar, porém, segundo Duriguetto (2008, p. 89) [que as qualidades, bem como a necessidade] de investir na participação da sociedade civil, deve passar não pela direção do controle social na gestão e implementação das políticas sociais, mas sim, no sentido de transferir a ela o papel de agente do bem-estar social.

Consoante ao que foi exposto até aqui, o Brasil adota a classificação para o terceiro setor, de acordo com sua área de atuação em: Organizações filantrópicas, beneficentes e de caridade; Organizações não governamentais (ONGs); Fundações

Privadas; Organizações Sociais e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, OSCIPs (OLAK; NASCIMENTO, 2006, p. 13). A partir dessa classificação, será feita uma breve conceituação das duas últimas modalidades citadas.

A lei nº 9.790/99 estabelece em seu artigo 3º que, podem receber a qualificação de OSCIP, as pessoas jurídicas de direito privado, que não tenham como finalidade a distribuição de lucro, e que desempenhem atividades reconhecidas como de interesse público, cujos objetivos sociais tenham pelo menos uma das finalidades abaixo:

- I - promoção da assistência social
- II - promoção da cultura, defesa e conservação do patrimônio histórico e artístico;
- III - promoção gratuita da educação, observando-se a forma complementar de participação das organizações de que trata esta Lei;
- IV - promoção gratuita da saúde, observando-se a forma complementar de participação das organizações de que trata esta Lei;
- V - promoção da segurança alimentar e nutricional;
- VI - defesa, preservação e conservação do meio ambiente e promoção do desenvolvimento sustentável;
- VII - promoção do voluntariado;
- VIII - promoção do desenvolvimento econômico e social e combate à pobreza;
- IX - experimentação, não lucrativa, de novos modelos sócio produtivos e de sistemas alternativos de produção, comércio, emprego e crédito;
- X - promoção de direitos estabelecidos, construção de novos direitos e assessoria jurídica gratuita de interesse suplementar;
- XI - promoção da ética, da paz, da cidadania, dos direitos humanos, da democracia e de outros valores universais;
- XII - estudos e pesquisas, desenvolvimento de tecnologias alternativas, produção e divulgação de informações e conhecimentos técnicos e científicos que digam respeito às atividades mencionadas neste artigo (BRASIL, 1999).

A referida lei determina ainda que, estão proibidas na qualificação de OSCIP: as sociedades comerciais; os sindicatos; as associações de classe ou de representação de categoria profissional; as instituições religiosas; as organizações partidárias; as entidades de benefício mútuo, destinadas a proporcionar bens ou serviços a um círculo restrito de associados ou sócios; as entidades e empresas que comercializam planos de saúde e assemelhados; as instituições hospitalares privadas; as escolas privadas; as organizações sociais; as cooperativas; as fundações públicas; as fundações, sociedades civis ou associações de direito privado, criadas por órgão público ou por fundações públicas; as organizações

creditícias que tenham vínculo com o sistema financeiro nacional (Lei 9.790/99, art.2º).

Definido o conceito de OSCIP, deve-se procurar saber se esta modalidade de gestão é efetiva na disponibilização de serviços públicos. Segundo Gonçalves et al. (2008, p. 05) a forma como a entidade elabora e direciona suas atividades, e principalmente a maneira como utiliza seus recursos, reflete significativamente em seus resultados, uma vez que, nessas entidades, os recursos são escassos e a maneira como eles serão geridos configura fator determinante para seu desenvolvimento. Dessa maneira, o terceiro setor, por possuir dificuldades com a escassez de recursos, exige uma melhor gestão, tornando indispensável a elaboração de estratégias, para atingir seus objetivos.

Assim, a utilização de ferramentas estratégicas de gestão organizacional, nas entidades sem fins lucrativos, especialmente nos moldes das praticadas no setor privado, configura alternativa de maximização de resultados e otimização de recursos, uma vez que auxilia nas funções de planejamento, execução e controle. Ficou claro então, ainda que de forma lacônica, que as OSCIPs tendem a multiplicar-se, dada sua eficácia de atuação em alguns setores do âmbito público.

Além do já destacado, a lei determina que o estatuto da OSCIP traga cláusulas (algumas das quais muito importantes para evitar a utilização destas organizações para fins individuais, em detrimento do interesse público) com algumas determinações, entre elas: as normas de prestação de contas, que devem ser observadas pela entidade; a obrigação de pautar suas ações nos princípios da administração pública (legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência); a previsão de que, em caso de dissolução da entidade, o respectivo patrimônio, adquirido com recursos públicos, durante o período em que perdurou aquela qualificação, será transferido automaticamente a outra pessoa jurídica qualificada, nos termos Lei 9.790 de 23 de março de 1999, preferencialmente que tenha o mesmo objeto social da extinta organização.

Por fim, frisa-se, as OSCIP's podem receber investimento público, por meio da celebração de contratos de parceria, razão porque, além de terem um estatuto

regular, com todos os dispositivos exigidos, necessitam manter uma prática de gestão transparente e sustentável.

### **2.2.2. Organizações Sociais (OS)**

Outra organização com personalidade jurídica de direito privado, que vem atuando no setor público, de forma resolutiva - inclusive - são as Organizações Sociais. Durante o governo do ex-presidente Fernando Henrique (FHC), em 1995, a partir do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE) e à luz do Programa Nacional de Publicização (PNP), surge a figura das OSs, para publicizar atividades estatais, tornando-as eficientes. Trata-se da transferência ao mercado e ao terceiro setor, da produção de bens e serviços não exclusivos, [que] se multiplicaram representando uma forte tendência no setor público (CARNEIRO, 2002, p. 01).

A Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1988, em seu Art. 1º, qualificou as organizações sociais como: ‘organização pública não-estatal’ ou “pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde” (BRASIL, 1988).

Sobre isso, em entrevista à Folha de São Paulo, em 1995, Bresser-Pereira relatou que um dos projetos mais ambiciosos do governo FHC foi buscar garantir autonomia financeira e administrativa aos serviços sociais do Estado, ou seja, às suas universidades, escolas técnicas, museus, hospitais e centros de pesquisa, de forma que pudessem realizar com maior eficiência sua missão, e isso, segundo o governo, só seria alcançado através da criação da figura jurídica das organizações sociais e do programa de publicização, através dos quais, entidades estatais seriam transformadas em organizações públicas não-estatais. Note que, embora haja a figura da sociedade civil (personalidade privada) no desempenho de ações típicas do Estado (não exclusivas deste), não há que se falar em setor privado exercendo

atividade pública, porque na verdade, trata-se de 'organização pública' não-estatal. De forma mais clara, fala-se em organização pública, porque são de todos e para todos (são voltadas para o interesse público), mas que não são estatais, porque não fazem parte do aparelho do Estado.

Por isso que, nessa modalidade de gestão pública, não ocorre a celebração de parceria via convênio ou contrato administrativo, e sim, através do contrato de gestão, para que o ente tenha direito à dotação orçamentária. E graças a isso, permitiu-se que se implantasse no Estado brasileiro um modelo de administração pública gerencial (PDRAE, 1995, p. 62).

Entendida a definição de OS, o próximo passo é avaliar o grau de efetividade deste arranjo gerencial. Assim em 2002 (fora outros exemplos), em tese apresentada à Universidade de Medicina de São Paulo, Carneiro Junior; atestou o sucesso de uma OS, na gestão de saúde pública. Segundo o autor, ao discorrer sobre seu trabalho em duas instituições de saúde diferentes, uma pública e uma não-estatal, levantou-se questões de diferentes ordens, voltadas à esfera de saúde pública, tendo como conclusão:

Que as Organizações Sociais não apenas eram impassíveis de constituir fator limitante ao desenvolvimento das políticas públicas de saúde, como também, favoreciam em certos aspectos, a eficiência e a eficácia no gerenciamento da produção de serviços neste setor (CARNEIRO, 2002, p. 225).

Em suma, as Organizações Sociais caracterizam-se como possibilidade de otimização da gestão em saúde pública, porque, dentre outros motivos (segundo o autor), ela permite uma maior autonomia para contratar e demitir os recursos humanos, enquanto que na gestão burocrática (administração direta, autárquica, fundacional) prevalece a hierarquia de mando, respaldada nas atribuições e competências do cargo, pela estabilidade funcional.

Neste ponto surgem as seguintes perguntas: seriam esses modelos gerenciais, um dos caminhos mais adequados para a gestão pública dispor de um quadro de servidores mais efetivos em suas funções? Esta é sem dúvida, uma das questões que a tese buscou responder, e como Carneiro (2002, p. 34) concluiu, as

parcerias público-privadas permitem introduzir a lógica das empresas privadas na gestão pública, flexibilizando as relações e processos, de forma a resultar em excelentes efeitos, conforme visto na configuração denominada Organização Social.

Ficou claro então, que a temática introdutora dessas parcerias, merece destaque, como material de consolidação da análise proposta, uma vez que a EBSEH foi criada na forma de sociedade anônima com personalidade jurídica de direito privado, suscetível a mesma lógica do setor privado, entre elas a flexibilização das formas de contratação de pessoal. Mas, somente com análise dos dados coletados, é que se pode chegar a uma conclusão factível, que pode ser semelhante ou discordante do apresentado até aqui.

### **2.2.3. Parcerias Público-Privadas (PPP)**

Por PPP entenda-se, como mais um modelo, entre outros, de parcerias entre Estado e sociedade, para implementação de serviços públicos. Então, embora o nome seja idêntico ao termo genérico (em sentido amplo), que aborda estas parcerias, a PPP (em sentido restrito) - aqui descrita - trata-se de uma modalidade de instrumento negocial, como as concessões tradicionais, permissões, acordos, enfim; essa forma de parceria ocorre através de contrato administrativo nos moldes da concessão tradicional.

Segundo Mendez (2012, p. 01) a literatura internacional define essa modalidade de parceria como sendo um contrato de médio e longo prazo (5 a 35 anos) entre um governo (federal, estadual ou municipal) e uma entidade privada, no qual essa se compromete a oferecer serviços de infraestrutura, cujo valor não seja inferior a vinte milhões de reais, sendo vedada a celebração de contratos que tenha por objeto único o fornecimento de mão-de-obra, equipamentos ou execução de obra pública.

Em contrapartida, a entidade privada recebe um retorno financeiro periódico, pago pelo Estado e vinculado ao seu desempenho, no período de referência;

remuneração essa que é obtida mediante cobrança de tarifas, diretamente aos usuários (pedágio, por exemplo) ou por pagamentos feitos a ela diretamente pelo governo. Lembrando que o parceiro privado não vai simplesmente construir uma estrada - por exemplo - e entregá-la para ser administrada pelo governo ou empresa estatal. Na verdade:

Ele vai construir e operar uma parte ou todos os serviços oferecidos por aquela infraestrutura. Ou então ele vai simplesmente operar (sem construir ou apenas reformar) os serviços de uma infraestrutura já existente, de propriedade do governo. Ou seja, para caracterizar uma PPP é importante que o parceiro privado atue na provisão do serviço público associado à infraestrutura que lhe foi confiada (MENDEZ, 2012, p. 01).

Além disso, os contratos são descritos como de longo-prazo porque, estando relacionado ao serviço público, que exige investimentos de grande vulto; nos casos em que o parceiro privado investe seu capital, ele precisa que o contrato tenha um prazo dilatado, para dar tempo de pagar o investimento. E mesmo quando não há uma elevada imobilização de capital, pelo parceiro privado (por exemplo, contratos para operar infraestrutura já existente),

Pode ser interessante estabelecer um contrato de longo-prazo, pois seria ineficiente trocar o administrador da infraestrutura, diversas vezes, em prazos curtos, tendo em vista o custo de licitação e o custo de aprendizagem, associado ao período em que o novo concessionário está ajustando a oferta do novo serviço, quando usualmente há quebras na qualidade dos serviços [...] (MENDEZ, 2012, p. 01).

A Lei nº 11.079/2004 em seu artigo 4.º, III, não indica qualquer área ou setor prioritário para a contratação de parcerias público-privadas, havendo apenas a vedação à delegação das funções regulatórias, jurisdicionais, do exercício do poder de polícia e de outras atividades exclusivas do Estado. É possível encontrar, no entanto, em vários países, parcerias público-privadas, nas mais diversas áreas: água e saneamento, transportes e mobilidade urbana, portos, aeroportos, rodovias, ferrovias, defesa, parques nacionais, educação, saúde, etc. (BRASIL, 2004).

Salienta-se que, é bastante comum, entre aqueles que não conhecem o assunto, haver uma confusão entre os termos PPP, Terceirização, OS e OSCIP. Tirando a terceirização, os arranjos citados são diferentes entre si, mas igualmente definidos como modelos gerencias que introduzem elementos flexibilizadores de

gestão no serviço público, otimizando-os; em que se pese a parceria entre sociedade civil e Estado. No que se refere a diferença entre PPP e terceirização, é o elemento 'curto-prazo' de contrato, que irá caracterizar a última. Enquanto os contratos de PPP têm prazos que superam vinte anos, os contratos de terceirização de serviços duram por volta de cinco anos. Exemplos de terceirização: prestação de serviços de limpeza e vigilância de prédios públicos, fornecimento de alimentação, conservação de jardins, assistência técnica em informática, etc. Para finalizar, um elemento central, para o sucesso de uma PPP, está na divisão de riscos com o setor público.

Um bom exemplo disso está na construção e operação de uma rodovia. Essa implica em riscos financeiros, como quando a obra pode custar mais que o projetado, ou devido à demanda ter sido reduzida - o volume de tráfego - e, portanto, a receita de pedágio, pode ter sido menor que o esperado, e há também o risco político na eleição de um novo governante, que pode colocar em risco o cumprimento do contrato, etc. (MENDEZ, 2012, p. 02).

O que se deve abstrair dessa conceituação toda é que, em casos onde o Estado não tem capacidade financeira para implantar os serviços públicos, ou melhor, casos em que o setor público é menos eficiente que o setor privado, estes serviços poderiam perfeitamente ser prestados à sociedade, pela iniciativa privada, gerando, conforme afirmou Aragão (2005, p. 01), “bons resultados para os cidadãos e para os investidores, que construíram ou aperfeiçoaram a infraestrutura”.

Então, foi essa desestatização, implantada durante as décadas de 80 e 90, que permitiu ao Estado enfrentar a falta de caixa para investimentos e o esgotamento da sua capacidade de contrair novas dívidas (ARAGÃO, 2005, p. 03), através de uma tentativa de dividir com o setor privado os custos com a implantação de serviços de infraestrutura (a título de exemplo).

Note que, neste caso, o dinheiro vem da iniciativa privada, chamada a construir e explorar, durante certo período (20 ou 30 anos), um estabelecimento público (hospital, escola, etc.), revertendo ele (o estabelecimento), no final, para o

Estado, tendo o setor privado, em contrapartida, retribuição pecuniária recebida ao longo dos anos, conforme contrato.

Por fim, tem-se nestas iniciativas, relativamente recentes, a tendência de enxergar o Estado, não como um prestador de serviços, diga-se de passagem, com certo grau de ineficiência, e sim como parceiro, colaborador, incentivador, que subsidia a iniciativa privada, para que essa possa servir à sociedade, de forma mais efetiva. Trazendo para a realidade da pesquisa, temos uma empresa pública, com capital, cem por cento (100 %) público, sob normativas de direito público, mas, assim como nas OSCIP, OS e PPP, uma modalidade de gestão, com potencial de qualificação dos serviços prestados pelo Estado, uma vez que insere no âmbito público elementos característicos da gestão privada, o que pode resultar em efetividade, qualidade, resultados otimizados ao consumidor final, o cidadão.

### **2.3. Conceitos pertinentes à Efetividade**

Antes de analisar a atuação da EBSERH, sobre o Hospital Universitário de Brasília (HUB), é preciso identificar os conceitos que serão importantes na compreensão da análise proposta. Neste sentido serão abordadas as noções pertinentes à efetividade, dentre as quais, eficiência e eficácia.

No uso corrente, a efetividade diz respeito à capacidade de se promover resultados pretendidos; a eficiência denotaria competência para se produzir resultados, com dispêndio mínimo de recursos e esforços; e a eficácia, por sua vez, remete a condições controladas e resultados desejados [...] (FAÇANHA; MARINHO, 2001, p. 07). A seguir, procede-se a um exame mais detalhado destes termos e de sua relação com a administração pública.

### 2.3.1. Eficiência

Na visão de Lopes Meirelles (1996, p. 90-91) a eficiência é “o mais moderno princípio da função administrativa”. Inserida na Constituição (1988), como uma grande novidade, chegou mesmo a provocar enormes mudanças na gestão pública brasileira, demonstrando ser um assunto de grande relevância e interesse para a administração como um todo. Trata-se do dever que o administrador público tem de realizar uma boa gestão, com presteza, precisão, perfeição e rendimento funcional, num país com escassez de recursos econômicos, a serem aplicados em diversos setores e necessidades sociais. Esse princípio portanto, deve ser percebido como uma exigência inerente a toda atividade pública.

Mas o que seria essa boa gestão, expressa como princípio no caput do artigo 37 da Constituição Federal (1988)? A doutrina especializada define eficiência como “sinônimo de boa administração, em sentido empregado pela Ciência Econômica e Administrativa, ou seja, o de obter o melhor resultado possível, com a menor despesa; medida típica da relação entre custo e benefício” (TIMM; TONIOLO, 2009, p. 02).

Enfaticamente, o termo deve ser entendido como algo mais que a simples exigência de economicidade ou eficácia no comportamento administrativo, ela faz referência às duas dimensões da atividade administrativa, indissociáveis do ponto de vista jurídico: a) a dimensão da racionalidade e otimização, no uso dos meios e; b) a dimensão da satisfatoriedade dos resultados, da atividade administrativa pública. Em termos simples, a eficiência impõe três parâmetros: 1) a ação idônea (eficaz); 2) a ação econômica (otimizada) e; 3) a ação satisfatória (dotada de qualidade). Segundo Modesto (2000, p. 109), temos de admitir como inadmissível juridicamente, o comportamento administrativo negligente, contra produtivo e ineficiente.

Diante do exposto, pode-se definir o princípio da eficiência como:

A exigência jurídica, imposta à administração pública e àqueles que lhe fazem às vezes ou simplesmente recebem recursos públicos vinculados de

subvenção ou fomento, de atuação idônea, econômica e satisfatória, na realização das finalidades públicas que lhe forem confiadas por lei ou por ato ou contrato de direito público (MODESTO, 2000, p.114).

Em suma, o que se busca é atingir o objetivo pretendido, com o menor custo e o melhor resultado possível. Segundo Bockman Moreira (2000, p. 05), “a eficiência decorreu da intenção de reformar o Estado, a qual pretendia acabar com a administração burocrática e instalar a Administração Pública Gerencial, no Brasil” (TIMM; TONIOLO, 2009, apud BOCKMAN, 2000, p. 05). Temos então que, esse princípio basilar do direito brasileiro, foi normatizado em virtude de uma razão nobre e urgente: ‘de fazer frente às disfunções da administração burocrática’.

### **2.3.2. Eficácia**

Eficácia é o mesmo que alcançar os resultados planejados (objetivos/metapas). Entrementes, tem sido bastante comum, principalmente entre os ‘concurseiros’, haver uma confusão quanto ao significado de eficiência e eficácia. O fato é que não se pode confundi-los, nem considerá-los sinônimos, ainda que, só há sentido em se falar de eficiência, se a eficácia for alcançada. Castro (2006, p. 04) alude à eficiência e à eficácia de uma forma bem inusitada, parafraseando: “a eficiência é ir à igreja, enquanto eficácia é praticar os valores religiosos; eficiência é rezar, enquanto eficácia é ganhar o céu; [...] eficiência é jogar futebol com arte, enquanto eficácia é ganhar o jogo”.

Recorre-se então, para compreensão do assunto, à Ciência da Administração e também ao Direito Brasileiro, lembrando que a Constituição Federal (1988) reconhece a diferença entre eficiência e eficácia no artigo 74, inciso II, que trata de um sistema de controle interno, integrado entre os Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário. Segundo a CF/1988 o objetivo desse sistema seria “comprovar a legalidade e avaliar os resultados, quanto à eficácia e eficiência da gestão orçamentária” (CASTRO, 2006, p. 07).

Por eficiência entenda-se, é o alcance da eficácia (resultado), com o menor recurso possível. Rodrigues Bio (1996, p. 21) considera que:

A eficiência está relacionada ao método, ao modo certo de fazer as coisas [...], e a partir disso alcançar resultados (eficácia) pretendidos, com o menor dispêndio possível de recursos. [Já a eficácia] estaria relacionada à escolha da solução certa para determinado problema ou necessidade [...].

Esse mesmo autor faz ainda, uma vinculação dos dois conceitos, ao afirmar que “a eficácia depende não somente do acerto das decisões estratégicas e das ações tomadas no ambiente externo, mas também do nível de eficiência” (BIO, 1996, p. 22).

Diante disso, deve-se destacar que, nem sempre se é eficiente e eficaz ao mesmo tempo, podendo uma organização ser eficiente e não ser eficaz e vice-versa. É o caso de uma organização que é altamente eficiente, mas não consegue seus objetivos porque fabrica um produto para o qual não existe demanda. O ideal então, seria alcançar igualmente eficiência e eficácia, de forma que, o administrador competente é aquele que consegue melhores resultados (eficácia, produtividade, fazer a coisa certa, desempenho), em relação aos insumos (mão-de-obra, material, dinheiro, máquinas e tempo) com menor quantidade de recursos (eficiência) possível. Lembrando que, uma das formas mais comumente utilizadas para medir o desempenho organizacional refere-se, justamente, à eficiência e à eficácia referidas.

James Stoner e Edward Freeman (1995, p 136) dizem que:

Peter Drucker propôs o julgamento do desempenho de um administrador [devendo] ser feito através dos critérios gêmeos de eficácia e eficiência, sendo que desses dois critérios, a eficácia é o mais importante, afinal, nenhum nível de eficiência, por maior que seja, irá compensar a escolha dos objetivos errados.

No que se refere especificamente ao termo eficácia, essa pode ser descrita como a aptidão do comportamento administrativo para desencadear os resultados pretendidos. Mas, observe um detalhe importante, na visão de Torres (2004, p. 175), ela [a eficácia] pode ‘não’ levar em consideração os meios e os mecanismos utilizados para tanto. Disso concluímos que, uma concepção simplista da eficácia traz em seu bojo o perigo de chegar-se à conclusão de que o Estado pode ser eficaz

em resolver o problema do analfabetismo no Brasil (a título de exemplo), mas fazendo isso com mais recursos do que necessitaria.

Outro importante detalhe, abordado por Richard Dalf (1999, p. 39), sobre a eficácia, é que essa, tende a ser muito difícil de ser medida nas organizações, porque, “[...] leva em consideração um leque de variáveis, tanto do nível organizacional como do departamental, [avaliando] a extensão em que os múltiplos objetivos - oficiais ou operativos - foram alcançados”.

Por fim, delimita-se a importância dos elementos eficácia e eficiência, para a pesquisa, ou para os estudos em gestão pública, dado que o seu uso, muito empregado na avaliação de políticas públicas, é vital para mensurar efeitos e embasar o planejamento estratégico, bem como a execução ou correção de futuras intervenções. Por isso, cada vez mais, os cientistas políticos têm se preocupado em estudar como as decisões são tomadas, que fatores influenciam o processo de tomada de decisões e as características desse processo, no sentido de gerar informações úteis no monitoramento da efetividade da execução de programas de governo (FIGUEIREDO, 1986, p. 107). Só assim, torna-se possível antever todos os tipos de entraves, problemas e conflitos possíveis durante a realização de uma meta do Estado.

O doutrinador Alexandre de Moraes (1999, p. 293) resume a importância desse tema, ao dizer que, o princípio da eficiência obriga a Administração Direta e Indireta, e seus agentes, a prática do bem comum, por meio do manejo de suas competências, de maneira imparcial, neutra, transparente, participativa, eficaz, sem burocracia e sempre almejando a qualidade (efetividade de ação), bem como adotando os critérios necessários para melhor utilização dos recursos públicos.

Assim, ficou clara a relevância de uma adequada compreensão destes termos, até porque sem eles não há que se falar em efetividade. E uma vez que os recursos sociais são escassos, é obrigação da administração pública operar de forma resolutiva, isto é, efetiva - com eficiência. No próximo tópico, será detalhada a efetividade, enquanto pressuposto de eficiência somada à eficácia, da atividade estatal.

### 2.3.3. Efetividade

Di Pietro (2003, p. 306), ao falar sobre o princípio da efetividade, diz

Tratar-se de ideia muito presente entre os objetivos da Reforma do Estado [sendo que, através dela], estão sendo idealizados institutos, como os contratos de gestão, as agências autônomas, as organizações sociais (OS) e tantas outras inovações com que se depara o administrador, a todo o momento.

Modernamente, a literatura especializada achou por bem incorporar esse terceiro conceito, mais complexo que os anteriormente abordados (CASTRO, 2006, p. 05). Trata-se da efetividade, especialmente valiosa para o âmbito da administração pública, isso porque, um dos pressupostos do modelo gerencial, resultado da reforma do aparato estatal, é a recuperação do conceito de efetividade, noção de que o governo deve, acima de tudo, prestar bons serviços.

A efetividade na administração está ligada à particularidade daquilo ou aquele que é capaz de atingir metas, estabelecidas. Mas essa é uma visão muito reduzida, pois, segundo Osborne e Gaebler (1994, p. 381), deve-se acrescentar o elemento qualidade ao conceito de efetividade, como “o grau em que se atingiu o resultado esperado”. Portanto, deve-se ter em mente, de forma clara, que enquanto a eficácia busca indicar se o objetivo foi atingido, a efetividade busca mostrar se aquele objetivo trouxe melhorias significativas, para a população. Disso, deduz-se a importância da efetividade para a gestão pública.

Neste sentido, concorda Castro (2006, p. 05) ao pontuar que, “à medida que aumentam as preocupações com o resultado das ações estatais, as apreensões referentes à [...] efetividade vão se sobrepondo às limitadas questões de eficiência”, do mero ajuste fiscal. Isso quer dizer que a efetividade não se limita ao valor econômico - como a eficiência pura - mas de avaliação qualitativa dos serviços públicos.

Comparando os parâmetros que medem a ação estatal, Torres (2004, p. 175) ressalta que a efetividade é ainda mais complexa que a eficiência e a eficácia juntas, porque nela [na efetividade]:

A preocupação central é averiguar a real necessidade e oportunidade de determinadas ações estatais, deixando claro que setores são beneficiados e em detrimento de que outros atores sociais. Essa averiguação, da necessidade e oportunidade, deve ser a mais democrática, transparente e responsável possível, buscando sintonizar e sensibilizar a população, para a implementação das políticas públicas.

Ainda sobre essa delicada relação entre necessidade e oportunidade da ação efetiva do Estado, Torres (2004, p. 175) complementa acerca da efetividade, dizendo que ela se sobrepõe à eficiência, “haja vista que nada mais impróprio para a administração pública do que fazer com eficiência o que simplesmente não precisa ser feito”. Portanto, focar apenas na eficiência governamental, quando da análise de políticas públicas, não é indicado, dado que “a imposição arbitrária da diminuição dos custos pode conduzir mais à redução do nível (de qualidade) dos serviços do que a um aumento de produtividade” (FLYNN, 1990, p. 113). Consoante ao que foi referido deve-se dar a devida importância à efetividade (qualidade).

Essa ótica (da qualidade-efetividade) é oriunda da iniciativa privada, onde recebeu o nome de administração da qualidade total (*Total Quality Management*). No âmbito estatal, adveio da necessidade de voltar às atenções aos clientes/consumidores, em decorrência das críticas contra a ênfase dada, inicialmente, à mensuração da eficiência e não da efetividade dos serviços públicos. Eis aqui, com certeza, uma das principais revoluções que o modelo gerencial legou ao Estado: a ênfase na gestão efetiva, isto é, qualitativa.

## 2.4. Conceitos Gerais

### 2.4.1. Hospital

A palavra Hospital (em grego *nosodochium*) tem raiz latina (*Hospitalis*), relativo à *hospes* - hóspedes/hospitalidades - fazendo referência às casas assistenciais que recebiam os peregrinos, pobres e enfermos da antiguidade (CAMPOS 1944, p. 07). Note que a etimologia da palavra *nosodochium* diz muito do papel desempenhado por estas instituições em sua fase embrionária.

Os primeiros hospitais, descritos na história de alguns povos, assemelhavam-se mais a uma instituição filantrópica de abrigo aos necessitados, cujo foco estava em aliviar o sofrimento e fazer prosélitos; diferente do papel de assistência médica especializada, curativa, de reabilitação, prevenção da doença, ensino e investigação científica, conforme atributos característicos dos hospitais modernos.

No que tange à gênese do *nosocômio*, artefatos arqueológicos e monumentos históricos apontam para uma origem anterior à era cristã, advinda dos povos da antiguidade oriental, dos quais podemos citar as civilizações: Egípcia, Norte - Indiana, Chinesa, Persa, Norte - Paquistanesa (indo-europeias) e dos povos semitas: Árabes e Judeus (ELGOOD, 1951, p. 173). Sobre essa parte histórica, não se fará uma abordagem detalhada nesta seção, mas pode-se encontrá-la no apêndice 'C'. Dessa parte da pesquisa, pretende-se enfatizar a função do hospital moderno que, pode ser resumida em prestar assistência médica especializada, com papel de reabilitação da saúde, prevenção de doenças e formação profissional em saúde (no que tange aos hospitais escola).

## 2.4.2. Hospitais de Ensino (HE) e Hospitais Universitários (HU)

A Portaria Interministerial nº 1.000, de abril de 2004, assinada entre o Ministério da Educação (MEC) e o Ministério da Saúde (MS), define o Hospital de Ensino como:

Instituição hospitalar, que serve de campo para prática de atividades curriculares na área da saúde; sejam Hospitais Gerais e/ou Especializados, de propriedade de Instituição de Ensino Superior, pública ou privada ou ainda, formalmente conveniada, com Instituição de Ensino Superior (BRASIL, 2004).

Segundo essa concepção, a assistência prestada por estes hospitais é determinada pela necessidade de formação profissional de recursos humanos em saúde. Mas, na verdade, os Hospitais Universitários e de Ensino (HUE) exercem um papel, que vai muito além de formar pessoas ou de prestar serviços na atenção à saúde de alta qualidade. Mais do que ser referência, esses Hospitais são pontos de atenção na rede do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para os técnicos e gestores do SUS, os Hospitais Universitários são unidades produtoras de atendimento médico de média e alta complexidade, cujo dever compreende atuar de forma resolutiva e com qualidade (CARMO, 2006, p. 18). Vemos nessa citação, a ampliação da função dos HUE, que soma à atividade acadêmica, a assistência médica; razão porque esses hospitais adquirem uma relevância social estratégica.

A Portaria nº. 375, de 04 de março de 1991, estabelece diferenças na classificação dos hospitais de ensino, conforme o vínculo institucional, a saber:

Hospital de Ensino é a denominação aplicável ao conjunto dos Hospitais Universitários, Hospitais Escola e Hospitais Auxiliares de Ensino. Hospital Universitário é o hospital de propriedade ou gestão de Universidade Pública ou Privada, ou a elas vinculada por regime de comodato ou cessão de uso, devidamente formalizados. Hospital-Escola é o hospital de propriedade ou gestão das Escolas Médicas Isoladas, Públicas ou Privadas, ou a elas vinculado, por regime de comodato ou cessão de uso, devidamente formalizados. Hospital Auxiliar de Ensino é o hospital que, não é de

propriedade ou gestão de Universidade ou Escola Médica Isolada. Nele são desenvolvidos programas de treinamento em serviço de curso de graduação ou pós-graduação da área de saúde, devidamente conveniado com uma instituição de Ensino Superior.

A título de facilitar a redação desta pesquisa, os termos Hospital Escola e Hospital Universitário, são usados como sinônimos.

A concepção geral é a de que esses hospitais são - por natureza - diferentes ao apresentar grande heterogeneidade quanto à capacidade instalada, incorporação tecnológica e abrangência no atendimento. Exibem também uma maior interação com o paciente, dada a presença de estudantes e professores em ambiente hospitalar. Outro diferencial destes hospitais está no alto custo que demandam. O fato de utilizarem alta tecnologia, envolverem ensino e pesquisa, e atenderem a todos os níveis de atenção médica, resulta em elevação de seu peso na despesa com saúde, que acaba sendo o dobro de sua participação no volume de atendimentos.

Em síntese, os Hospitais Universitários e de Ensino (HUE) são compreendidos como: a) um campo de treinamento em saúde; b) um ambiente de pesquisa para o desenvolvimento tecnológico e; c) uma instituição especializada em atendimento médico de média e alta complexidade; que inclui também, em sua rotina, os atendimentos primários e secundários. Dito isso, ressaltamos a importância destas instituições para a formação de recursos humanos, na área da saúde, prestando apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão das instituições federais de ensino superior (IFES), às quais estão vinculados. Além disso, em termos assistenciais, esses hospitais se destacam como centros de referência de média e alta complexidade para o Sistema Único de Saúde (SUS).

## **2.5. Quadro Histórico**

Para fazer uma análise da gestão, que visa revitalizar o Hospital Universitário de Brasília, fez-se necessário conhecer os determinantes históricos que influíram no atual quadro de medidas adotadas pelo governo federal para socorrer os HUF, incluindo o processo de criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, no sentido de aprimorar a gestão destes hospitais.

Aludiu-se também, à história do Hospital Universitário de Brasília, no sentido de caracterizar a condição vigente desta instituição. Lembrando que, conforme suplemento do apêndice “C”, foi feita uma breve exposição referente à evolução da instituição hospitalar, ao longo dos séculos, e em paralelo também, a história dos primeiros hospitais-escola; no intuito de realçar a premissa, que caracteriza a instituição hospitalar ou hospitais-escola, como organizações, em constante transformação (evolução). O que nos faz pressupor que, não há organização humana perfeita, que seja impassível de aprimoramentos; e no que tange ao processo gerencial, não existem soluções ou modelos acabados, e sim experiências bem sucedidas, cujo formato merece ser bem compreendido, para ser devidamente valorado e aperfeiçoado, isto é, adaptado à condição e realidade que o permeia.

### **2.5.1. Marcos Históricos que justificam a criação da EBSERH**

Na década de noventa (90), uma série de debates sobre a Lei Orgânica da Saúde, com participação de alguns especialistas em gestão nesta área, levou à conclusão de que os Hospitais-Escola enfrentavam um grave cenário de crise, que deveria ser enfrentado a partir de um novo formato de gestão.

Em 1995, um seminário internacional organizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), cujo intuito era avaliar os Hospitais Universitários de 22

países, originou um relatório que descrevia o quadro crítico vivido por estas instituições. A primeira conclusão relatada foi a de que esses hospitais são muito caros; fato que é compreensível, dado que os HUE operam com média e alta complexidade, caracterizadas por procedimentos caros, insumos caros, a partir de modernas tecnologias, além de envolverem ensino e pesquisa em seu *core* de atividades. Outros fatores determinantes para esse cenário foram apresentados, e estão descritos na seção que aborda o tema, relativo à crise vivida nos hospitais universitários. Esse quadro é particularmente grave porque envolve hospitais de importância singular para a assistência em média e alta complexidade, bem como para a formação em saúde.

Com a aprovação das diretrizes curriculares e o deslocamento da centralidade do HU na formação médica, e após a criação da Associação Brasileira dos Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE), ações políticas levaram à Portaria Interministerial MS/MEC nº. 1.006/2004, que criou o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação. Em 2009, o Acórdão 2.813/2009 do TCU conclui pela necessidade da constituição de um modelo institucional específico para os hospitais universitários, que possibilitasse o exercício da autonomia administrativa e gerencial; que permitisse a instituição de mecanismos de valorização institucional e gerencial; que fosse composto por mecanismos de responsabilização; que mantivesse o vínculo acadêmico com as IFES, dada as vertentes de ensino e pesquisa, ínsitas aos hospitais universitários, e que permitisse a integração com a rede do SUS.

Em 2010, ainda em decorrência do Acórdão 2.813/2009 do TCU, o Governo Federal lança o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais - REHUF (Decreto nº 7.082/2010) - que visava definir as diretrizes e os objetivos, no sentido de prover os hospitais universitários, integrados ao SUS, de condições materiais e institucionais, para o desempenho de suas atividades. Ainda em 2010, foi realizado um seminário internacional, financiado pelo Banco Mundial, para discutir novos modelos de gestão para os HU. Ao final do ano, editou-se, no Brasil, a Medida Provisória nº 520, criando a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), instituição da administração pública indireta, com

personalidade jurídica de direito privado, destinada a gerir o programa REHUF e os hospitais filiados a ela.

Em 2011, diante da forte oposição à MP 520 sobretudo, pelo caráter autoritário, inerente a maior parte das medidas provisórias, obrigou o governo a encaminhar a proposta de lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, e que foi aprovada em uma sessão secreta (com as galerias do Congresso Nacional fechadas) criando, definitivamente, a EBSEH. Complementando a criação da empresa, em 2012, a Portaria nº. 442 determinou a extinção da Coordenação dos Hospitais Universitários do MEC, sendo as funções dessa coordenadoria transferidas para a empresa, o que obrigou os Hospitais Universitários, mesmo não tendo aderido à EBSEH, a se relacionarem somente com ela.

Com isso, a EBSEH passou a ser o órgão do MEC responsável pela gestão do Programa REHUF, e também, por meio de contrato firmado com as Universidades Federais, que assim optassem; passou a ser o órgão responsável pela gestão dos HUF (BRASIL, 2011). Um dos diferenciais da empresa, em relação às fundações, diz respeito à reposição do quadro de servidores. Segundo o ex-presidente da empresa, José Rebelatto, caberá aos reitores das universidades, que não aderirem à EBSEH, se reunirem com o MEC, para definirem como ficará a reposição dos funcionários das fundações. Quanto às filiadas, caberá à empresa gerir o quadro funcional do hospital.

A partir da aprovação da Lei nº. 12.550/2011, as entidades representativas dos trabalhadores em educação, ANDES-SN, FASUBRA e FENASPS, encaminharam ao Ministério Público representação, questionando a constitucionalidade da referida lei. Tal questionamento foi acatado pela Procuradoria Geral da República, que ingressou junto ao Supremo Tribunal Federal, com uma Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIN nº 4.895).

Em sua primeira análise, o Ministro Dias Toffoli entendeu, pela relevância da matéria, e que à ADIN nº 4.895, deveria ser aplicado o procedimento abreviado, do art. 12 da Lei 9.868/99, a fim de que a decisão fosse tomada em caráter definitivo. Tal fato tornou improcedente o pedido de medida cautelar feita

pela PGR, pois, no entendimento do relator e dos ministros Joaquim Barbosa e Carmem Lúcia, uma vez requeridos e aceito o procedimento abreviado, a possibilidade de medida cautelar tornar-se-ia inviável. Atualmente, o processo encontra-se concluso ao relator, aguardando o posicionamento deste, sobre a ADIN, cabendo a qualquer que seja seu posicionamento, ao Pleno do Supremo Tribunal Federal (STF) dar o parecer final.

### **2.5.2. Breve Histórico - Hospital Universitário de Brasília**

Antes do surgimento do HUB, os estudantes da Universidade Nacional de Brasília contavam com apoio do Hospital de Sobradinho, para a execução de atividades correlatas a hospital-escola. Depois de sua fundação, durante o regime militar de 1972, o HUB, que até então era unidade do Instituto de Pensões e Aposentadoria dos Serviços do Estado - IPASE (Decreto nº. 70.178 de 21 de Fevereiro de 1972), recebeu o nome de Hospital dos Servidores da União - HSU, por conta de dedicar-se inicialmente à atenção exclusiva destes servidores (PDE/HUB, 2014-2016, p. 15).

Mais tarde, em 1979, já com novo nome - Hospital do Distrito Federal Presidente Médici (HDFPM) - o hospital assina convênio com o Instituto Nacional da Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Ressalte-se que, enquanto estava sob comando do INAMPS, o Hospital atendia somente aqueles que tinham carteira-assinada, então, em 1987, após um amplo processo de mobilização social, que lutava pela Reforma Sanitária, o HDFPM conquistou novo patamar ao assinar convênio com quatro ministérios, passando a integrar rede SUS do Distrito Federal, mudando inclusive o nome, de Hospital Presidente Médici para Hospital Docente Assistencial (HDA). Nesta ocasião, a instituição foi reconhecida como o 38º hospital universitário brasileiro, mas foi somente em 1990, que o hospital adquiriu o nome atual, após ser cedido definitivamente pelo INAMPS à Universidade de Brasília (UNB). Vale lembrar que, nessa ocasião, o HUB perdeu o quadro de pessoal do

instituto, deflagrando um quadro de déficit funcional, que se estende até hoje (PDE/HUB, 2014-2016, p. 16).

Um detalhe importante, na história deste hospital, está na forma conturbada, com que a instituição foi cedida à UNB. Foram necessárias inúmeras manifestações públicas de professores e estudantes para que ocorresse a cessão definitiva, em 03 de abril de 1990. Com essa cessão tem início uma fase delicada de transição entre um hospital exclusivamente assistencial para uma unidade hospitalar universitária, que desenvolvesse também o ensino e a pesquisa. Logo, o hospital, que um dia já foi referência em saúde de qualidade, chegando mesmo, a atender o alto escalão do governo da era militar, irá decair, progressivamente, até culminar num cenário de grandes dificuldades, correndo o risco, por diversas vezes, de fechar as portas (pelo menos em algumas especialidades).

A existência do HUB foi marcada por uma série de problemas, que culminaram no atual cenário de crise. De 1990 até 2004, o hospital teve de enfrentar um processo de perda progressiva do quadro de funcionários, do antigo INAMPS, sofrendo paralelamente com a falta de reposição dos postos de trabalho, por aposentadorias ou por abandono relacionado aos baixos salários. Para se ter uma ideia precisa dessa situação, em 2010, o déficit no quadro funcional do HUB era de 611 funcionários, mantidos sob regime de contratação precarizado, ilegal e imoral, conforme descrição do TCU (PDE/HUB, 2014-2016, p. 16).

Além disso, a prática comum nos HUF de todo país - em face da falta de funcionários - de responder ao aumento na demanda com contratos ilegais; veja bem, as IFES utilizavam-se do mecanismo de pagamentos do SUS pela prestação de serviços, para contratar, por intermédio de fundações de apoio, pessoal de saúde e técnico-administrativo. Isso fez com que o Tribunal de Contas da União se deparasse com o quadro (ilegal), já avançado, e que não tinha como ser revertido, sem implicar na demissão da maior parte dos profissionais dos hospitais, e, por conseguinte, na interrupção de parcela significativa dos serviços. Foi por isso então, que o TCU permitiu, excepcionalmente, a manutenção destes contratos, até que fossem providas as vagas respectivas no quadro dos hospitais.

Assim, em 2006, ocorre a suspensão dos concursos para os Hospitais Universitários, ao mesmo tempo em que o TCU determinava através do Acórdão nº. 1.520/06, a substituição dos terceirizados irregulares (áreas finalísticas) de toda administração (direta, autárquica, fundacional) por concursados. Naturalmente essa medida afetou, mais ainda, a falta de funcionários nos Hospitais Universitários, e o HUB não fugiu à regra. O prazo inicial, determinado pelo tribunal, para regularização dos funcionários precarizados (terceirizados), era de 2006 a 2009. Ocorrendo, no entanto, a prorrogação até 31 de dezembro de 2010 e depois até a data de 31/12/2012.

Findo o prazo, que fora fixado pelo Acórdão 1.520/2006, para realização da substituição do quadro de funcionários ilegais da Administração Pública, incluindo dos HUs, o Estado, que havia ignorado o cronograma por ele mesmo proposto, sem conceder nenhuma autorização para a realização de concursos públicos para os HUs, editou a Medida Provisória nº 520, que posteriormente seria convertida na Lei 12.550/2011, que autorizou a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), empresa pública de direito privado, dependente de recursos orçamentários (recursos públicos), regida pela Lei das S.A., com o escopo de assumir a gestão do programa REHUF e dos HUs filiados a ela. Tendo, portanto, como uma de suas missões, a solução desse quadro de funcionalismo precarizado - terceirizados ou contratados por meio de fundações de apoio - que já atingiu a marca de 26 mil funcionários contratados de forma irregular, em toda a rede de HUFs, segundo destacou José Rebelatto, ex-presidente da EBSERH, em entrevista ao portal Gazeta do Povo, em março de 2014.

Voltando um pouco no tempo, diante do dilema criado pelo acórdão anteriormente citado (nº 1.520/2006), o governo apresentou a proposta de Lei 92/2007 para criação de Fundação Estatal de Direito Privado (FEDP), em detrimento da criação de novas vagas técnico-administrativas nos Hospitais Universitários. Sobre essa proposta, o então ministro do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG), Paulo Bernardo Silva, submeteu à Presidência da República o projeto de lei complementar, que regulamenta o inciso XIX do artigo 37 da Constituição Federal, por meio de exposição de motivos (EM nº 00111/2006/MP). No texto, o ministro também incluiu a área da educação como uma das previstas para instituição

de fundação estatal. Essa proposta de lei despertou o receio dos movimentos da sociedade civil, como o sindicato nacional dos docentes das instituições de ensino superior (ANDES), que alegaram ter sido aberta as portas para a privatização de áreas, que são de responsabilidade do Estado, e que podiam alcançar não somente os hospitais universitários, mas outros setores da educação.

Em 2008, a questão da substituição dos terceirizados foi agravada mais um pouco com o Acórdão do TCU nº 2.731/2008, que definiu restrições ao relacionamento entre Instituições Federais de Ensino Superior (IFES) e as Fundações de Apoio (fundações de direito privado), isso porque, sob pretensa agilidade administrativa e maior eficiência de gestão, ocorreram irregularidades, no âmbito desses contratos e convênios. Em suma, para prover os HUs de funcionários, as universidades estavam terceirizando suas obrigações para as fundações privadas, burlando as regras do regime jurídico administrativo (TCU, 2008, p. 128).

Esse Acórdão (nº 2.731/2008 do TCU) afetou significativamente os Hospitais Universitários, porque através de contratos e convênios, as Instituições Federais de Ensino Superior utilizavam-se das fundações de apoio para a contratação de pessoal para os HUs. No caso do HUB, o quadro funcional foi constituído, ao longo dos anos, por quatro grupos: 1) os terceirizados; 2) os cedidos do Ministério da Saúde ou da Secretaria SES/DF, 3) os servidores da UNB; e 4) os prestadores de serviços (maior grupo).

Portanto, havia um grupo caracterizado como contrato precarizado, dado não usufruírem de direitos trabalhistas, o que gerou dois problemas principais: grande rotatividade e até mesmo, a manutenção dos contratos por décadas, sem contar que esta composição da força de trabalho, baseada em regime jurídico distinto do estatutário, inviabilizava a sua manutenção pelo MEC, e, portanto, acabava sendo custeado por recursos do próprio hospital, endividando-os ainda mais. Dessa forma, grande parcela dos recursos financeiros, que poderiam ser investidos no ensino, na pesquisa, na extensão e na assistência era transformada em folha de pagamento de pessoal terceirizado (CARMO, 2006, apud CHIORO, 2004, p. 147).

Para ter-se uma ideia mais clara, o número de funcionários precarizados, do HUB, perfazia um total de 2.853 terceirizações, consideradas impróprias, ilegais e imorais pelo Ministério Público. Isso representava sessenta por cento (60%) dos recursos advindos dos pagamentos do SUS, usados para custear os salários do quadro terceirizado dos HUs, resultando em dívidas com seus fornecedores, porque eram obrigados a pagar pessoal com a verba que deveria ser destinada a cobrir os custos dos procedimentos realizados. Além disso, problemas como adaptação à procedimentos e normas distintos do órgão de origem, mais interrupções de cessão, provocaram a descontinuidade nas atividades exercidas pelos servidores cedidos. Essa soma de situações causou instabilidade nas relações de trabalho, com consequências para a qualidade da assistência e risco de fechamento das portas, em algumas especialidades, entre elas a pediátrica (PDE/HUB, 2014-2016, p. 18).

Acrescido a isso (à falta de reposição dos postos de trabalho), o HUB teve de conviver, por anos, com um financiamento oscilante, e que dependia das relações estabelecidas de maneira informal com o gestor local do Sistema Único de Saúde. Foi somente a partir de 2005, que o Hospital Universitário de Brasília teve o seu teto financeiro definido, para o desenvolvimento de suas atividades finalísticas.

Frisa-se que, as relações com gestor local do SUS continuam problemáticas porque, o gestor enxerga o hospital mais como um prestador de serviço do que como um componente da rede. Paralelamente, o hospital foi certificado como Hospital de Ensino, de acordo com os critérios estabelecidos na portaria citada, e até hoje permanece certificado conforme as disposições da Portaria Interministerial MEC/MS nº. 2400 de 02 de Outubro de 2007.

Em 2008, após dois anos de intensos debates, uma decisão do Conselho Superior Universitário - CONSUNI - definiu que a destinação da capacidade instalada, de internação e de produção de serviços do HUB, fosse de cem por cento (100%) para o SUS. Isso pôs uma 'pedra', na tentativa de levar a cabo um serviço de atendimento, aos particulares, usuários de convênios e planos de saúde, que se mostrou deletério para a instituição, além de ter provocado a ira da

sociedade, afinal, segundo consta na redação do PDE (2014-2016 p. 17), “se esse projeto tivesse ido adiante, teria instalado uma prática de duas ‘portas’ de acesso ao hospital; no entanto, a iniciativa fracassou”. Com um discurso parecido, os movimentos sindicais e algumas organizações da sociedade civil do DF, fizeram manifestações contra a assinatura de contrato entre a EBSEH e a UNB, assim como em outros estados, sob o argumento geral de que, estavam instalando uma privatização da saúde, com risco de o hospital ter de atender clientes particulares, de planos de saúde, e, portanto, realizar tratamentos diferenciados, com prejuízo para a população mais carente.

Em 2010, quando o HUB já estava sob risco de interromper algumas de suas atividades assistências, devido a uma dívida de mais de quatro milhões (R\$ 4.922.151,11); surge o REHUF, programa nacional voltado à reestruturação e revitalização dos Hospitais Universitários Federais (Decreto nº 7.082/2010), e que definia as diretrizes e objetivos, no sentido de prover condições materiais e institucionais para os hospitais universitários, integrados ao SUS, poderem desempenhar plenamente suas funções em relação às dimensões de ensino, pesquisa e extensão, e de assistência à saúde da população.

Por fim, com a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH), em 2011, por meio da Lei nº 12.550. Essa passa a ser o órgão do MEC responsável pela gestão do Programa de Reestruturação e que, por meio de contrato firmado com as universidades federais, que assim optarem, atuará no sentido de modernizar a gestão dos hospitais universitários vinculados às universidades federais, preservando e reforçando o papel estratégico desempenhado por essas unidades, como centros de formação de profissionais na área da saúde e de prestação de assistência em média e alta complexidade à população, integralmente no âmbito do SUS (BRASIL, 2011). É feita parceria com a UNB para sanar o quadro de crise do HUB.

Em 2011, a direção do hospital universitário da UNB trabalhou na elaboração de um banco de projetos de infraestrutura, de forma a mapear as necessidades do hospital, priorizar obras, providenciar licitação e usufruir de recursos do Governo Federal, disponibilizados no final de cada segundo semestre.

Em 2012, o CONSUNI aprovou a adesão à EBSEH, de forma que em 17 de janeiro de 2013, o Reitor da UNB e o Presidente da empresa assinaram um contrato, que transfere para a EBSEH a gestão do HUB, com o intuito de qualificar a gestão, sanear o quadro financeiro do hospital e renovar o quadro de pessoal, através de concurso público regido pela Consolidação das Leis de Trabalho (CLT). Em seguida, foi elaborado um Plano Diretor priorizando ações de curto prazo (01/ano) relacionadas a cada um dos nós críticos identificados, de forma a viabilizar a inserção do HUB na Rede SUS do DF. Esse plano foi desenvolvido para nortear as atividades da equipe gestora do HUB e para estabelecer as ações institucionais previstas no novo modelo de gestão.

Desta forma, a Universidade Nacional de Brasília transferiu a administração do HUB para a empresa, que fica obrigada a prover os mecanismos necessários à revitalização do hospital, no sentido de que este possa exercer sua função de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico, no âmbito do SUS, bem como o apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, à formação de pessoas, no campo da saúde pública, vedado o atendimento de convênios e particulares. Este último tópico merece destaque, por trazer luz à questão da 'possível' privatização, conforme alegada pelos movimentos refratários às mudanças realizadas na gestão dos HUs (vide cláusula 1ª do contrato, conforme anexo 'A').

Atualmente, associado com os desafios inerentes ao cenário de crise, que duraram décadas, nos HUF e também no HUB, está a repercussão da mudança de gestão, que é precisamente o objeto da pesquisa, que visa descobrir se esse modelo administrativo é efetivo, quais mudanças tem trazido, e quais as perspectivas para o futuro do HUB e dos demais HUF, que desempenham importante papel na área de assistência e formação em saúde.

O objetivo do HUB é ser um hospital orientado para a adoção e desenvolvimento de inovações tecnológicas, com implementação da cultura de humanização (na instituição), com o incentivo às práticas que promovam qualidade de vida no trabalho, com desenvolvimento de ações que contribuam para a cultura

da preservação do meio ambiente e da responsabilidade social. Diante disso, queremos descobrir se a EBSEH tem proporcionado ao HUB as condições necessárias ao alcance das metas almejadas.

## **2.6. Crise nos Hospitais Universitários**

Nas primeiras décadas do século passado, as faculdades da área de saúde, em território brasileiro, usavam os hospitais filantrópicos para a prática e o ensino na área correlata. Nas décadas seguintes, essas faculdades começaram a criar seus serviços e a função assistencial passou a ser usada como suporte para o ensino.

Nessa época, o modelo de assistência *flexeriano* (de Abraham Flexner), adotado nos EUA e nos países sob sua influência, era baseado - entre outras coisas - na pouca ênfase nos aspectos de prevenção e promoção à saúde, na concentração da atenção médica individual e curativa, e na valorização da aprendizagem apenas dentro do ambiente hospitalar. Isso acabou sendo implantado na América Latina e no Brasil, e se tornou predominante até os dias de hoje, apesar das várias propostas de mudanças, sendo, portanto, um dos determinantes históricos para a crise da saúde instalada no Brasil e em alguns países do mundo (Mendes, 1996, 235).

Na década de 90, conforme já foi citado anteriormente, teve início um debate, oriundo do Ministério da Educação, e de alguns especialistas em gestão da saúde, com respeito – inclusive - à Lei Orgânica de Saúde, e que abordou a crise vivida pelos HUE, sugerindo-se portanto, uma mudança radical no formato de sua gestão.

Uma das medidas criadas foi a contratualização e credenciamento dos HUF. Dentre os mais de 6.000 hospitais integrados ao Sistema Único de Saúde (SUS), 154 foram reconhecidos pelos Ministérios da Saúde e da Educação como Universitários (CNES, 2015, p. 01). Destes apenas 52 estão vinculados às Instituições Federais de Ensino Superior - IFES/MEC - segundo critérios

estabelecidos nas portarias interministeriais nº 1.000, 1.005 e 1.006 de 2004 (BRASIL, 2004).

Em levantamento realizado em 2001, chegou-se à conclusão que estes hospitais - sozinhos - são responsáveis por aproximadamente 9% dos leitos, 12% das internações e 24% dos recursos do SUS, destinados ao pagamento de internações (FIDEPS não incluso). Eles responderam também, no mesmo período, por algo em torno de 50% das cirurgias cardíacas, 70% dos transplantes, 50% das neurocirurgias e 65% dos atendimentos na área de malformações craniofaciais [...] (CISLAGHI, 2010, p. 1).

Mais tarde, em outro levantamento realizado, agora em 2003, os resultados não foram muito diferentes, sendo estas instituições juntas, responsáveis por 10,3 % do total de leitos do SUS, 11,8% das internações hospitalares (aferidas através das AIH), 11,6% do total da produção ambulatorial nacional, 25,6 % dos leitos de UTI, e 37,6 % dos procedimentos de alta complexidade, realizados no país (MACHADO; KUCHENBECKER, 2007, p. 04).

Cientes do papel assistencial desempenhado por estas instituições, e uma vez que o Brasil institucionalizou o direito à saúde, a todos os cidadãos brasileiros - ao criar o Sistema Único de Saúde (CF/1988) - tem-se multiplicado nos últimos anos, as discussões e ações, no sentido de melhorar a gestão dos HUs, que são também responsáveis pela formação em saúde, de boa parte dos profissionais que chegam aos hospitais de todo do Brasil. Pode-se dizer então que, entre as questões colocadas como desafios para o desenvolvimento do SUS, estão:

A formação de profissionais de saúde aptos a enfrentarem os problemas de saúde prioritários da população brasileira; a pesquisa, o desenvolvimento de novas técnicas, procedimentos e terapias, bem como a incorporação de tecnologias desenvolvidas alhures, para atender adequadamente a estes problemas; e, finalmente, a garantia do acesso da população aos cuidados de alta complexidade em saúde, imprescindíveis para concretizar a integralidade da assistência (BITTAR et al., 2002, p. 7).

Diante de tal relevância, segue-se a descrição de um quadro geral da crise dos HUs no mundo, e que não difere do contexto brasileiro. Em 1995, um seminário internacional organizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), cujo

intuito era avaliar os Hospitais Universitários em 22 países, originou um relatório descrevendo o quadro crítico vivido por estas instituições, advindo em parte da relação custo-resultado de suas atribuições. A primeira conclusão apresentada foi a de que esses hospitais são muito caros. Isso é compreensível, dado que operam com média e alta complexidade, a partir de modernas tecnologias, além de envolverem ensino e pesquisa em seu *rool* de atividades. Médici (2001, p. 149-151) deixou claro ainda que, “esses hospitais são capazes de reter parcela significativa do orçamento estatal, no gasto total com suas despesas, chegando ao dobro de sua participação no volume de assistência” à população.

De fato, esses hospitais são responsáveis por cerca de 10% dos atendimentos, na maioria dos países, e podem ser responsáveis por, entre 9% até 40% do total de gastos na área. Segundo dados da ABRAHUE - Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino - a realidade brasileira, em 2001 e 2003, mostrou que esses hospitais foram responsáveis por cerca de 9% dos leitos disponíveis à rede, 12% das internações e 24% dos recursos do SUS, consumidos em sua atividade fim, que é a de Hospital Escola. A conclusão final, que remete ao financiamento dos HU, é a de que estes hospitais são 12% mais caros do que hospitais não universitários.

Outrossim, o relatório mostrou que a necessidade de racionalizar gastos, fragilizou ainda mais estas instituições, que, como já mostramos, mantém uma relação entre custos e resultados pouco efetiva. Tal realidade “faz com que os HU tenham cada vez menos capacidade institucional para se envolverem em processos complexos de pesquisa básica e aplicada em saúde” (MÉDICI, 2001, p. 154). Por isso, acabam sendo substituídos por Institutos de Pesquisa e indústrias farmacêuticas e de equipamentos médicos, na área de pesquisa e inovação.

Nesta breve introdução, temos apenas o começo, de uma exposição - conforme atestado pelo relator da OMS - “que foi capaz de ‘quebrar as vidraças’ dos hospitais universitários, e trazer à tona o debate acerca, da formação em saúde para as ruas” (MÉDICI, 2001, p. 149). Outro problema descrito no seminário da OMS é que, embora os Hospitais Universitários sejam mantidos por verbas públicas - em sua grande maioria - eles transformaram-se em instituições independentes, muito

distantes do perfil epidemiológico das populações, e caracterizados pelo domínio dos interesses dos médicos especialistas.

Tem-se então, hospitais que são verdadeiras fontes de prestígio e poder da classe médica; sujeitos ao forte controle dos grêmios de profissionais de saúde, os quais podem manipular a sua gestão, em favor de seus próprios interesses. Em decorrência disso, os HUs tendem a planejar suas atividades de forma independente da demanda e do mercado, praticando em larga escala, o que é ditado pelas necessidades do corpo docente das universidades. Por isso também, que, segundo explicou Médici (2001, p. 153, 155) é muito difícil integrar os hospitais universitários, em redes de referência e contra referência, levando em conta os interesses das corporações citadas, em manter a desvinculação entre as funções do hospital e as reais demandas sociais por saúde.

Outra vertente relativa a essa problemática, muito negligenciada por estas organizações, e que influi no sistema de saúde de forma global, é a indagação de quantos profissionais se devem formar de maneira a ter um paralelo com as necessidades de saúde. Médici (2001, p. 153) dá a entender que, não há tal preocupação porque, afinal de contas, o financiamento da educação não provém do mercado, e sim de fontes orçamentárias públicas (não relacionadas com a demanda pela profissão).

Dando continuidade ao tema, é dito que, apesar de estes hospitais prestarem serviços de atenção primária, a função básica deles é a prestação de serviços de alta complexidade. Neste sentido os participantes do seminário, foram unânimes ao destacar que, seria um desperdício de recursos utilizarem estruturas pensadas para oferecer atividades de alta tecnologia como prestadoras de serviços básicos. Apesar disso, o relatório deixa claro o problema de um HU não atuar no serviço primário, no que se refere à formação prática de médicos e equipes de saúde, que irão atuar em atenção primária. Sem falar que estes hospitais respondem por uma atenção médica basicamente curativa, pouca preocupada com a prevenção (MÉDICI, 2001, p. 151, 153).

Consoante ao argumento de que os HU deveriam atuar somente como unidades de média e alta complexidade, Médici (2001, p. 153) ressalta que o acesso a estes hospitais deveria ter como facilitador uma rede de referência, onde as unidades de menor complexidade resolveriam a maior parte dos problemas, hoje tratados por estes hospitais. Mas, conforme visto anteriormente é muito difícil integrar estes hospitais em redes de referência e contra referência.

Diante do exposto, e uma vez que estas instituições são centros de atração de populações pobres, que buscam solução de qualquer tipo de problema de saúde; deveria haver uma adequada integração com a rede de serviços, para, numa triagem prévia, dos tipos de problemas a serem tratados, poder-se direcionar essas populações às unidades de menor complexidade. Segundo Médici (2001, p. 155) a integração sozinha “seria suficiente para propiciar um atendimento com menor custo, maior efetividade e conseqüentemente, perfeita locação dos recursos”. Entretanto, o que ocorre na prática, é justamente o oposto, resultando em alto risco de encaminhar os pacientes para níveis de complexidade assistencial, maiores e mais caros, que os necessários para resolver os problemas relacionados ao diagnóstico que apresentam (MÉDICI, 2001, p. 153).

Outro ponto que deve ser citado, e que a experiência tem demonstrado, é que os HU a despeito de terem mais recursos físicos e humanos, apresentam forte deterioração de seus padrões de atendimento. Essa situação é particularmente grave porque, segundo explica Médici (2001, p. 153), o não cumprimento de padrões de qualidade e de conduta médica adequada podem deformar o profissional, em treinamento, por toda a sua vida. Infere-se também, segundo colocação do mesmo autor, que, sendo estes estabelecimentos caracterizados pela tecnologia de ponta, qualquer falha na qualidade de suas ações, seja no atendimento, na pesquisa e desenvolvimento tecnológico ou no campo da docência, “pode ferir a autoestima nacional, associada a um dos aspectos mais vulneráveis do imaginário social de uma nação: a sua inteligência” (MÉDICI, 2001, p. 150 e 155). Pode-se dizer então, que estes hospitais desempenham importante papel político na comunidade onde estão inseridos, razão porque devem ser melhor gerenciados.

No caso brasileiro, há ainda o déficit no pagamento dos procedimentos e a falta histórica de reposição de pessoal, que obrigou os HUs a utilizar a maior parte de sua verba de custeio, para a contratação de pessoal terceirizado; no ano de 2001, esse gasto chegou a trinta e seis por cento (36%) da verba, segundo dados da ABRAHUE. Então, esse tipo de contrato ilegal, ocorria sem garantia nenhuma para os trabalhadores, sem falar nas baixíssimas remunerações, prática condenada pelo TCU. Ademais, a passagem dos contratos para as universidades fez estourar ainda mais a dívida dos HUE. Exemplo disso ocorreu na UFRJ, onde o rombo foi de 26 milhões, com pagamento dos chamados extraquadros, em 2009 (CISLAGHI, 2010, p. 03).

Conforme foi citado na introdução desse estudo, em 2003, um movimento liderado pela Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE), e pela Frente Parlamentar da Saúde, fez sucessivas audiências públicas e criou uma Comissão Interinstitucional responsável por avaliar e diagnosticar a real situação dos Hospitais Universitários e de Ensino do país (HUE).

O resultado dessa avaliação apontou para um quadro de intenso desequilíbrio, nos custos de operação destes hospitais, em que, segundo os dados do Ministério da Educação,

Apenas os HU Federais acumulam, por ano, um déficit total de 30 milhões entre o que é produzido e o que é pago, [...] levando a uma dívida acumulada de 425 milhões de reais, mais do que todo recurso do Banco Mundial para o REHUF (CISLAGHI, 2010, p. 03).

Dentre as questões levantadas pela comissão, estava o déficit na tabela de procedimentos e de financiamento, mais a gestão engessada da fundação pública; lembrando que as fundações de direito público são espécie do gênero autarquia, aplicando-se a elas, as mesmas normas, direitos e restrições referentes às autarquias, isto é, dentre as suas limitações está a flexibilização organizacional restrita. Tem-se então, um quadro de intensa e duradoura crise, que acomete os Hospitais Universitários Federais; desde o início dos anos 2000, conforme foi denunciado pela ANDIFES e a própria ABRAHUE (CISLAGHI, 2010, p. 05).

Seguiu-se então, à elaboração de uma política nacional para o setor (LAMPERT et al., 2013, p. 155). Por fim, e sem esgotar o tema, outros problemas e desafios começaram a surgir, resultando no atual quadro de vulnerabilidades, em que, pelo menos em cenário brasileiro,

Devido à enorme carência de recursos de custeio e investimento, poderia ocorrer o fechamento parcial ou total de algumas unidades, onde os indicadores gerenciais demonstraram ineficácia, ineficiência, baixa efetividade e subutilização da capacidade instalada (MÉDICI, 2001, p. 149).

Em face dessa realidade, buscou-se através desta pesquisa, analisar as iniciativas do governo federal para solução de um quadro crônico, que se arrasta a várias gerações e alcança todos os estados brasileiros, comprometendo a formação de profissionais da área de saúde, que irão compor o quadro de servidores do SUS e do setor privado, além de desperdiçar um imenso potencial em termos de assistência à população.

### **3. Metodologia**

#### **3.1. Tipo e Técnicas de Pesquisa**

De forma resumida, pode-se caracterizar a pesquisa como exploratória, face ao objetivo pretendido, isto é, analisar uma organização criada recentemente, e por esse motivo, carente de maiores investigações. A par disso, utilizou-se a estratégia de pesquisa denominada estudo de caso, no intuito de compreender o tema, cuja análise está restrita a um caso específico (circunscrito ao âmbito da EBSEH no HUB). Optou-se também pela forma qualitativa; uma vez que não foi possível agregar elementos de quantificação, devido à restrição de tempo e recursos na produção da pesquisa. O levantamento de dados ocorreu via entrevista do tipo semiestruturada e através de consulta documental, que permitiram a obtenção de dados correlatos à empresa, ao hospital e ao contrato firmado entre ambos (VERGARA 2013, p. 47e 48).

Por fim, o método de análise de dados escolhido foi a análise de conteúdo. A seguir são apresentados alguns conceitos, para que se tenha patente os motivos de tais opções, quanto à metodologia de pesquisa empregada.

##### **3.1.1. Pesquisa do Tipo Exploratória**

A análise proposta neste estudo teve objetivo exploratório, uma vez que a empresa analisada foi criada recentemente. A opção pelo elemento exploratório justifica-se, dado que a literatura científica dispõe de poucos estudos sobre o tema, e as poucas pesquisas disponíveis não permitem um aprofundamento sobre o assunto, além de não haver dados da efetividade desta nova gestão no HUB, pós-contrato assinado em 2013, entre a universidade e a EBSEH.

A pesquisa exploratória pode ser designada como uma investigação empírica cujo objetivo é a formulação de um problema, com tripla finalidade: 1) desenvolver hipóteses; 2) aumentar a familiaridade do pesquisador com um ambiente, fato ou fenômeno; para a realização de uma pesquisa futura mais precisa e/ou; 3) modificar e clarificar conceitos existentes (MARCONI, 1999, p. 87). No caso deste estudo, busca-se conhecer o fenômeno - gestão da EBSEH sobre o HUB - para explicar as causas e consequências (efeitos positivos ou não) do dito fenômeno (RICHARDSON, 1989, p. 281).

Na visão de Theodorson (1970, p. 07), o estudo de campo com objetivo exploratório, tem, entre outras vantagens, a possibilidade de:

[...] usar qualquer um, de uma variedade de técnicas, normalmente com uma pequena amostra, [que] permite ao investigador definir o seu problema de pesquisa, e formular sua hipótese com mais precisão. [Em suma, permite] escolher as técnicas mais adequadas para a investigação, e [...] decidir sobre as questões que mais precisam de ênfase e investigação detalhada, [podendo] alertá-lo para potenciais dificuldades, sensibilidades e áreas de resistência.

Disso, conclui-se que, o tipo de pesquisa exploratória é adequado a pesquisa em questão, principalmente porque não se dispõe de prévio conhecimento sobre o tema/problema analisado (EBSEH). De fato, segundo Mattar (1994, 84) essa abordagem “é apropriada para os primeiros estágios da investigação, quando a familiaridade, o conhecimento e a compreensão do fenômeno, por parte do pesquisador, são geralmente insuficientes ou inexistentes”.

Outro motivo, que levou a essa opção, é o fato de proporcionar - ao estudo - a identificação de variáveis a serem incluídas na pesquisa, donde se deduz que traz maior riqueza à análise. Além disso, o déficit de tempo e recursos disponíveis justificou a escolha pelo tipo exploratório de pesquisa, já que, segundo Kinnear e Taylor (1987, p. 10): “[as pesquisas exploratórias] são usualmente utilizadas na investigação preliminar da situação, com um mínimo de custo e tempo, auxiliando o pesquisador a conhecer mais apuradamente o assunto de seu interesse”.

### 3.1.2. Forma de Pesquisa Qualitativa

Os estudos de campo qualitativos não têm um significado preciso, havendo na literatura muitas divergências quanto ao seu conceito. Mas, de forma geral, a pesquisa qualitativa é definida como um método que, não se traduz em números, e que pretende verificar a relação da realidade com o objeto de estudo, ou seja, obter dados descritivos, chegando a várias interpretações de uma análise indutiva, por parte do pesquisador. Dito em poucas palavras, esse método não pretende numerar categorias e sim descrever a complexidade de determinado problema, através da compreensão e classificação dos processos dinâmicos descritos. Flick et al. (2000, p.13) complementam a definição, ao afirmar que, a pesquisa qualitativa é percebida como um ato subjetivo de construção, e por isso, é característico desta, a descoberta e a construção de teorias.

Em síntese, pode-se definir a pesquisa qualitativa como “aquela cujo objetivo é organizar sistematicamente os dados, de forma que possibilitem o fornecimento de respostas ao problema de investigação” (FERREIRA, 2001, p. 41). Neste caso, trabalha-se predominantemente com dados qualitativos, isto é, a informação coletada pelo pesquisador não é expressa em números, ou então os números e as conclusões neles baseadas representam um papel menor na análise.

Dentro desse conceito, os dados qualitativos incluem também, informações não expressas em palavras, tais como: fotografias, vídeos e até mesmo linguagem corporal dos entrevistados (TESCH, 1990, p. 50). No que se refere à área administrativa, esse método (forma) pode estar associado com a coleta e análise de texto (falado e escrito), que nas diferentes técnicas analíticas são interpretados hermeneuticamente.

Vale frisar, no entanto, que a pesquisa qualitativa não deve ser entendida, puramente como instrumento usado para estudar a qualidade de um objeto; bem como não se deve afirmar que entre as formas - qualitativa e quantitativa - exista uma relação de oposição; ainda que seja bastante comum, ao revisar a literatura, notar-se um contraponto entre ambas. Em todo caso, a dicotomia entre as formas

qualitativa e quantitativa pode, na verdade, ser uma falsa dicotomia, pois informações qualitativas podem ser contadas, e dados quantitativos podem ser interpretados.

Dito de outra forma, a pesquisa qualitativa tem foco na interpretação de dados, ao invés de quantificação; sua ênfase direciona-se à subjetividade de interpretação ao invés da objetividade, fato que é compreensível dado que um dos focos de interesse é a perspectiva dos entrevistados. Além disso, a forma qualitativa é descritiva; trabalha com pressupostos; busca profundidade; incentiva a refletir e interpretar; e trata de valores, opiniões e representações. No fim, ela permite uma maior flexibilidade no processo, ao permitir ao pesquisador trabalhar com situações (temas, variáveis) desconhecidas, que não permitem a definição exata, a priori, dos caminhos que a pesquisa irá seguir.

Há ainda a orientação para o processo e não para o resultado, vez que a ênfase está no entendimento e não num objetivo pré-determinado, como na pesquisa quantitativa. E existe a possibilidade de utilização do contexto, como no caso do comportamento das pessoas, que podem estar ligados a elementos intimamente relacionados à formação de experiência, de resultados (CASSEL; SYMON, 1994, p. 127 - 129).

Dito isso, a pesquisa qualitativa justifica-se face às qualidades (oportunidades) que o método representa, e dado que se dispõe de pouco tempo e recursos para análise, impossibilitando a adoção de métodos estatísticos, de quantificação. Há também, relativo déficit de conhecimento sobre o tema, visto que a empresa, objeto de pesquisa, é recente (foi criada em 2011), e ainda não se dispõe de dados quanto a sua efetividade de gestão no Hospital Universitário de Brasília.

Para finalizar, deve-se ressaltar que a forma qualitativa pode ser tão rigorosa cientificamente quanto a pesquisa quantitativa; do que se deduz que é lamentável o pouco destaque que ela recebe dos pesquisadores, que tendem a evitá-la, em nome de uma pretensa neutralidade científica e de um rigor metodológico próprio da ciência natural (FALCÃO, 2006, p. 15).

### 3.1.3. Estudo de Caso Simples

Diante do objetivo traçado - explorar a atuação da EBSEH sobre o HUB - a estratégia de investigação escolhida foi o estudo de caso simples. Genericamente, pode-se traduzir o estudo de caso como uma investigação empírica, que compreende formas quantitativas e/ou qualitativas de pesquisa, caracterizando-se principalmente pelo estudo concentrado (abrangente) de um único caso, com a lógica do planejamento, da coleta e da análise de dados; podendo, em algumas ocasiões, ser do tipo múltiplo. Yin (2005, p. 01) justifica o caso único quando o estudo representa: a) um teste crucial da teoria existente; b) uma circunstância rara ou exclusiva; c) um caso típico ou representativo ou; d) quando o caso serve a um propósito revelador ou longitudinal.

Já os casos em que se opta por realizar múltiplos estudos de caso, segundo o mesmo autor, pode ser muito desafiador (complicado) ao pesquisador, em comparação ao caso único, uma vez que é mais ampla e robusta a quantidade de dados para análise. Assim, embora em casos múltiplos, o pesquisador tende a sair premiado com a ampliação das possibilidades de replicações teóricas e generalizações, a partir de constatações e cruzamentos dos resultados dos casos; não se dispõem de tempo, nesta pesquisa, razão porque, optou-se pelo caso simples (único), dispensando-se a adoção de dados quantitativos.

Resumidamente, a pesquisa qualitativa permite a escolha de um fenômeno, objeto de estudo (caso específico, bem definido, contextualizado em tempo e lugar), bem delimitado pelo interesse em casos individuais (caso singular), que pode proporcionar ao pesquisador - que assim o desejar - o aprofundamento de seus conhecimentos, a partir de uma busca circunstanciada de informações, com o fim de conhecer esse fenômeno. E as situações em que o estudo de caso é preferível, face às demais estratégias de pesquisa, ocorrem quando: a) as principais questões da pesquisa são: Como? ou Por quê? b) quando o pesquisador tem pouco ou nenhum controle sobre eventos comportamentais do fenômeno estudado e; c) o foco de estudo é um fenômeno contemporâneo (em vez de um evento histórico).

A par disso, optou-se por esta estratégia, por ser útil em casos exclusivos (situação nova, empresa recém criada), por permitir a exploração de situações, cujos limites não estão claramente definidos (não há estudos referentes à atuação da empresa, no HUB); por preservar o caráter unitário do objeto estudado (o caso específico EBSEH-HUB); por permitir uma descrição do contexto, em que está sendo feita a investigação (cenário atual); pelo potencial na formulação de hipóteses ou teorias novas, através da explicação de variáveis causais, do que levou à criação da empresa e os efeitos de sua atuação no hospital (GIL, 2009, p. 54). Temos então, um estudo de caso contemporâneo, contextualizado em tempo e lugar, que carece de maiores descrições, como é o caso da definição de causa e efeito, que embasem uma teoria a respeito da efetividade de uma empresa pública, na gestão de um hospital da rede SUS.

#### **3.1.4. Entrevista Semiestruturada**

Foram aplicadas - neste estudo de caso - as seguintes técnicas de pesquisa: a) entrevista semiestruturada e b) coleta de dados documental. Por entrevista entenda-se o encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações, a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional. Existem três tipos de técnicas de entrevista: 1) Não Estruturada; 2) Estruturada e; 3) Semiestruturada (VERGARA, 1998 p. 53 e 55).

Na Entrevista 'Não Estruturada', o entrevistador tem liberdade para desenvolver cada situação em qualquer direção que considere adequada. Essa liberdade permite explorar mais amplamente uma questão, através de perguntas abertas, que podem ser respondidas dentro de uma conversação informal.

A Entrevista 'Estruturada' é aquela em que o entrevistador segue um roteiro previamente estabelecido; onde as perguntas feitas ao indivíduo são predeterminadas. O motivo da padronização é obter dos entrevistados respostas às

mesmas perguntas, permitindo “que todas elas sejam comparadas com o mesmo conjunto de perguntas, em que as diferenças de resposta refletem discrepâncias de opinião entre os respondentes e não diferenças nas perguntas” (LODI, 1974, p. 16). Neste caso o pesquisador não é livre para adaptar suas perguntas a determinada situação, nem de alterar a ordem dos tópicos ou de fazer outras perguntas.

E há também, a Entrevista Semiestruturada, que foi a opção deste estudo, e que não difere da entrevista estruturada, senão, apenas, pela liberdade que ela dispõe de adaptar as perguntas, introduzindo novas questões ao diálogo. Para Triviños (1987, p. 146) a entrevista semiestruturada tem como característica o uso de questionamentos básicos, que são apoiados em teorias e hipóteses, que se relacionam ao tema da pesquisa, sendo que, esses questionamentos dariam frutos às novas hipóteses, surgidas a partir das respostas dos informantes. Logo, o foco principal acaba sendo colocado pelo investigador-entrevistador, que tem a liberdade de introduzir novas perguntas, se julgar necessário (TRIVIÑOS, 1987, p. 152). Assim, depreende-se que essa modalidade pode fazer emergir informações de forma mais livre, onde as respostas não estão condicionadas a uma padronização de alternativas.

Diante do exposto, optou-se por esta configuração, por permitir, à pesquisadora, ir além da programação predefinida e incorporar novas perguntas, surgidas durante a entrevista, que por ventura se mostrem importantes para compreensão do tema estudado. Esta flexibilidade de procedimento permitiu um aporte melhor de dados e fontes, para a interpretação dos resultados, pela própria entrevistadora. Isso possibilitou a confecção de um trabalho mais rico. No que tange às perguntas predefinidas, essas estão anexas ao apêndice “A”.

### 3.1.5. Pesquisa Documental

Além da entrevista, optou-se também, pela coleta de dados documental, porque proporciona dados qualitativos, de desempenho real e de regulamentos e procedimentos, que permitem uma configuração exata, e, portanto, uma compreensão da organização estudada. Quanto à definição do termo, entende-se a pesquisa documental, como aquela que objetiva “identificar informações factuais, nos documentos, a partir de questões e hipóteses de interesse” (ANDRE, 1986, p. 38). Lembrando que, a fonte de levantamento dos dados está restrita a documentos; escritos ou não, contemporâneos ou retrospectivos, primários, pois os secundários são fonte bibliográfica.

Helder (2006, p. 01-02) atribuiu especial valor a pesquisa documental, por permitir ao pesquisador valer-se de documentos originais, que ainda não receberam tratamento analítico por nenhum autor. Cellard (2008, p. 298) aconselha, no sentido de constituir um *corpus-satisfatório* de pesquisa, que antes de recorrer aos documentos, devem-se esgotar todas as pistas capazes de lhe fornecer informações interessantes. Por fim, a pesquisa documental justifica-se, à medida que contribui para o levantamento de possíveis divergências entre a criação, implementação e desempenho da empresa analisada; bem como permite levantar divergências entre os dados apresentados pelos entrevistados, a realidade e o que diz a literatura sobre o assunto (VERGARA, 1998, p. 55).

## **3.2. Caracterização da Organização Pesquisada**

### **3.2.1. EBSEH**

Essa seção visa apresentar dados de caracterização das organizações investigadas, no afã de embasar a análise, no sentido de permitir uma perfeita compreensão destas, para que se tenha condições de questionar com maior amplitude, e chegar a fatores emergentes, que podem influir nos resultados do estudo. Um ponto que merece atenção, desde já, é que, a empresa, no que tange ao REHUF, está obrigada a manter relações com todos os HUF, quanto à liberação de verba do programa para, consecução do escopo descrito no programa. No que se refere a atuação da empresa, no apoio ao hospital, isto é, todas as funções pactuadas em contrato, a EBSEH está obrigada a concretizar as ações transigidas - logicamente - somente com as filiais.

A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH) é uma empresa pública dotada de personalidade jurídica de direito privado, integrante da Administração Pública Indireta, criada em dezembro de 2011, por intermédio da lei 12.550, para atuar na área de saúde. Por personalidade jurídica de direito privado, entenda-se, indicativa de que, no exercício de suas atividades, quase sempre irá se submeter a um regime próprio de empresas privadas, e não que o patrimônio estatal será vendido ao setor privado. A empresa tem sede e foro em Brasília/Distrito Federal, e atua em todo o território nacional, podendo criar subsidiárias, sucursais, filiais ou escritórios e representações no país (dessas existem apenas as filiais-hospitais em vários estados). Por filiais entenda-se, o conjunto de unidades descentralizadas da EBSEH, constituído pelos hospitais universitários federais, que contratarem a empresa, com a função precípua de prestar apoio ao hospital, no sentido de que este possa executar sua função de assistência à saúde e integração respectiva ao ensino e à pesquisa.

A partir da criação da EBSEH, essa passou a ser a instituição responsável pela gestão do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários

Federais (REHUF), destinado à recuperação dos hospitais vinculados às Instituições Federais de Ensino Superior (IFES), integrados ao Sistema Único de Saúde (SUS), isto é, independente de filiação à empresa ou não. O REHUF dispõe sobre o financiamento compartilhado - dos HUF - entre as áreas da educação e saúde, sob regime da pactuação global com os hospitais. As ações desenvolvidas pelo programa visam: a) a instituição de mecanismos adequados de financiamento, igualmente compartilhados entre as áreas da educação e da saúde; 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 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.

A EBSEH está vinculada ao Ministério da Educação (MEC). Por vínculo, frisa-se, não é subordinação, trata-se de ligação para fins de controle finalístico, também chamado de supervisão ministerial (BRASIL, 2011). Deve-se destacar que, mesmo não estando vinculada ao Ministério da Saúde (MS) a EBSEH deverá observar as orientações da Política Nacional de Saúde, de responsabilidade do Ministério da Saúde.

Segundo site da instituição, a empresa possui patrimônio próprio e capital social, cem por cento (100%) público, totalizando R\$ 5.000.000,00 (cinco milhões de reais), integralmente sob a propriedade da União, podendo ser aumentado e integralizado com recursos oriundos de dotações consignadas no orçamento da União, bem como pela incorporação de qualquer espécie de bens e direitos suscetíveis de avaliação em dinheiro. Capital social é um fundo em dinheiro ou qualquer espécie de bens e direitos suscetíveis de avaliação em dinheiro, que tem a função de garantir os fins previstos para a empresa e assegurar aos seus credores, a capacidade de saldar possíveis dívidas. Tem-se então que, similar as entidades da Administração Pública, além de autonomia administrativa e patrimonial, a EBSEH possui autonomia financeira (ainda que relativa).

A finalidade da empresa é prestar serviços gratuitos, de assistência médico hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade; no

âmbito do SUS, além de prestar serviços 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, em consonância com as diretrizes do Poder Executivo; observados, nos termos do art. 207 da Constituição, a autonomia universitária.

A missão da EBSEH é aprimorar a gestão dos Hospitais Universitários Federais e congêneres, prestar atenção à saúde de excelência e fornecer um cenário de prática adequado ao ensino e pesquisa, para docentes e discentes. Observe que a missão da empresa é prestar serviços gratuitos à comunidade, portanto a alegada privatização (levantada por movimentos, muitos dos quais sindicais) deve ser bem entendida, uma vez que privatizar envolve entre outras coisas, a relação econômica de mercado, o que não é o caso aqui; além disso, a empresa tem a missão de prestar serviços gratuitos às instituições de ensino, apoiando as mesmas e não as substituindo. A par da missão, há ainda a visão da organização, que consiste em ser referência na gestão de Hospitais Universitários Federais (e congêneres), prestando atenção à saúde de excelência e fornecendo um cenário de prática, adequado à formação profissional e à geração de conhecimento em saúde. Os valores da EBSEH, conforme expressos no portal da instituição, são: ética; transparência; compromisso social; solidariedade; responsabilidade ambiental e compromisso com a excelência.

As competências da empresa envolvem, além das descritas em sua finalidade: a) apoiar a execução de planos de ensino e pesquisa, de instituições federais de ensino superior e de outras instituições públicas congêneres, cuja vinculação com o campo da saúde pública ou com outros aspectos da sua atividade torne necessária essa cooperação, em especial na implementação de residência médica ou multiprofissional e em área profissional da saúde, nas especialidades e regiões estratégicas para o SUS; b) prestar serviços de apoio à geração do conhecimento em pesquisas básicas, clínicas e aplicadas, nos hospitais universitários federais e congêneres; c) prestar serviços de apoio ao processo de gestão dos hospitais universitários federais e congêneres, com a implementação de sistema de gestão único, com geração de indicadores quantitativos e qualitativos, para o estabelecimento de metas; d) coordenar o processo de certificação dos

Hospitais de Ensino, de forma articulada com os Ministérios da Educação e da Saúde e; e) exercer outras atividades inerentes às suas finalidades, nos termos da Lei nº 12.550/2011, do Estatuto Social e do Regimento Interno da empresa.

Como ocorre em todas as empresas públicas, em virtude de sua personalidade jurídica de direito privado, o regime de contratação de pessoal, permanente da EBSEH (sede), é o da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e legislação complementar. O acesso a esses empregos públicos segue a regra, constitucionalmente imposta, do concurso público de provas ou de provas e títulos. Assim, os funcionários da empresa são agentes públicos, não podendo ser confundidos com os servidores públicos estatutários, que são aqueles que ocupam cargos públicos. De acordo com o site da organização, integram o quadro de pessoal da sede (em maio de 2015), duzentos e vinte e dois (212) funcionários, incluindo: a) os ocupantes dos cargos de Presidente e Diretor, estabelecidos no Estatuto da Empresa; b) os cargos ou funções gratificadas; c) os empregados públicos admitidos na forma do art. 10 da Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011 e, d) os servidores públicos requisitados de outros órgãos.

O número de hospitais que assinaram contrato com a empresa, até maio de 2015, totaliza trinta (30) hospitais, de vinte e cinco (25) Universidades da Federação. Outros estão em vias de contratualização. Até o presente foram realizados vinte e oito (28) concursos públicos, entre 2012 e 2015. O quadro funcional dos hospitais filiados à EBSEH totaliza onze mil e quatrocentos e seis (11.406) funcionários, entre servidores públicos e empregados públicos. Aqui cabe fazer uma ressalva, o número de funcionários, descritivo neste parágrafo, advém de documento enviado pela Gestão de Pessoas da empresa, e pode variar, dado que novas convocações de concursos finalizados podem ocorrer, nos hospitais, durante o período de composição da pesquisa.

Quanto às compras, sendo as Instituições Federais de Ensino Superior (IFES), integrantes da Administração Pública, devem seguir o que determina o art. 37, inciso XXI, da Lei 8.666/03, a qual obriga a adoção de processo de licitação pública, nos contratos da administração, inclusive os de serviços, ressalvados os casos especificados na legislação. O Estatuto das Licitações (Lei 8.666/03) trabalha

com duas hipóteses de contratação direta: a inexigibilidade de licitação e as dispensas de licitação. A dispensa de licitação pode ser subdividida em duas espécies, a licitação dispensável, onde o administrador tem discricionariedade para decidir se licita ou contrata diretamente, nos termos do Art. 24 da Lei 8.666/93; e a Licitação Dispensada, na qual é imposto ao administrador não licitar. No caso específico da EBSEH, a Lei 12.550/2011 em seu artigo 5º, traz o seguinte: “é dispensada a licitação, para a contratação da EBSEH pela administração pública, para realizar atividades relacionadas ao seu objeto social” (BRASIL, 2011).

Por fim, o prazo de duração da empresa, não foi estipulado, sendo apenas definido como: ‘por tempo indeterminado’. Entretanto, o depoimento de um dos entrevistados da pesquisa fala do período mínimo de atuação (existência) da empresa, que seria vinte (20) anos. O gestor explicou que, o projeto de lei previa, que estes contratos eram, inicialmente, indefinidos, entre a empresa e a universidade; [mas] os órgãos da Procuradoria Geral da República entenderam que, o ideal seria limitar em 20 anos de início, prorrogados daí por quantas vezes fossem necessárias. Então há um prazo de contrato de vigência, que não é de dois (02) anos (como alguns pensam), mas, são de 20 anos no mínimo.

O período de dois (02) anos refere-se ao tempo de transição (da gestão pela fundação, para a gestão através da EBSEH).

### **3.2.2. Hospital Universitário de Brasília (HUB)**

O Hospital Universitário de Brasília (HUB) é uma instituição hospitalar pública, vinculada à Universidade Nacional de Brasília (UNB) e ao Ministério da Educação (MEC). “Considerando o número atual de leitos, do HUB, esse é classificado como um hospital de médio porte” (PDE/HUB, 2014-2016, p. 52); cuja missão institucional é desenvolver ações de ensino e pesquisa, em consonância com a função social da universidade, articuladas à assistência de média e alta complexidade; ofertada universal e gratuitamente aos pacientes do SUS, sob regime da política do atendimento de qualidade, de acordo com princípios éticos e humanísticos; estando

proibido o atendimento de convênios privados. A Visão da instituição é ser um hospital de excelência, acreditado para cuidados de média e alta complexidade, ensino e pesquisa, em um contexto humanizado e interdisciplinar. Os Valores do hospital são: a) ética; b) transparência; c) compromisso social; d) solidariedade; e) responsabilidade ambiental e; d) compromisso com a excelência.

O quadro de profissionais do hospital é composto de diferentes vínculos, incluindo colaboradores da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), da Fundação Universidade de Brasília (FUB), do Ministério da Saúde (MS), da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) e terceirizados, que atuam nas áreas de coperagem, vigilância, higienização, apoio administrativo e assistencial. O HUB possui hoje (meados de 2015) um quadro total de funcionários de mil e vinte e quatro (1.024) colaboradores, regidos pela política de gestão de pessoal, calcada no tratamento equânime para todos os trabalhadores que atuam na instituição, independentemente do tipo de vínculo, respeitando a diversidade das atribuições e das necessidades inerentes ao complexo cenário de um hospital de ensino.

O HUB é campo de estágio curricular obrigatório de cursos da Universidade, e dos campi: Darcy Ribeiro, Ceilândia e Gama; além disso, deve atender às necessidades dos programas de pós-graduação, dentre os quais a residência médica, sob a forma de curso de especialização. Quanto à residência multiprofissional, ela é importante por proporcionar aos profissionais de outras áreas da saúde, que não a médica, o desenvolvimento de competências e habilidades, que os auxiliem na atuação multiprofissional, qualificando-os para atuarem de forma eficaz no sistema de saúde. Lembrando que, do HUB saem a maioria dos profissionais de saúde, que atuam nos hospitais de todo Distrito Federal.

Em outubro de 2010 o HUB ganhou um núcleo da Rede Universitária de Telemedicina (RUTE); segundo iniciativa do Ministério da Ciência e Tecnologia, que visa aprimorar a infraestrutura de comunicação do hospital, para o desenvolvimento das ações de Telesaúde. Essa medida possibilitou a integração aos projetos existentes na Rede (como os SIGs / *Special Interest Group*), bem como a participação de iniciativas inovadoras na área da educação em saúde, o que exerce

impacto positivo na qualidade do cuidado em saúde, especialmente quando se considera o papel do HUB como unidade formadora de recursos humanos.

### **3.2.3. Caracterização do Contrato**

O Termo de Adesão é o instrumento pelo qual a instituição federal de ensino ou instituição congênera assume o compromisso de adesão ao projeto da EBSEH, concedendo-lhe plenos poderes para a realização de diagnóstico situacional do hospital, que precederá o estabelecimento do contrato. Observe que, não é o hospital que assina contrato com a empresa, e sim as instituições federais de ensino ou instituições congêneras, aderidas à EBSEH, por meio de Termo de Adesão e Contrato (Art. 44 do Regimento Interno da empresa).

A implantação da gestão, pela EBSEH - nos hospitais - segue então, os seguintes passos: 1) assinatura do termo de adesão/contrato; 2) diagnóstico situacional do hospital, feito de forma conjunta (IFES/EBSEH); 3) estabelecimento de metas para o hospital; 4) escolha da equipe de governança; 5) treinamento da equipe e; 6) apoio e monitoramento. Os resultados esperados são: modernização da gestão, reestruturação da força de trabalho, reestruturação da infraestrutura física e tecnológica, qualificação da gestão financeira e orçamentária; visando a excelência na atenção à saúde e na formação profissional.

O contrato conterá ainda: a) as obrigações dos signatários; b) as metas de desempenho, indicadores e prazos de execução; c) a respectiva sistemática de acompanhamento e avaliação, contendo critérios e parâmetros a serem aplicados; d) a previsão de que a avaliação de resultados obtidos, no cumprimento de metas de desempenho e observância de prazos, pelas unidades da EBSEH, será usada para o aprimoramento de pessoal e melhorias estratégicas na atuação perante a população e as instituições federais de ensino ou instituições congêneras, visando ao melhor aproveitamento dos recursos destinados à EBSEH e; e) mecanismos de controle social.

A assinatura do contrato, além das obrigações nele consignadas, impõe de imediato - à EBSEH - a observância de medidas para o cumprimento da meta de abertura de novos leitos, dentro do prazo de 01 (um) ano. Sobre a vigência de contrato assinado com a instituição de ensino, a legislação da empresa foi omissa e não define prazo de duração, devendo seguir as normas de contratos previstas na Lei 8.666/93. Nos contratos assinados até agora (junho de 2015), encontramos referência à vigência por prazo indeterminado, justificando-se tal excepcionalidade (já que em regra os contratos têm prazo determinado), pela natureza do serviço prestado e do objeto da contratada.

Uma das partes integrantes do contrato é o Plano de Reestruturação de 2013 (Anexo II do contrato), que contém ações estratégicas para saneamento das condições precárias identificadas no hospital, para o período máximo de doze (12) meses; estando previsto também, o dever da contratada em produzir relatórios semestrais, do cumprimento destas metas. Outro ponto do contrato faz menção à relação de servidores da Fundação Universidade de Brasília (FUB), que permanecerão em exercício no hospital; dado que a transferência destes servidores (médicos, técnicos de enfermagem, etc.), para a FUB (universidade), poderia resultar em funcionários atuando sob desvio de função. Quanto aos servidores, que exercem função administrativa ou de apoio técnico, a contratada (EBSEH) e o contratante (HUB) avaliarão conjuntamente a conveniência e oportunidade de sua manutenção ou cessão à fundação. Por fim, sem pretender esgotar o tema, um dos termos do contrato traz a vedação do atendimento de pacientes de convênios particulares (1ª cláusula). Isso, em tese, desfaz uns dos argumentos de que a empresa teria a intenção de privatizar a saúde, começando pelos hospitais universitários federais. Demais cláusulas e obrigações, ou outros temas correlatos, ver contrato, no anexo 'A' da pesquisa.

### 3.3. Seleção dos Participantes

Para a realização das entrevistas, achou-se por bem escolher dois representantes de cada órgão, que compusessem o quadro diretivo das organizações. Assim, seriam selecionados, dois (02) gestores da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e dois (02) gestores do Hospital Universitário de Brasília (HUB). Quanto ao hospital, foi possível entrevistar apenas um dirigente, que hoje exerce função gerencial de importância, e que apresenta plenas condições para descrever a relação da EBSERH com o hospital, dado que é profundo conhecedor do contrato e de seus efeitos sobre o HUB. Outrossim, ele dispõe de excelente grau de formação, tanto na área médica quanto na administrativa. Desta forma, foi possível apreender um quadro geral do sucesso ou fracasso da gestão EBSERH no HUB.

No que se refere à empresa, não foi possível entrevistar o seu presidente, pelo seguinte motivo: a EBSERH está sob comando de presidente interino, desde fevereiro de 2015, enquanto aguarda nomeação do novo presidente, que deve ocorrer em junho; além disso, o ex-presidente, que atuou no cargo desde a fundação da empresa, está fora de Brasília, exercendo a função de superintendente do Hospital Escola de São Carlos.

Por conta disso, optou-se por entrevistar um gestor, que atua na missão de reestruturação destes hospitais, desde antes do surgimento da EBSERH, e outro gestor, que assumiu o cargo em 2012, e que possui larga experiência, tanto em gestão como no comando diretivo da empresa. Desta forma conseguiu-se a representatividade de um dos mais altos postos de gestão da empresa; sem contar que os entrevistados possuem excelente grau de formação, experiência em gestão e conhecimento do funcionamento da EBSERH. Ao todo, então, foram entrevistados três dirigentes: dois (02) da EBSERH e um (01) do Hospital Universitário de Brasília (HUB); todos ocupantes de cargo administrativo.

### 3.3.1. Perfil Biográfico e Profissiográfico dos Entrevistados

O primeiro entrevistado é do gênero masculino; pertencente à faixa etária adulta (entre 50 e 70 anos); graduado em Ciências Econômicas (em 1978), e especializado em Administração Financeira e Orçamentária. Atualmente é mestrando em Administração Pública. O gestor é experiente na área gerencial pública, onde trabalhou por 41 anos. Consta em seu currículo a atuação em uma empresa da administração indireta, do estado de São Paulo, por 10 anos; bem como, na direção, coordenação e gerência, em diversas áreas, de Planejamento Administração e Finanças, de uma autarquia vinculada ao MEC, desde 1984 (31 anos). Atualmente, exerce função diretiva na EBSEH, desde que foi cedido à instituição, em 2012.

O segundo entrevistado é do gênero masculino, pertencente à faixa etária adulta (entre 60 e 70 anos); graduado em Medicina, e foi professor do departamento de cirurgia, da Universidade Federal do Paraná, cargo no qual se aposentou, depois de 37 anos de docência. O dirigente atuou também, na área de gestão de hospitais, por 12 anos; sendo chefe e coordenador de medicina, diretor clínico, além de ter participado ativamente no diagnóstico e projeto de reformas dos hospitais universitários, do Ministério da Educação (MEC), em 2009. Atualmente o gestor exerce cargo diretivo na EBSEH, desde sua fundação em 2011.

O terceiro entrevistado é do gênero masculino, pertencente à faixa etária adulta (entre 40 e 60 anos), graduado em medicina pela Universidade Nacional de Brasília. Possui em seus dados profissionais o grau de especialista em dois campos: gestão pública da saúde e residência médica (clínica médica, cardiologia e UTI). Além disso, o gestor é mestre em engenharia aplicada a dados médicos (baseada em inteligência artificial) e doutorem Ciências da Computação. Esse dirigente tem registrado, em seu Currículo *Lattes*, o exercício da medicina em importantes órgãos da administração pública federal e distrital. Também exerceu a função de chefe de UTI no HUB e docência em nível de graduação. É, portanto, experiente em gestão, na área de saúde pública, em diversos setores (Cardiologia, UTI, informática e

Pronto Socorro). Atualmente desempenha importante função na gestão do Hospital Universitário de Brasília, depois de atuar como vice-diretor e diretor do hospital, na antiga gestão, através da FUB-UNB.

### **3.4. Procedimentos de Coleta de Dados**

A pesquisa obteve informações em documentos escritos, oficiais e de acesso público, através do site da EBSEH; dentre os quais, o regimento interno da empresa, leis e normas, além de cartilha sobre a empresa, e do plano diretor estratégico do HUB.

Também foram levantados dados através de entrevista, do tipo semiestruturada, seguindo um roteiro de questões - acrescido ao apêndice "A" da pesquisa - composto de cinco (05) perguntas predefinidas (padronizadas). Segue-se então, aos procedimentos empregados.

O primeiro contato com os dirigentes da EBSEH, solicitando permissão para realização da entrevista, ocorreu via e-mail, o qual recebeu resposta positiva, e posterior ligação telefônica para agendamento.

A primeira entrevista teve início dia 19 de maio de 2015, na sede da EBSEH, com um pedido de autorização para gravar o depoimento, sob a ressalva de utilizar a gravação, somente para os fins da pesquisa, preservando assim, os dados de voz do entrevistado, resguardando o direito de personalidade deste, conforme previsto no código civil.

A pesquisadora obteve consentimento para gravar o depoimento, que teve início a partir de uma breve apresentação sua, citando nome, curso e universidade, bem como o título da pesquisa e o tempo previsto para finalização da entrevista.

A duração do depoimento, previsto para ser de quinze (15) até no máximo trinta (30) minutos, ultrapassou o cronograma, chegando a 45 minutos de duração. Não havendo intercorrências e feitas todas as cinco (05) perguntas predefinidas, além de algumas indagações surgidas espontaneamente durante a conversa, foi finalizada a gravação com um cordial agradecimento pela participação. Em seguida, a entrevista foi transcrita pela pesquisadora, com exatidão de conteúdo, sem abreviações ou modificações, para uma melhor captação de informações relevantes à análise.

A segunda entrevista ocorreu logo em seguida à primeira, isto é, no mesmo dia (19 de maio de 2015), na sede da EBSEH, com poucos minutos de intervalo entre elas. O procedimento foi o de praxe, solicitação de autorização para gravação, apresentação pessoal da pesquisadora, com o compromisso de preservar os dados de voz do entrevistado, e obteve-se por fim, a permissão para gravar a entrevista.

A duração do depoimento, prevista para ser de quinze (15) até no máximo trinta (30) minutos, manteve o cronograma, finalizando pontualmente em 30 minutos. Não havendo intercorrências, e feitas todas as cinco (05) perguntas predefinidas, além de algumas indagações, que haviam surgido na primeira entrevista, sem nenhuma adicional, prosseguiu-se ao encerramento da gravação, com um cordial agradecimento pela atenção e participação do entrevistado. Em seguida, a entrevista foi transcrita pela pesquisadora, com exatidão de conteúdo, sem abreviações ou modificações.

A última entrevista, agora com o gestor do HUB, foi solicitada via e-mail, e posterior contato telefônico. Recebendo resposta positiva, foi feito o agendamento, definindo o dia e horário para acontecer. O gestor solicitou então, um termo de consentimento de participação em entrevista, o qual foi redigido (conforme apêndice "B" da pesquisa) e entregue no dia da entrevista, com dados e assinatura da entrevistadora-pesquisadora.

O depoimento foi colhido no HUB, no dia 10 de junho de 2015, e seguiu procedimento padrão: pedido de autorização para gravar a conversa, sob a ressalva de utilizar a gravação, somente para os fins da pesquisa, preservando os dados de

voz do entrevistado, resguardando o direito de personalidade deste, conforme previsto no código civil. A duração do depoimento, prevista para ser de quinze (15) até no máximo trinta (30) minutos, durou quinze (15) minutos, sendo suficiente ao fim pretendido.

Não havendo intercorrências, e feitas todas as cinco (05) perguntas predefinidas e adaptadas ao contexto do hospital, ocorreu o encerramento da gravação, com um cordial agradecimento pela atenção e participação do entrevistado. O Termo de Consentimento de Participação em Entrevista foi entregue ao gestor, e estabeleceu-se o compromisso de enviar-lhe cópia da gravação, conforme solicitado. Assim foi feito.

### **3.5. Análise dos Dados Coletados**

Após a etapa de coleta de dados, segue-se a análise criteriosa do material coletado. Lembrando que, esses dados podem advir de fontes primárias e até mesmo secundárias, e pode ter origem interna ou externa à organização pesquisada. Os dados foram importantes para a formação de conceitos e teorizações acerca do assunto estudado. Merece destaque, no entanto, que estas informações, tendem a chegar ao investigador, em estado bruto, precisando passar por um processamento, no sentido de facilitar o trabalho de compreensão, interpretação e inferência da análise proposta. Dada a importância dessa fase para o resultado da pesquisa, serão definidos alguns termos, para então prosseguir-se à análise propriamente dita.

Por análise entenda-se: “o exame de cada parte de um todo para conhecê-lhe a natureza, as funções” (FERREIRA, 2001, p. 41). Disso se entende que, o objetivo da análise é organizar sistematicamente os dados obtidos em documentos e entrevistas, de forma que possibilitem a produção de respostas ao problema de investigação.

Como os dados provenientes de documentos escritos ou não, devem passar por uma decodificação, deve-se conhecer os diferentes procedimentos para alcançar o significado das comunicações nele cifradas. Neste sentido, Chizzotti (2006, p. 98) explica que, a análise, em pesquisa científica requer “a escolha do procedimento mais adequado, [mas, isso] irá depender do material a ser analisado, dos objetivos da pesquisa e da posição ideológica e social do analisador”. Desta forma, optou-se, nesse estudo de caso, pelo tipo ‘Análise de Conteúdo’; e o motivo será descrito a seguir.

Optou-se por este tipo de análise, por se tratar de uma técnica bastante refinada, que permite ao pesquisador auferir compreensão, interpretação e inferências das informações subjacentes aos dados coletados. Flick (2009, p. 291) ressalta que, esse tipo de investigação é um dos procedimentos mais utilizados em pesquisa, quando se pretende analisar material textual.

Chizzotti (2006, p. 98) argumenta que, o objetivo da análise de conteúdo “é compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas”. Freitas et al. (1997, p. 09) frisa ainda, que essa técnica exige muita dedicação, paciência e tempo do pesquisador, dado ser exigido deste, o valer-se da intuição, da imaginação e da criatividade, principalmente na definição de categorias de análise; requerendo portanto, muita disciplina, perseverança e rigor, sem o qual não se pode esperar o alcance do objetivo pretendido.

Escolhido o tipo de análise, e apreendido o termo, segue-se que, dependendo do tipo de pesquisa, algumas etapas são sugeridas, no sentido de facilitar a análise de dados. Essas são (a título de exemplo): a preparação dos dados (pré-análise), a codificação/tabulação dos dados (classificação), a categorização das informações, a análise propriamente dita (análise e interpretação das informações), e a composição do relatório final (BARDIN, 2006, p.38 e 121). Frisa-se, que esta classificação é genérica, podendo ser numerada ou traduzida de várias maneiras, a depender da tese adotada pelos especialistas (acadêmicos).

### **3.6. Limitações do Estudo**

Dado que não foi possível a utilização do método quantitativo, na análise proposta, em função da falta de tempo e de recursos, para uma coleta de dados mais ampla; e visto que a empresa é muito recente, e o tempo mínimo para uma aferição adequada de sua efetividade é de cinco (05) anos, conforme frisou um dos dirigentes entrevistados; sem esquecer que não foi possível a entrevista de outros atores sociais, interligados às organizações analisadas (como funcionários e pacientes do HUB), não se pode afirmar que a pesquisa é livre de imperfeições; entretanto, obteve-se resultado favorável, quanto à gestão da empresa, no Hospital Universitário de Brasília, conforme se deduz dos dados coletados.

A par disso, face às distintas realidades, diferenças regionais e epidemiológicas, além de portes diferenciados, não se pode generalizar o resultado aos demais HUFs, recomendando-se, para tanto, o saneamento das limitações aqui experimentadas, isto é, recomenda-se a aplicação de dados quantificadores, com ampliação do escopo de hospitais e entrevistas à funcionários e pacientes do HUB ou dos hospitais pesquisados; além de uma análise das inovações utilizadas pela empresa, para melhor gestão de suas filiais e do programa REHUF; isso para que se possa ampliar a visão acerca da efetividade desse modelo, na gestão pública em saúde.

## **4. Discussão dos Resultados**

### **4.1. Diagnóstico do HUB**

Em decorrência de contrato assinado em janeiro de 2013, entre o Hospital Universitário de Brasília e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), surgiu a necessidade de realizar-se um diagnóstico do hospital, resultando na identificação de uma série de problemas críticos, com potencial de comprometer o funcionamento e gerenciamento da instituição. Em decorrência disso, a EBSERH utilizou ferramentas de gestão, para delinear o Plano de Reestruturação (2013) do HUB; cujas ações estratégicas representaram intervenções de curto prazo, no intuito de começar a sanear os problemas identificados.

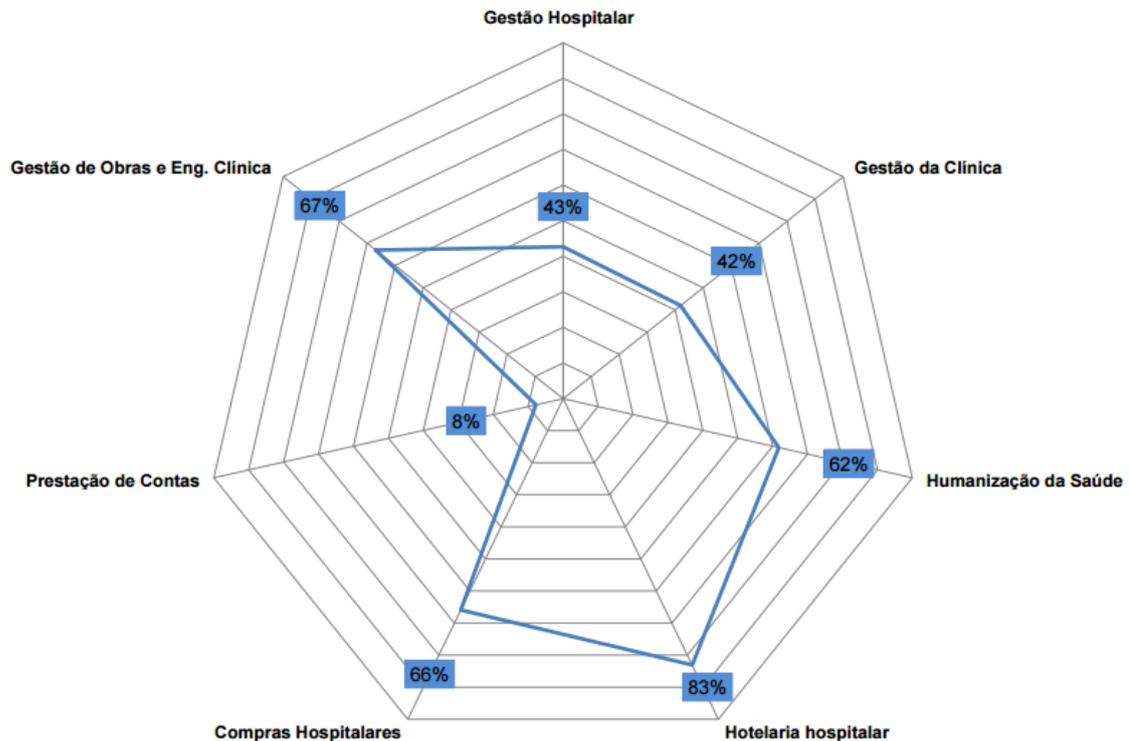
Esse plano constituiu-se, portanto, em um instrumento de pactuação de compromissos, entre a EBSERH e o Hospital, no sentido de melhorar a gestão do HUB. Dado que o plano, anexo ao contrato de gestão, foi descritor das ações estratégicas, planejadas para o hospital, em 2013, recorre-se a ele, no sentido de analisar a situação do HUB, antes do contrato, e com o propósito de identificar as medidas sugeridas pela EBSERH; em que se pese a responsabilidade desta, em recuperar o hospital, tirando-o da condição de instituição em crise.

Pretende-se com isso, descobrir se houve resultados positivos, especialmente sob a ótica dos efeitos notados pelos gestores. Também se utilizou o Plano Diretor Estratégico (2014-2016), que é uma continuação do plano anterior, só que mais detalhado, isto é, reformulado.

Segue-se então, que o levantamento de dados, da fase de diagnóstico, foi comparado com os modelos de referência, com as diretrizes do plano estratégico e com as determinações legais. Segundo a análise do grupo gestor ampliado (gestores do HUB) e do grupo Afinidade (participantes do HUB, em um MBA em Gestão de Saúde, no Hospital Sírio Libanês); lembrando que, foram realizadas reuniões semanais, com o Grupo Afinidade, para elaboração do PDE, e com o

Grupo Gestor Ampliado, para validação desta construção. O resultado mostrou a aderência do HUB à lista de contribuições, conforme exposto na figura abaixo:

**Figura 1: Aderência do Hospital por Modelo de Referência**



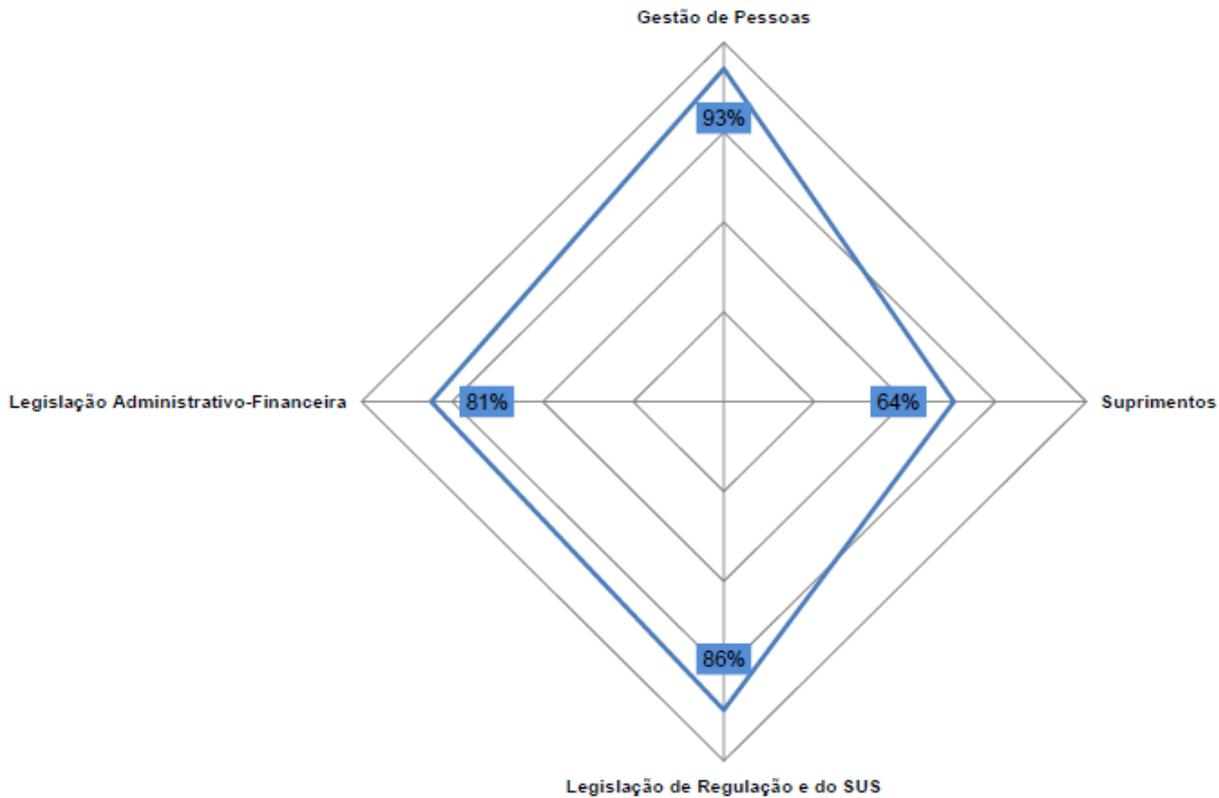
**Fonte: PDE/HUB, 2014-2016.**

Através desses resultados, nota-se que o HUB apresentou 56% de aderência às boas práticas definidas nos Modelos de Referência. Disso se abstrai que, entre os sete modelos avaliados, com suas respectivas listas de contribuições, a Hotelaria Hospitalar é a que mais se destaca, pelo resultado positivo de 83% de aderência. Por outro lado, a Prestação de Contas é o Modelo, onde mais se evidenciou o potencial de melhoria, face à baixa aderência atual (PDE/HUB, 2014-2016, p. 63).

A equipe de especialistas que acompanhou a elaboração do Plano Diretor Estratégico do HUB (Grupo Afinidade) formulou planilhas, onde os profissionais do hospital assinalaram a adesão, relativa à Legislação do Sistema Único de Saúde, Legislação Administrativo-Financeira, Legislação de Suprimentos e Legislação de Gestão de Pessoas. Como resultado, o HUB apresentou 84% de aderência às

exigências normativas referentes às legislações citadas. O nível de aderência, consolidado por tema, é apresentado na figura a seguir.

**Figura 2: Análise de Gaps**



Fonte: PDE/HUB (2014-2016).

**Aderência do HUB (por tema) da Lista de Aderência às Normativas.**

De acordo com o quadro, a Gestão de Pessoas apresentou o resultado mais positivo, com noventa e três por cento (93%) de aderência, seguida da Legislação SUS, com oitenta e seis por cento (86%). A Legislação Administrativo-Financeira obteve oitenta e um por cento (81%), de aderência e a Legislação de Suprimentos, apenas, sessenta e quatro por cento (64%).

Outra ferramenta de gestão, utilizada no diagnóstico situacional do HUB, e que foi útil à formulação do Plano de Reestruturação (2013) e do PDE (2014-2016) e, por conseguinte, útil à análise desta pesquisa, foi a matriz *SWOT*- acrônimo dos termos ingleses *Strengths* (Forças), *Weaknesses* (Fraquezas), *Opportunities*

(Oportunidades) e *Threats* (Ameaças) [...], em português - matriz FOFA - Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças(PDE/HUB, 2014-2016, p. 67).Essa ferramenta é utilizada para fazer análise de cenários (análise de ambiente), interno e externo à organização; sendo usada, portanto, como base para a gestão e planejamento estratégico do HUB. Obteve-se então, o seguinte cenário:

### Ambiente Interno

**Quadro 1: Forças - HUB**

<b>Forças - Vantagens competitivas internas</b>		
#	Vantagens	Descrição
1	Serviço de excelência	Vários serviços do hospital são referência local e nacional, por exemplo, oncologia, dermatologia, otorrinolaringologia.
2	Residência Médica reconhecida nacionalmente	Programas avaliados como nota A pelas respectivas sociedades como Anestesiologia e Dermatologia
3	Implantação do Núcleo de Regulação Interna	Faz gerenciamento de leitos e já iniciou a fase de regulação de consultas, tem sido elogiado até pelos residentes
4	Ouvidoria	Implantada após o contrato com a Ebserh, tem retroalimentado a gestão, além de aumentar o nível de satisfação do usuário
5	Qualificação da gestão	Uma gestão mais profissional e mais participativa tem melhorado a eficiência das chefias

Fonte: Plano de Reestruturação do HUB (2013).

**Quadro 2: Fraquezas - HUB**

<b>Fraquezas - vulnerabilidades da empresa</b>		
#	Fraquezas	Descrição
1	Transição conflituosa	Dois regimes de trabalho diferentes (CLT e RJU), com remuneração diferente têm levado a conflitos na comunidade interna
2	Infraestrutura precária	Apesar do investimento, o hospital ainda possui uma infraestrutura muito deficiente, que fica mais comprometida com os vários canteiros de obras. Este ambiente inadequado piora o estresse ocupacional e intensifica os conflitos já citados
3	Dissociação ensino/pesquisa/assistência	Os professores se sentem alijados das decisões sobre o novo funcionamento do hospital, intensificando um conflito crônico
4	Falta de processos em áreas estratégicas	Muitas ações seguem fluxos particulares, sem processos institucionais definidos
5	Falta de médicos em áreas estratégicas	O concurso não supriu o total de médicos para as áreas estratégicas, o que dificulta a contratualização e a inserção do HUB na rede

Fonte: Plano de Reestruturação do HUB (2013).

## Ambiente Externo

**Quadro 3: Oportunidades - HUB**

Oportunidades - forças externas favoráveis		
#	Oportunidades	Descrição
1	Contrato com a Ebserh	Possibilidade de saneamento financeiro, qualificação da gestão e contratação de pessoal
2	Proximidade física com a Ebserh Sede	Possibilidade de negociações mais ágeis
3	Incentivo ministerial para participação dos hospitais universitários na Rede SUS	Tanto o MEC como o MS estão interessados na participação dos hospitais universitários nas redes de atenção à saúde, isto facilita a conversa com o gestor local
4	Mudança no currículo de graduação dos cursos da saúde	A ênfase na atenção primária facilita a discussão e implementação das linhas de cuidado que perpassam os vários níveis de atenção
5	Credibilidade e tradição da Universidade de Brasília	O alcance do nome UnB favorece negociações políticas

Fonte: Plano de Reestruturação do HUB (2013).

**Quadro 4: Ameaças- HUB**

Ameaças - obstáculos externos		
#	Ameaças	Descrição
1	Dificuldade de contratualização com o gestor local	O gestor enxerga o hospital mais como um prestador de serviço do que como um componente da rede
2	Mercado de trabalho médico aquecido	O salário oferecido pela Ebserh é pouco atrativo para algumas especialidades
3	Pouco apoio administrativo da UnB no período de transição	Retirada de pessoal, pressão para demissão dos SICAPs e falta de apoio logístico ao ensino
4	Outros Hospitais Universitários	Competição pelo financiamento da Ebserh.

Fonte: Plano de Reestruturação do HUB (2013).

A análise do ambiente externo do HUB forneceu insumos no sentido de aproveitar as oportunidades e evitar as ameaças desse ambiente (incontrolável). Com referência aos pontos fortes e fracos (elementos internos do hospital), estes serviram - principalmente - para avaliar a forma como o HUB realiza seu trabalho interno, quanto à gestão, quanto ao desenvolvimento e quanto à eficiência da assistência, ensino e pesquisa (PDE/HUB, 2014-2016, p.67 e 68).

O exame da interação entre os fatores da Matriz SWOT do hospital, mostrou que as oportunidades advindas do contrato com a EBSEH, e das mudanças nos currículos de graduação, dos cursos da saúde, permitem o desenvolvimento da instituição, com fortalecimento das áreas de excelência e uma melhoria das fraquezas apontadas. Por outro lado, as ameaças percebidas indicam a relevância do planejamento estratégico com um plano de ação capaz de minimizar o efeito que essas ameaças têm sobre as fraquezas, de forma a viabilizar o crescimento.

Essa conclusão adveio da interação entre fatores, conforme parâmetros descritos no quadro abaixo:

**Quadro 5: Matriz SWOT do HUB**

		AMBIENTE INTERNO									
		FORÇAS					FRAQUEZAS				
		Serviço de Excelência	Residência Médica reconhecida nacionalmente	Implantação do Núcleo de Regulação Interna	Ouvidoria	Qualificação da Gestão	Transição conflituosa	Infraestrutura precária	Dissociação ensino-pesquisa-assistência	Falta de processos em áreas estratégicas	Falta de médicos em áreas estratégicas
AMBIENTE EXTERNO AMEAÇAS	Dificuldade de contratualização com o Gestor local	x		x		x	x	x		x	x
	Mercado de trabalho médico aquecido	x	x				x	x			x
	Pouco apoio administrativo da UnB no período de transição					x			x		
	Outros hospitais universitários	x	x				x		x	x	x
AMBIENTE EXTERNO OPORTUNIDADES	Contrato com a Ebserh	x	x		x	x	x	x		x	x
	Proximidade física com a Ebserh Sede	x				x		x			x
	Incentivo ministerial para participação dos HUs na Rede SUS	x	x	x							
	Mudança no currículo de graduação dos cursos da saúde	x	x						x	x	
	Credibilidade e tradição da UnB	x	x						x		

#### Matriz SWOT do HUB – Interação entre fatores

Segue-se assim, à descrição dos principais problemas identificados no HUB, e que serviriam de base para a análise dessa pesquisa. De forma geral, foram identificados nove (09) macroproblemas, conforme descritos no quadro abaixo:

**Quadro 6: Brainstorming de Macroproblemas**

	Macroproblema
1	HUB/SES: cumprimento de metas e relacionamento político
2	HUB/UnB: integração e controle da pesquisa
3	Gestão de Pessoas:
4	Estrutura Física
5	Modelo Assistencial
6	Planejamento
7	Papéis e Processos
8	Comunicação
9	Equipamentos

Fonte: PDE/HUB - 2014-2016.

De forma detalhada, foram apontados os seguintes 'Nós Críticos' (causas sobre as quais incidirão as ações do plano de ação) dos macroproblemas do HUB:

**Quadro 7: Nós Críticos**

Nós Críticos dos Macroproblemas do HUB	
<b>Gestão de Pessoas</b>	1. Não cumprimento de carga horária
	2. Inexistência de reconhecimento profissional
	3. Indefinição do processo de avaliação de desempenho
<b>Contratualização</b>	1. Equipamentos inativos/inefetivos;
	2. Demora de laudos;
	3. Absenteísmo de pacientes;
	4. Irregularidade de abastecimento de insumos críticos para a alta complexidade
	5. Ausência de dimensionamento atualizado da assistência;
	6. Registro inadequado de 30% da produção;
	7. Identificação do papel do HUB nas Linhas de Cuidado das redes prioritárias: Rede de Urgência e Emergência, Rede Cegonha, Oncologia, Saúde Mental.

<b>Gestão da Clínica</b>	1. Gestão documental da clínica incipiente;
	2. Falta de monitoramento de indicadores de qualidade e segurança;
	3. Implantação incipiente dos protocolos de segurança do Ministério da Saúde;
	4. Regulação interna incipiente;
	5. Ausência de trabalho em equipe multiprofissional.
<b>Gestão de Compras</b>	1. Ausência de manuais de procedimentos e de controles;
	2. Falta de auxílio técnico, em tempo adequado, da área demandante;
	3. Acompanhamento inadequado do consumo;
	4. Falta de análise crítica pós-pregão
<b>Dificuldade de integração entre Assistência e Ensino e Pesquisa</b>	1. Falta de incentivo ao docente em atividades assistenciais e de pesquisa no HUB;
	2. Falha de comunicação entre a gestão superior do HUB e as faculdades;
	3. Falta de salas de aula/ambulatório para reunião de casos clínicos e atendimento;
	4. Falta de preceptoria para residência multiprofissional;
	5. Falta de uma política definida de pesquisa pelo HUB

Fonte: PDE/HUB (2014-2016)

#### Nós Críticos - Macroproblemas do HUB

Esse cenário está em perfeita consonância com o que foi descrito pelos gestores entrevistados, quando questionados a respeito das dificuldades e desafios enfrentados pelo hospital, na consecução de sua missão em assistência (com excelência) à saúde dos cidadãos, aliada ao ensino (com qualidade), na formação dos profissionais de saúde e no desenvolvimento de tecnologia para a área de saúde.

Segue-se então, para comparação e/ou confirmação, os principais problemas identificados pelos gestores, conforme citados em depoimento; lembrando que

outros pontos importantes podem ter sido olvidados, isto é, podem não ter sido citados em entrevista, visto que a rotina dos entrevistados é de intenso trabalho e responsabilidade, e posto que as entrevistas ocorreram neste íterim.

De forma sintética, pode-se numerar a situação do HUB, antes do contrato assinado com a EBSEH, de acordo com o descrito pelos gestores da empresa e do hospital, da seguinte forma:

**Quadro 8: Diagnóstico situacional do HUB**

Diagnóstico do HUB / Principais Problemas	
1.	Falta de servidores e um quadro de funcionários precarizados.
2.	Problemas na Infraestrutura Física: edificações envelhecidas.
3.	Problemas no Parque Tecnológico: equipamentos obsoletos, quebrados ou parados; contratos de manutenção inadequados.
4.	Leitos desativados (30 leitos paralisados).
5.	Gestão pouco Eficiente.
6.	Problemas de Financiamento (dívidas).
7.	Problemas na Contratualização.
8.	Falta de medicamentos e produtos para a saúde (Insumos).

**Diagnóstico situacional do HUB, na visão dos gestores entrevistados.**

## 4.2. Análise - Efetividade da EBSERH

A par do cenário descrito, buscou-se junto aos dirigentes entrevistados, levantar questões referentes às ações propostas, objetivando comparar a situação imediatamente anterior ao plano de reestruturação, com o atual cenário do hospital, em que se pese a possibilidade de oferecer subsídios ao aprimoramento da gestão da EBSERH e do HUB.

Pretende-se então - com essa análise - compreender o alcance e os efeitos das ações planejadas pela empresa, com vistas a sanar os nós críticos identificados no diagnóstico situacional do HUB. Vale lembrar que, a falta de tempo não permitiu a utilização de dados estatísticos, nem permitiu uma ampliação do escopo de entrevistas. Sugerindo-se, às pesquisas futuras, ampliação desse escopo, para uma melhor avaliação.

Em vista dos problemas identificados no Hospital Universitário de Brasília, foram delineadas ações estratégicas, com vistas à reestruturação e revitalização deste hospital. Essas ações estão centradas, nas seguintes áreas/objetivos:

**Quadro 9: Ações Estratégicas**

Ação/ Área
Recuperação da Infraestrutura
Investimentos em TIC
Recuperação do Parque Tecnológico
Investimentos em Pessoal
Investimentos em Gestão da Clínica
Modernização da Gestão e Estruturação da Gestão Compartilhada

## Investimentos em Ensino e Pesquisa

### Ações Estratégicas por Área

Um dos pontos destacados pelo plano de reestruturação (2013) fez referência à capacidade instalada do HUB. Em 2012, o hospital dispunha de duzentos e noventa e nove (299) leitos, mas, com as obras, que estavam em andamento, a previsão era de uma ampliação desse número de leitos (PR/HUB, 2013, p. 05). Portanto - frisa-se - uma das obrigações da EBSERH, previstas no contrato assinado com a universidade de Brasília, era justamente, a abertura de novos leitos, que deveria ocorrer, obrigatoriamente, no primeiro ano de vigência do contrato, isto é, em 2013. A Tabela abaixo descreve o número de leitos por área, antes da intervenção no HUB.

**Quadro 10: Relação de Leitos (2012)**

TIPO DE LEITO	QUANTIDADE EXISTENTE	QUANTIDADE EM FUNCIONAMENTO
CLÍNICA CIRÚRGICA	66	66
CLÍNICA MÉDICA	67	67
OBSTÉTRICO CIRÚRGICO	28	28
PEDIÁTRICO CLÍNICO	16	16
PEDIÁTRICO CIRÚRGICO	25	25
ALOJAMENTO CONJUNTO	31	31
HOSPITAL-DIA/ CIRÚRGICO/ DIAGNÓSTICO/ TERAPÊUTICO	10	10
UNIDADE DE EMERGÊNCIA	20	20
LEITOS DESATIVADOS	36	36
TOTAL	299	299

**Fonte: SIS-REHUF, Diagnóstico Situacional. Plano de Reestruturação (2013).  
Distribuição dos leitos de internação / HUB (2012).**

Havia-se então, conforme metas estabelecidas no Plano de Reestruturação inicial, a meta de ampliação de cento e cinco (105) leitos para o ano de 2013.

**Quadro 11: Ações Estratégicas (2013)**

Metas de ampliação de serviços:	
AMPLIAÇÃO DE LEITOS HOSPITALARES - 2013	QUANTITATIVO
UTI Neonatal	6
UTI Adulto Cirúrgica	13
UTI coronariana	10
Unidade intermediária ou semi-intensiva	16
<b>TOTAL DE NOVOS LEITOS INTENSIVOS</b>	<b>45</b>
Saúde Mental	25
Leitos dia	14
Leitos Clínico-Cirúrgicos de Agudos	21
<b>TOTAL NOVOS LEITOS GERAIS</b>	<b>60</b>

Fonte: Plano de Reestruturação (2013)

Ações Estratégicas e Metas para 2013

Para 2014, com reformas em várias áreas do hospital, a expectativa era de uma ampliação no número de leitos em cento e três (103) vagas, nos seguintes espaços:

**Quadro 12: Ampliação de Leitos (2014)**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidade de Terapia Intensiva Adulto: a capacidade aumentará de seis para dezenove (19) leitos;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: passará de quatro para dez (10) leitos;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidade de Terapia de Cuidados Intermediários Neonatais terá oito (08) leitos;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maternidade, com trinta e um (31) leitos;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centro de Saúde Mental com vinte e cinco (25) leitos;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidade Coronariana, com dez (10) leitos.</li> </ul>

Fonte: Portal EBSEH (PDE/HUB/2014-2016). Previsão de Ampliação no Número de Leitos para 2014

Para 2015-2016, a expectativa é acrescentar leitos novos, nos seguintes espaços:

**Quadro 13: Ampliação de Leitos (2015-2016)**

• Na nova Unidade de Emergência com ampliação de 18 para (35) leitos
• Na nova Unidade Intermediária Clínica: criação de doze (12) leitos
• Na nova UTI Adulto com ampliação de 6 para (19) leitos.
• Na nova UTI Neonatal/UCIN com ampliação de 6 para quinze (15) leitos
• Na nova Maternidade com ampliação de 21 para trinta (30) leitos.
• Na nova Unidade Saúde Mental: criação de vinte e cinco (25) leitos
• Na nova UTI clínica: criação de dezessete (17) leitos
• Na nova UTI Coronariana: criação de dez (10) leitos

**Fonte: portal EBSEERH. Previsão de Ampliação no Número de Leitos para 2015-2016.**

Consoante ao exposto, eventualmente, o número de abertura de novos leitos pode ter sido menor, dado a atraso em algumas obras. A seguir, serão apresentadas as descrições e opiniões dos gestores entrevistados, concernente aos efeitos das ações definidas pela EBSEERH, para reestruturação e revitalização do HUB.

No que se refere aos resultados da parceria entre o hospital e a empresa, em seu primeiro ano de vigência, os dirigentes foram unânimes ao relatar que houve ampliação no número de leitos, mas, destacaram também, que não adianta aumentar a capacidade instalada, sem um correspondente aumento no número de servidores, (incluindo médicos). Assim, o gestor um (01) expressou bem a questão, ao afirmar que não adianta fazer esforços no sentido de dotar os hospitais (HUF filiados à EBSEERH) de equipamentos novos, de última geração, e com áreas reformadas, se não houver pessoas para operacionalizar o serviço.

Tal realidade não atende a questão do aprendizado e não atende a questão do público alvo, que precisa de assistência à saúde. Além do mais, sem assistência, não se pode ensinar os alunos; ou melhor, sem uma assistência de qualidade, acaba-se por ensinar a estes discentes como não se deve fazer, porque, ambos, ensino e assistência estão atrelados. Em outras palavras, parafraseando o pensamento do gestor, “este é um binômio inseparável, em que você só ensina bem se você assiste bem”. Neste sentido, concorda o dirigente do HUB, ao relatar que se

melhorou muito o ensino dentro do hospital, porque foi melhorada a assistência, através da gestão EBSEH.

O gestor dois (02) também confirmou isso, ao ser questionado sobre os obstáculos e desafios para o sucesso da parceria entre a EBSEH e o Hospital Escola de Brasília. Ele relatou ainda que, a maior dificuldade da empresa está na fixação da categoria de médicos; e frisou que, embora isso não seja um privilégio do HUB, pois é um fato característico do meio (saúde pública); Brasília, a título de exemplo, sofre com a falta de médicos, apesar de ter uma das maiores relações médicos habitantes do país; e no caso específico do HUB, faltam pediatras e médicos intensivistas na neonatologia, e tudo porque, segundo o gestor entrevistado, estes profissionais não querem trabalhar em hospitais públicos.

Então a dificuldade é fixar essa categoria no serviço público, e disponibilizar médicos ao HUB. Tem-se, portanto, segundo destacaram os dirigentes da empresa, um problema significativo para a EBSEH, que já fez várias intervenções no hospital, no sentido de melhorar as condições de infraestrutura física, e de equipamentos, e até de pessoal de apoio para os novos leitos, mas não havendo médicos para fazer o hospital funcionar, não se obtém sucesso. Pergunta-se então: quais as razões que culminaram nessa realidade? E o que fazer para resolver isso? Foi o que questionou o gestor dois (02), e o motivo estaria na carga horária e nos salários estabelecidos pela EBSEH e pelo Ministério do Planejamento, que não são compatíveis com a realidade da região, que oferece salário superior ao do HUB, além de uma carga horária, que permite a acumulação de cargos. Tanto é que, essa realidade fez com que a perda de pessoal no HUB chegasse a 29%.

**Tabela 1: Relação de Convocados e Efetivos**

Convocação	Convocados	Efetivos
1º	250	172
2º	179	109
3º	250	198
4º	121	97
	Total = 813	Total = 583

Fonte: PDE/HUB 2014-2016. Número de convocados e efetivos por convocação.

Quanto à possível solução disso, a resposta inequívoca do gestor dois (02) foi: 'através da política de cargos e salários'. Dado que, o salário dos médicos - em Brasília - não é competitivo, a empresa foi obrigada a rever o seu plano de cargos e salários, além de discutir outras ações, a nível trabalhista, como a flexibilização na distribuição da carga horária. Tais elementos, segundo o gestor, facilitariam a fixação dos médicos no HUB.

Desse cenário, nota-se, que um dos maiores problemas que a empresa tem enfrentado, para melhor equipar os hospitais universitários (e o HUB não foge à regra) é no sentido de que estes profissionais queiram trabalhar nos HUF, e assim se atenda ao objetivo assistencial e educacional para o qual estas instituições foram criadas.

No que tange à falta de servidores no HUB, esse é um infortúnio antigo, que surgiu em 1990, quando o hospital foi cedido definitivamente pelo INAMPS à Universidade de Brasília (UNB). O primeiro efeito dessa cessão foi uma perda progressiva do quadro de funcionários do antigo instituto, em paralelo com a falta de reposição dos postos vagos por aposentadorias ou por abandono relacionado aos baixos salários (PDE/HUB, 2014-2016, p. 16).

Para se ter uma ideia, em 2010 o déficit no quadro funcional do HUB era de seiscentos e onze (611) funcionários, sendo metade do quadro (ativo), composto de funcionários mantidos sob regime de contratação precarizado (ilegal), segundo o TCU. E foram práticas como essas, que levaram o Tribunal de Contas a instituir o Acórdão nº 1.520/06, que determinava a substituição dos terceirizados irregulares (áreas finalísticas) de toda administração (direta, autárquica, fundacional) por concursados. Para piorar, não adiantava solicitar ao Ministério do Planejamento, autorização para abrir novos concursos, sob regime jurídico único (RJU), porque não era concedido. As IFES ficaram oito (08) anos sem essa almejada autorização (TCU, 2008, p. 63); isso devido à necessidade de ajuste fiscal do Governo Federal, lembrando que concurso público, gera encargos fixos ao Estado, e isso requer previsão em orçamento (dotação orçamentária).

Essa realidade foi tal, que em 2010, foi instaurado, no âmbito da Procuradoria da República do Distrito Federal, a partir de representação firmada por profissionais de saúde do Hospital Universitário de Brasília, uma ação civil pública, para garantir tutela jurisdicional condenatória da União e da Fundação Universidade de Brasília (FUB) em obrigação de fazer concurso público para provimento das 611 (seiscentas e onze) vagas citadas, dos cargos de profissionais e prestadores de serviços, incluindo para provimento de 81 (oitenta e um) cargos de médicos e de 51 (cinquenta e um) cargos de médicos plantonistas, medida considerada urgente no sentido de solucionar a grave crise que assolava o HUB.

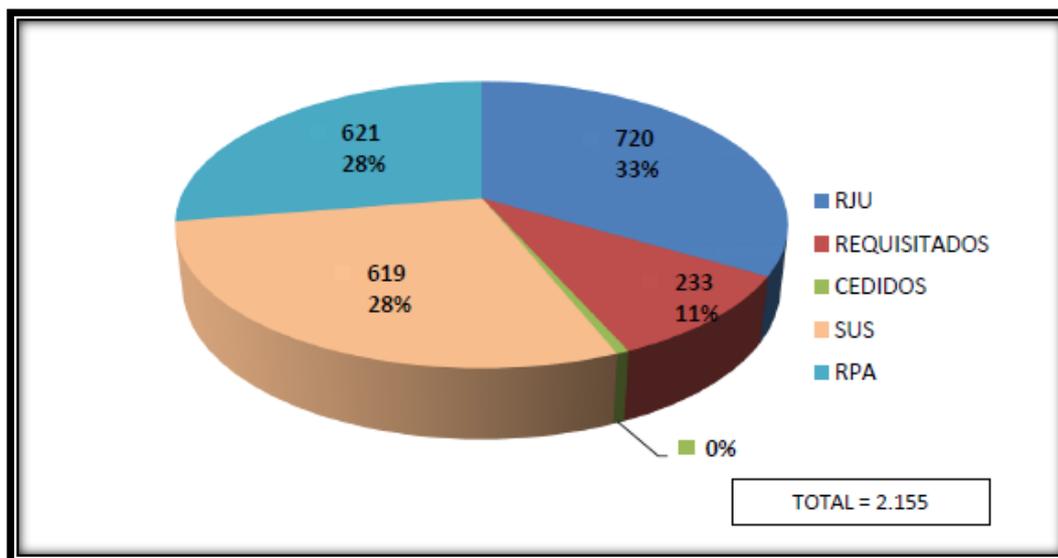
Além disso, a manutenção desses contratos precarizados, por décadas, trouxe outro incômodo. Como essa força de trabalho era baseada em regime jurídico distinto do estatutário, não era permitido que fossem custeados pelo MEC, e, portanto, acabavam sendo pagos com recursos do próprio hospital, endividando-o ainda mais. Para se ter uma ideia, no HUB, a situação era uma das piores, em que sessenta por cento (60%) dos recursos advindos de pagamentos do SUS eram usados para custear os salários do quadro terceirizado. Isso levou à dívida com fornecedores porque o hospital era obrigado a pagar pessoal, com a verba que deveria ser destinada a cobrir os custos dos procedimentos realizados. Por conta dessa situação, a dívida só crescia.

Por fim, esse cenário parece apresentar sinais de mudança, uma vez que, com a entrada da empresa, e a utilização de um sistema mais flexível de contratação - regime CLT - os concursos foram autorizados pelo Ministério do Planejamento para acontecerem em todos os HUF filiados à EBSEH. Isso, segundo o gestor dois (02), resolve a questão, porque a contratação de pessoas via concurso público celetista - diferente dos terceirizados - faz com que o custeio seja do Tesouro Nacional, sendo, portanto, garantido, qualquer encargo trabalhista, pelo próprio tesouro, evitando-se assim, que a fundação e o próprio hospital sofram mais do que já sofreram, com dívidas na manutenção de funcionários.

Como ponto positivo, observou-se então, a partir do relato dos entrevistados, e a partir de dados tirados do site da EBSEH, um cenário promissor, com a realização de vinte e oito (28) concursos públicos em todo Brasil. Para o hospital da

UNB foram designadas mil quatrocentas, e sessenta e duas (1.462) vagas, sendo metade para substituir funcionários com contratos precários, também denominados SICAP - Sistema de Cadastramento Unificado de Prestação de Serviços (PDE/HUB, 2014-2016, p. 92).

Figura 3: Força de Trabalho do HUB



Força de trabalho segundo vínculo trabalhista. Hospital Universitário de Brasília, 2º quadrimestre de 2012.

Fonte: PDE/HUB (2014-2016)

#### Legenda:

RJU/CLT MEC/CTU	Regime Jurídico Único / Consolidação das Leis do Trabalho. Ministério da Educação / Contrato Temporário da União.
Fundação	Pessoal contratado por meio de fundações de apoio.
SUS	Pessoal pago com recursos do SUS (Situação em extinção)
Cedido	Em exercício de cargo em comissão ou função de confiança.
Requisitado	Transferência do exercício do servidor ou empregado, sem alteração da lotação no órgão de origem e sem prejuízo da remuneração e demais direitos.

**Observação: RPA (com duração de até 20 anos).**

Os dirigentes entrevistados (da EBSERH) foram proeminentes nesta questão, frisando mais uma vez que, houve casos em que se operou a compra de equipamentos para determinadas áreas, mas, que não podiam ser utilizados porque faltava a realização de obras de adequação, para instalação dos equipamentos; e nos casos em que havia equipamentos novos (instalados), obras prontas, permitindo

até abertura de novos serviços, faltavam ainda os funcionários, para operar o sistema. Então existe uma série de fatores que se interconectam e que precisam de uma intervenção em cadeia, sem o qual não se pode falar em resultados ou sucesso dessa parceria.

Lembrando que, segundo os gestores, a importância do contrato, entre outros motivos, está em viabilizar a alocação de pessoas, dada a carência dos hospitais (HUB incluso), por recursos humanos. Além disso, a empresa oferece aporte a estas instituições, no sentido de qualificar o quadro gerencial, através de treinamentos. Tanto que hoje, existe uma parceria com o hospital Sírio Libanês, para treinar as equipes dos hospitais (um MBA em Gestão de Saúde); em que já se treinou cem (100) gestores dos HUF - só no ano passado - dez (10) de cada hospital filiado à empresa, no sentido de que eles apreendam o modelo de governança hospitalar, que é aplicado no hospital Sírio (referência em gestão de excelência). E agora a empresa está com mais de 150 pessoas em treinamento. “Isso se constitui em mais um fator positivo, observado nos HUF, e também no HUB, dentre tantos outros que já são evidentes”, relatou um dos gestores da empresa.

Houve destaque também, para o fato de que, embora se tenha evoluído na área de contratação de pessoal, com mais de doze mil novos funcionários contratados para os HUF, num universo de vinte e cinco (25) mil que já estão autorizados, ainda assim, há muito que ser feito, principalmente no HUB, porque nele, em algumas áreas, o concurso acabou sendo fracassado. Então, neste hospital não há ainda, mão de obra suficiente; e o concurso público não supriu a carência de algumas especialidades, porque não houve candidatos. Foi o caso da área de pediatria e da especialidade de médicos intensivistas neonatologistas. Esta constatação adveio do relato proferido pelo gestor um (01).

Então, houve abertura de vagas no HUB, e foi feito concurso público, mas, não houve candidatos, e a empresa precisou repetir o processo (o primeiro concurso ocorreu em 2013 e o segundo em 2014). Apesar disso, o resultado desses dois últimos concursos trouxe novo fôlego ao hospital, uma vez que os novos funcionários já começaram a substituir alguns que eram considerados precarizados. Além disso, segundo o gestor um (01), começou-se a cobrir algumas áreas que não

tinham sequer atendimento, isto é, houve a abertura de alguns serviços importantes, sobretudo na área da alta complexidade (de imagens).

O gestor do hospital destacou que, havia carência de alguns profissionais no HUB; por exemplo, não havia advogado, não havia contador, nem administrador hospitalar, mas isso já foi sanado. Fora isso, segundo opinião do gestor dois (02), houve significativa melhoria na qualidade do atendimento, com mais privacidade, devido ao menor quantitativo de pacientes por enfermaria.

Então, estas foram algumas das constatações, que os dirigentes entrevistados fizeram, no que concerne aos efeitos positivos dessa parceria, no macroproblema Gestão de Pessoas.

Outra área onde se pôde notar significativa melhoria, conforme destacado pelo dirigente do HUB, foi na Infraestrutura Física. Até agora já foram concluídas dezesseis (16) das vinte (20) obras iniciadas. A condição das edificações; relata-se, sofreu enormes mudanças, com melhorias de espaço, a partir de reformas, resultando em ambientes mais agradáveis, com um padrão diferenciado de acabamento, com imobiliário novo. Essa opinião foi unânime entre os entrevistados. Algumas fotos comprovam isso, sendo bastante exemplificativas, conforme anexo 'B' da pesquisa. Abaixo segue um quadro geral de algumas obras que estavam em andamento no HUB em dezembro de 2012.

Quadro 14: Relação de Obras (2012)

IFES	HUF	SETOR	VALOR (R\$)	POSIÇÃO EM 26./12/2012 CONSULTA SIMEC
PORTARIA MS Nº 2.543, de 27/10/2011				
UNB	Hospital Universitário de Brasília	CPA	3.242.000,00	Última atualização em 20/12/12. Executado 37,08%
		UTI ADULTO	1.970.000,00	SEM REGISTRO
		Cozinha e Refeitório	1.757.500,00	Última atualização em 20/12/12. Executado 11,89%
		Reforma da Farmácia	3.390.000,00	Última atualização em 20/12/12. Executado 41,15%
TOTAL			1.495.000,00	
PORTARIA MS N 3.179, DE 28/12/2011				
UnB	Hospital Universitário de Brasília	Centro de Ginecologia e Obstetrícia	1.800.000,00	Última atualização em 07/01/13. Executado 11,00%
TOTAL			1.800.000,00	

IFES	HUF	ADEQUAÇÃO PARA INSTALAÇÃO DE EQUIPAMENTOS	POSIÇÃO EM 26/12/2012	POSIÇÃO EM 07./01/2013
UnB	Hospital Universitário de Brasília	Adequação Física para instalação ANGIÓGRAFO DIGITAL	Última atualização em 20/12/12. Executado 100,00%	Instalação do equipamento em andamento
		Adequação Física para instalação TOMÓGRAFO MULTISLICE 64	Última atualização em 20/12/12. Executado 100,00%	Instalação do equipamento em andamento.

Fonte: PDE (2013).

Obras que estavam em andamento, no HUB, em dezembro de 2012.

IFES	HUF	SETOR	VALOR (R\$)	POSIÇÃO EM 07/01/2013 CONSULTA SIMEC
TERMOS DE COOPERAÇÃO FUB / FNS				
UNB	Hospital Universitário de Brasília	Reforma Banco de Sangue. Processo: (25000.186272/2012-61)	1.095.000,00	SEM REGISTRO
		Reforma de 03 Elevadores da Unidade I Processo: (2500.154761/2012-53)	1.000.000,00	SEM REGISTRO
		Reforma do Corredor Amarelo do Ambulatório Processo: (2500.125081/2012-22)	1.050.000,00	SEM REGISTRO
		Reforma do 3º Andar / Centro de Transplantes Processo: (2500.126557/2012-42)	2.000.000,00	SEM REGISTRO
		Reforma da Escada de Emergência da Unidade I Processo : (2500./126555/2012-53)	320.000,00	SEM REGISTRO

Fonte: PDE (2013).

Obras que estavam em andamento, no HUB, em dezembro de 2012.

Também houve melhoria na atualização tecnológica, segundo o gestor do HUB, com a compra de centenas de equipamentos de alta tecnologia, para a realização de exames e cirurgias. Alguns dos equipamentos adquiridos foram destinados às áreas cirúrgicas, clínicas, ambulatoriais, de internação e de emergência, tais como, Tomógrafos, Hagiógrafos, Carros de Anestesia, Ressonâncias Magnéticas, etc.

[Outros] equipamentos recebidos pelo hospital, nos últimos meses, estão os de informática, ventiladores, eletroencefalogramas, ecógrafos, ecocardiógrafos portáteis, audiômetro, equipamento de corte de anatomia patológica e focos cirúrgicos. Além disso, há um processo de avaliação dos equipamentos antigos (PDE/HUB, 2014-2016, p. 24).

Isso também foi destacado pelos gestores da EBSERH, que falam da compra de equipamentos, muitos dos quais sofisticadíssimos, e, portanto, muito representativos no que se refere a custos de aquisição, manutenção e empenho do

orçamento. Neste sentido, todos os gestores concordaram, ao destacar a enorme economia de recursos, com a compra centralizada. E isso graças à inovação do sistema, baseado em um funcionamento - dos HUF - no formato de rede, com gestão de compras centralizada na empresa. Mas, de que forma isso representou avanço e economia orçamentária?

De forma concisa, o gestor dois (02) explicou que, quando o hospital precisava de equipamentos novos, realizava o processo licitatório, segundo a lei 8.666/93, de forma individual. Mas com a empresa comandando o processo, a compra é feita de forma estratégica, possibilitando a aquisição de uma série de equipamentos ao mesmo tempo, para os vários hospitais, o que representa uma significativa economia de capital, porque, veja o caso dos tomógrafos, ao qual o gestor um (01) fez referência; de uma só vez foram comprados vinte e um (21) destes equipamentos; se fossem adquiridos por cada hospital, de forma individual, sairia por um milhão e seiscentos mil (R\$ 1.600.000,00) cada tomógrafo, em média. Mas como a compra ocorreu em conjunto, acabaram saindo por novecentos e setenta e cinco mil (R\$ 975.000) cada equipamento.

Tem-se aí, uma economia de trinta e nove por cento (39 %) nos custos de aquisição; representando, portanto, grande vantagem para o Estado, que dispõe de recursos escassos, vantagem para o hospital, que poderá ter dinheiro aplicado em outras necessidades, e para aquele que vende estes equipamentos, pois realiza uma grande venda, além de ter sua marca, no ambiente da universidade, que é formadora de opinião (de futuros médicos). Melhorias como essa, com a aquisição de equipamentos novos, propiciam vantagens também para o cidadão, que é o cliente do Estado, já que “tais medidas têm proporcionado uma contínua melhoria das condições de trabalho, impactando diretamente na qualidade dos serviços que o HUB oferece à população” (PDE/HUB, 2014-2016, p. 24). Abaixo segue tabela com relação de equipamentos adquiridos para o HUB, em 2011 e 2012.

Tabela 2: Relação de Equipamentos Adquiridos

UNB - HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BRASILIA				
EQUIPAMENTOS		QT.		
PREGÃO 17/2011	1	ANGIOGRAFO	1	
	4	TOMOGRAFO MULTISLICE 64 CANAIS	1	
	8	CR MULTIDETECTOR	5	
	9	WORKSTATION 3 MPXEL	1	
	10	WORKSTATION 5 MPXEL	1	
	11	FLAT DETECTOR 18x24	10	
	12	FLAT DETECTOR 18x24 MAMO	5	
	13	FLAT DETECTOR 24x30	10	
	14	FLAT DETECTOR 24x30 MAMO	5	
	15	FLAT DETECTOR 35x43	20	
	16	IMPRESSORAS	1	
	PREGÃO 32/2011	1	CARRO DE ANESTESIA	10
		2	BISTURI ELETRÔNICO MULTIPROCESSADO	8
		3	FOCO CIRÚRGICO COM DUPLA CÚPULA	12
		4	FOCO CIRÚRGICO MÓVEL	7
		5	MESA CIRÚRGICA DE PARTO	2
6		MESA CIRÚRGICA MULTIFUNCIONAL	4	
7		MONITOR MULTIPARAMÉTRICO	10	
9		VENTILADOR PULMONAR DE TRANSPORTE	8	
11		VENTILADOR PULMONAR MULTIPROCESSADO	10	
PE 06/2012		1	CAMA ELETRÔNICA COMUM	237
		2	CAMA PARA PPP	10
PREGÃO 11/2012	1	INCUBADORA	14	
	2	INCUBADORA DE TRANSPORTE	2	
	4	FOTOTERAPIA A LED	8	
	6	ASPIRADOR CIRÚRGICO	4	
PREGÃO 47/2012	1	TORRE VIDEOENDOSCOPIA BRONCOSCOPIA	1	
	2	TORRE VIDEOENDOSCOPIA GASTROSCOPIA	1	
	3	TORRE VIDEOENDOSCOPIA COLONOSCOPIA	1	

Equipamentos adquiridos para o HUB em 2011 e 2012.

Outro relato, por parte do entrevistado um (01), apontou para melhorias na área administrativo-financeira. Ele citou o caso da adoção de um modelo de gestão de farmácia, que proporcionou efetividade no controle sobre a dispensação de medicamentos; e isso é muito importante porque, uma vez que - em sua maioria - os remédios de alta complexidade são muito caros, administrá-los efetivamente, no que se refere a estoque e a utilização destas medicações, resulta em economia de recursos. O gestor citou similarmente, a adoção do modelo de hotelaria hospitalar, que hoje, segue a linha orientada pelo curso do hospital Sírio Libanês, com criação de protocolos. Isso também reduz custos, e por consequência atendem-se mais pessoas com os mesmos recursos.

No HUB, os Procedimentos Operacionais Padrão (POP), que são manuais de procedimentos e de controle de suma importância para o processo de gestão e para uma boa logística hospitalar, estão - hoje - em fase de homologação e reavaliação, para que estejam em consonância com as ações e atividades desenhadas no PDE/HUB. Além disso, estão sendo elaborados diversos POPs relacionados à Gestão de Compras, de forma que sejam implementados, alinhados às unidades de almoxarifados, contratos, licitações e compras, garantindo assim, maior eficiência e eficácia no gerenciamento de compras para o hospital. Nos casos em que sobra dinheiro, em tese, pode-se empregá-los em outras áreas demandadas (PDE/HUB, 2014-2016, p. 106).

Ainda sobre a área administrativa o Hospital da UNB tem hoje, nove módulos do AGHU em funcionamento. Isso foi comentado pelo gestor do hospital, que deseja a implantação de todos os módulos possíveis do aplicativo, dado que se trata de uma necessidade, onde a gestão moderna precisa de informatização, isto é, necessita obter dados mais fidedignos e em tempo real, de forma a possibilitar tomadas de decisão pontuais e efetivas. O AGHU é um aplicativo de gestão desenvolvido originalmente - como projeto do Ministério da Educação - no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) - para acompanhar o modelo de gestão do hospital, que é uma Empresa Pública de Direito Privado, integrante da rede de Hospitais Universitários Federais, e modelo de referência em saúde.

A missão do aplicativo é modernizar a gestão dos HUF, com padronização das práticas assistenciais e administrativas. E o grande diferencial deste software em relação aos que existem no mercado, segundo afirmativa do gestor um (01), é o foco na atenção em linhas de cuidado, enquanto que os demais têm foco na receita (faturamento). Entende-se por Linha de Cuidado:

A articulação de recursos e práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas (atenção multidisciplinar), que objetivam a condução oportuna e ágil dos pacientes, pelas possibilidades de diagnóstico e terapia em resposta às suas necessidades de saúde (PR-HUB, 2013, p. 31).

Sobre as linhas de cuidado, estas buscam a assistência integral do paciente, tendo como diretriz a atenção multiprofissional e interdisciplinar. Quanto ao

financiamento, houve uma evolução, através do programa REHUF, gerido pela EBSEH, e que disciplina o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais, independente de vínculo com a empresa. Isso representou, segundo o ex-presidente da EBSEH - José Rebelatto - uma iniciativa positiva do Governo Federal, no sentido de corrigir uma grande disparidade, que sempre existiu entre os Ministérios da Educação (MEC) e da Saúde (MS) na manutenção dos HUs.

Enquanto o MEC se comprometia a repassar 70% do total de recursos para os HUs, o MS era responsável somente por 30%. De acordo com José Rebelatto (ex-presidente da EBSEH), a partir dessa correção, que chegou a 50% para cada um dos ministérios, o governo conseguiu aumentar gradativamente o valor do financiamento repassado aos hospitais, que passou de R\$ 3,5 bilhões em 2009 para R\$5,47 bilhões em 2011 e com previsão orçamentária para 2012 de R\$ 6.646 bilhões (HU/UFG, 2015, p. 01).

De fato, segundo um dos dirigentes da empresa, que foi coordenador da antiga Diretoria de Hospitais Universitários e Residências em Saúde do MEC, órgão responsável pelo diagnóstico feito nos HUF em 2009, a criação do REHUF representou um avanço ao prover os hospitais de recursos financeiros e orçamentários, de forma que eles pudessem deixar de ser carga para as universidades.

Um dos projetos estratégicos em Atenção à Saúde, conforme consta no Relatório de Gestão da EBSEH, do exercício de 2014, é a implantação do projeto Consultórios Itinerantes- PCI. Trata-se de veículos adaptados e equipados, para o desenvolvimento de ações de atenção à saúde bucal e oftalmológica, disponibilizados pelo Ministério da Educação/MEC, para as IFES e HUFs, mediante assinatura do Termo de Adesão. A assistência prestada por estes consultórios atende ao acordado entre cada Hospital e os gestores do SUS (estaduais e municipais). Em Brasília o serviço foi disponibilizado, ampliando o acesso à população nas áreas mais carentes e alinhando a assistência à formação profissional, já que os consultórios representam campos de prática para alunos de graduação da Universidade de Brasília. Foi o que confirmou o superintendente do HUB, doutor Hervaldo Sampaio Carvalho, no portal de notícias da EBSEH, em 11 de abril de 2014: “Estamos concretizando o sonho de inserir dentro da comunidade mais um serviço de assistência à saúde, do Hospital Universitário de Brasília”.

Mais melhorias foram proporcionadas ao HUB, na área financeira, nos processos (a partir de melhores práticas); segundo observado pelos entrevistados. Lembrando que, a participação do superintendente do HUB - em 19 de novembro de 2014 - numa apresentação sobre a gestão da instituição, no biênio 2013-2014; já mostrava esses progressos, tanto no que já foi feito, como no que ainda está sendo feito, sem deixar de citar o que precisará ser realizado (melhorado). No que se refere aos benefícios advindos dessa nova gestão, pode-se visualizar fotos disponibilizadas no Anexo 'B' desta pesquisa.

E por isso o HUB - que já foi um hospital sem rumo - hoje está completamente direcionado para ser um dos melhores hospitais da região; e isso em decorrência da atuação efetiva da EBSEH neste hospital; frisou o gestor do hospital.

### **4.3. Desafios Atuais**

Uma das perguntas, predefinidas no questionário de pesquisa, foi quanto aos principais problemas ou desafios da parceria entre EBSEH e o HUB. Neste sentido os gestores da empresa, mais o gestor do HUB, apresentaram algumas questões, que ainda não foram completamente sanadas, e se constituem em verdadeiros desafios nesse processo de modernização do hospital em questão.

Concernente ao que precisa ser feito, na área administrativa, segundo o dirigente do HUB, está o aperfeiçoamento da contratualização do hospital. Por contratualização entenda-se:

É a formalização da relação entre gestores públicos de saúde e hospitais integrantes do SUS, por meio do estabelecimento de compromissos entre as partes, que promovam a qualificação da assistência e da gestão hospitalar, de acordo com as diretrizes estabelecidas na Política Nacional de Atenção Hospitalar (PDE/HUB, 2014-2016, p. 92 e 93).

O dirigente três (03) foi enfático ao afirmar que o modelo baseado no contrato, por custo de rendimento (por procedimento, com valores pré e pós-fixados, reajustados para recontrações), já está ultrapassado, sendo, portanto,

recomendado, que seja substituído pelo modelo centrado no paciente. Diante disso, e uma vez que a contratualização não absorve trinta (30%) do custo do hospital; nota-se um cenário crítico, tanto para o credenciamento do HUB, como Hospital de Ensino, como para definição de sua inserção na Rede SUS/DF.

Há ainda um forte desgaste entre o gestor local do SUS e o hospital; sendo que a SES/DF afirma que o HUB não cumpre o que promete, enquanto a mesma alegação é feita no sentido contrário. E o hospital acusa “a dificuldade que o GDF tem de enxergar no HUB um parceiro e um integrante da Rede SUS de Cuidados” (PDE/HUB, 2014-2016, p. 53 e 94). A EBSEH então, surge com a missão de terceiro interessado, que vê a relação mais claramente, podendo conduzir as discussões a um consenso.

Juntamente com esse desafio (tornar efetiva a contratualização), está em discussão o atendimento da atenção primária até a terciária (no HUB). E com a mudança do modelo assistencial, para uma estruturação nas linhas de cuidado, cuja diretriz é a atenção multiprofissional e interdisciplinar, o

[...] fluxo de referência e contra referência necessita de maior aprimoramento, considerando que não há população adstrita a sua área de atenção. Também ainda não está definida, com o gestor local, a área de abrangência do hospital. O HUB tem interesse em participar de uma rede de atenção à saúde, tornando-se referência para as áreas de São Sebastião, Paranoá e Itapoã (PDE/HUB, 2014-2016, p. 24 e 53).

Certamente que, um dos mais altos desafios do HUB, e da EBSEH em contrapartida, está na integração da assistência ao ensino e pesquisa, dado que esse tem sido um problema mal resolvido na maioria dos HUs. Isso porque, os vários atores ligados às faculdades têm perspectivas diferentes daqueles atores ligados à assistência. Então, é necessário fomentar um entendimento do processo, pelos diferentes atores, e uma negociação com a gestão superior da UNB, no sentido de valorizar este trabalho docente (PDE/HUB, 2014-2016, p. 115).

Neste sentido os órgãos da UNB precisam ser esclarecidos sobre a função do HUB; e no ambiente interno, a definição de papéis de docentes e técnicos precisa ser clareada. Deve-se também educar, motivar e valorizar os profissionais, para que

possam se comprometer com o projeto de reestruturação do HUB, com a implementação de um trabalho multidisciplinar (PDE/HUB, 2014-2016, p. 80).

Uma análise da estrutura disponível para as atividades acadêmicas (no HUB) sinaliza a necessidade de ampliação da biblioteca; criação de espaços de simulação; reformas e ampliação de laboratórios e instalações físicas, e espaços para o desenvolvimento de habilidades técnicas e interpessoais. Também se faz necessário uma adequação do tamanho e número das salas para atender todos os estudantes (PDE/HUB, 2014-2016, p. 115).

Outro desafio importante, ligado à gestão de pessoas, e que foi levantado, quando da realização da entrevista com o dirigente do HUB, é a questão da diversidade de vínculos, que resultou em problemas de relacionamento entre a classe do Regime Jurídico Único (RJU) e a classe CLT do hospital. As discussões eram a respeito de escalas e locais de atuação, salários, papéis e responsabilidades. Então é urgente a necessidade de que todos sejam bem tratados, bem conduzidos pela DGP do hospital e da EBSEH, sem deixar de lado os cento e cinquenta e dois (152) profissionais do ministério da saúde, e de outros órgãos públicos - que integram o quadro como cedidos - pois sem isso, os conflitos continuarão a existir.

No que se refere ao setor de compras públicas, o controle de estoque e a previsão de uso baseado em séries históricas são fundamentais para manutenção do abastecimento, mas, no caso do HUB, esse fluxo de controle de estoque precisa ser ajustado. Sobre fluxo estabelecido para controle da pesquisa, ainda não existe no hospital. A criação de fluxos é importante, pois viabilizaria apoio e reconhecimento à atividade de pesquisa.

Relativo ao financiamento, o gestor do hospital foi retilíneo, ao dizer que o HUB sofreu muito por ser subfinanciado; isso porque o SUS cobria apenas trinta (30%) dos custos do hospital, a universidade não tinha dinheiro para financiar essa instituição, o MEC não podia cobrir a assistência, porque essa era responsabilidade do Ministério da Saúde (MS), esse por sua vez não podia assumir os custos do hospital porque se tratava de um hospital do MEC, e a secretaria de saúde também

não podia assumir estes custos, enfim. Com o contrato da EBSE RH, segundo o gestor entrevistado, o HUB teve uma melhoria no financiamento, com a criação do programa REHUF, conforme já foi citado, mas ainda se almeja uma contratualização efetivamente garantida, isto é, cem por cento (100%) capaz de cobrir os custos do hospital.

Temos então, de um lado da ponta, um hospital de suma importância para a formação profissional em saúde, bem como para a pesquisa e a assistência em média e alta complexidade, na rede de saúde do Distrito Federal; e no outro lado da ponta uma empresa responsável pelo gerenciamento desta instituição, cuja personalidade jurídica de direito privado, possibilita a aplicação de processos mais flexíveis de operacionalização. Exemplo disso é a possibilidade de realização de concursos sob o regime trabalhista próprio da iniciativa privada (CLT).

Quanto ao regime celetista, esse possui caráter contratual e é qualificado pela relação que a Administração Pública Indireta estabelece com o empregado, sob a égide do Direito do Trabalho e da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Em suma esse regime implica em certa liberdade de negociação trabalhista entre os polos de contratação. A diretora de gestão de Pessoas da EBSE RH, Jeanne Michel, frisou, certa vez, em uma reunião com reitores da Universidade Federal de Goiás, que o regime 'RJU não funciona para o SUS', pois, se um servidor é aposentado nesse regime, não se consegue fazer a substituição imediata dele. Mas com a contratação por meio da EBSE RH, consegue-se repor o déficit que existe no número de funcionários - nos HUs - inclusive, para oferecer atendimento médico aos sábados e períodos noturnos, disse a diretora.

Numa apresentação recente, o Superintendente do HUB - Doutor Hervaldo Sampaio - relativa à Gestão 2013-2014 e ao Plano Diretor Estratégico, Biênio 2015/2016, mostrou a síntese dos principais desafios do hospital. O superintendente é o ocupante do cargo mais alto da hierarquia do hospital, representando, portanto, plena capacidade de descrever os desafios do HUB para os próximos semestres. Segundo o superintendente, os desafios são:

- Ampliar a inserção na rede SUS;

- Continuar as melhorias da infraestrutura física e de processos;
- Continuar a modernização do parque tecnológico;
- Ampliar a densidade de recursos humanos com vínculo;
- Investir na atenção integral ao paciente;
- Melhorar e ampliar os ambientes de ensino aprendizagem;
- Integrar a assistência completamente ao ensino;
- Buscar excelência no cumprimento do papel social: cuidar e ensinar

Fonte: Portal da EBSERH.

Diante de tudo o que foi exposto até aqui, pôde-se notar, que o objetivo pretendido - recuperação e revitalização do HUB - mostrou-se possível, embora haja muito o que ser feito.

#### 4.4. Contrapondo o argumento da Privatização

Diante das muitas manifestações de movimentos sindicais, quanto a uma possível privatização da saúde pública, através da EBSERH, será feita uma abordagem rápida do tema, a fim de esclarecê-lo.

Sylvia Di Pietro afirma que, privatização, em sentido amplo,

Abrange todas de medidas com o objetivo de diminuir o tamanho do Estado e que compreendem, fundamentalmente: a) desregulação (diminuição da intervenção do Estado no domínio econômico); b) desmonopolização de atividades econômicas; c) a venda de ações de empresas estatais ao setor privado (desnacionalização ou desestatização); d) a concessão de serviços públicos, e) os *contracting out* (como forma pela qual a Administração Pública celebra acordos de variados tipos para buscar a colaboração do setor privado, podendo-se mencionar, como exemplos, os convênios e os contratos de obras e prestação de serviços); é nesta última fórmula que entra o instituto da terceirização (PIETRO, M. S. Z D, 2003, p.14).

Em sentido estrito, privatização assume o caráter de processo, que visa transformar uma empresa estatal em privada. Deve-se tomar cuidado para não confundir com publicização, que por seu turno, é formada por organizações da

sociedade civil (3º setor), responsáveis por oferecer serviços públicos, recebendo a denominação de setor público não-estatal (pois embora tenham personalidade privada, são entidades públicas não estatais). Também não se deve confundir privatização com terceirização, que consiste no processo de transferir para o setor privado serviços auxiliares ou de apoio. Assim, não há sinonímia entre privatização, OS e Empresa Pública.

Maria Borges (2010, apud Amaral Filho, 1996, p. 41) propõe uma diferenciação entre as expressões ‘desestatização’, ‘privatização’ e ‘desregulamentação’. Para ele,

O conceito de desestatização representa um amplo movimento da sociedade contemporânea, em direção a mais democracia e maior autonomia, para decidir seus próprios destinos, sem a tutela onipresente do Estado. Portanto, esse significado, possui um sentido mais amplo, contemplando, ou melhor, que contém as noções de privatização e desregulamentação. Já a desregulamentação significa a eliminação total ou parcial das regras relativas ao mercado e às atividades econômicas [...]; e privatização é o termo empregado [...] simplesmente para designar a transferência das empresas de propriedade do Estado e as atividades por ele exercidas, para o setor privado, obedecidas às mais variadas formas de transferência de capital aos particulares

Diante do exposto, pergunta-se: pode a EBSERH ser considerada como um início ou tentativa de privatização da saúde pública brasileira? De forma geral, a maioria da população, leiga quanto aos termos inerentes à administração pública, tende a se deixar levar pela ‘onda’ dos argumentos, de alguns estratos da sociedade, que podem ter interesses particulares a preservar, ou talvez se trate apenas de falta de informação, e nesse caso, como bem citou um dos gestores entrevistados, ao recordar uma frase do ministro Aloizio Mercadante: existem os mal informados e os mal intencionados [então, ele dizia], se forem mal informados, nós podemos informar, se forem mal intencionados, podem ir embora porque, não temos nada a dizer.

Neste caso, propõe-se um entendimento melhor sobre o assunto, sem que se esgote a argumentação, uma vez que a pesquisa não versou sobre isso, e, portanto, não está apta a tecer um esclarecimento mais profundo, mais qualificado sobre o tema. Deixa-se em aberto, portanto, a questão.

Fato é que, os entrevistados dessa pesquisa foram concordes e pontuais, ao afirmar que a empresa não pode representar uma privatização, porque o capital dela é totalmente público; além de estar - inclusive - obrigada por lei, a fornecer serviços em saúde, de forma totalmente gratuita à população; vedado, portanto, o fornecimento de assistência aos convênios e particulares.

Temos então, uma empresa que é parte da administração pública indireta, enquadrando-se num cenário de descentralização. Além disso, ela não compõe o *rool* de serviços comuns às parcerias público-privadas; que são compostas de pessoas jurídicas privadas, mas que realizam serviços públicos via convênios ou contratos de gestão. Neste ponto deve-se lembrar que o termo personalidade jurídica de direito privado, que caracteriza a empresa, não é sinônimo de transferência do patrimônio público ao setor privado, pois, a empresa em questão é ente da administração pública indireta; logo, esse termo 'privado' quer dizer apenas que a organização dispõe da prerrogativa de uma maior flexibilidade operacional, em comparação à administração direta.

Então, a empresa não deve ser confundida com publicização, já que a EBSERH é uma organização estatal, também não é terceirização, porque, como já foi dito, não transfere, ao setor privado, serviço público, via mecanismo de convênios, concessão ou contrato de gestão, em outras palavras, não se trata de *contracting out* - parceria entre os setores privado e público - e sim, trata-se do Estado atuando diretamente, de maneira descentralizada, para melhor servir à sociedade.

Diante disso, apesar de a argumentação a seguir, fazer referência às parcerias público-privadas, e a EBSERH não é parceria, pode-se utilizar o entendimento do assunto, trazendo-o para o contexto da empresa (analisada), porque, em algum momento no futuro, pode haver uma mudança na política em saúde, transformando ou delegando a função da empresa às organizações do tipo OSs e OSCIPs.

Mas então, o que justifica essa preocupação da sociedade? Pode tratar-se de um medo baseado em teorias de alguns expoentes intelectuais, que entendem

haver, na transferência da responsabilidade direta do Estado, pela prestação de serviços e pela produção de bens, para a iniciativa privada, via terceirização, publicização ou OSs, um movimento de privatização velada. Segundo Mello (1999, p.157) o termo publicizar não abre espaço para se interpretar uma transferência para a esfera privada, ainda que essa esfera privada seja sem fins lucrativos.

Já na opinião da especialista em direito - Silvia Di Pietro – embora, o Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (1995) fale em publicização, e a própria Lei 9.637/1998 fale em Programa Nacional de Publicização, para definir a forma como substituirá uma entidade pública por uma entidade particular, neste caso, qualificada como organização social,

Não há qualquer dúvida, quanto a tratar-se de um dos muitos instrumentos de privatização, de que o Governo vem se utilizando, para diminuir o tamanho do aparelhamento da Administração Pública. [... então] o regime jurídico, que era público, passa a ser de direito privado, parcialmente derogado por normas publicísticas; a entidade pública é substituída por uma entidade privada (DI PIETRO, 1999, p. 313).

Uma vez que não é objetivo deste trabalho ‘mergulhar’ profundamente sobre essa questão, dado que, ao se fazer isso, incorrer-se-ia no risco de fugir ao tema da pesquisa, conclui-se, ainda que de modo superficial, que a opinião da pesquisadora é concorde com a da doutora Graziane Pinto (2000, p. 58), que argumenta com perfeita dialética, a seguinte premissa:

[...] O público não-estatal [...] implica, muito além de transferência de serviços sociais, conformação de níveis mais amplos de participação e controle social, o que, por sua vez, pressupõe uma noção de cidadania mais ativa e comprometida com um nível de coletivo que não depende passivamente do estatal [...]. A tomada do espaço público pela sociedade civil e mesmo a indistinção fluida entre público e privado, a partir da ampliação e evolução na aquisição de direitos pelos indivíduos, numa releitura da proposta governamental de publicização, só são efetivamente indícios de concretização da diretriz constitucional de "instituir um Estado Democrático" (vide preâmbulo da Constituição Federal de 1988) na medida estrita da ampliação do exercício da cidadania.

Mas, apesar dessa opinião, deixa-se em aberto a questão, porque, na realidade brasileira, tal preocupação é justificável, vez que, como ressaltou Freitas (1998, p. 103), o risco de se abrir margem à privatização, apesar do discurso publicizante, reside em vários âmbitos de indefinição, deixados em aberto pela Lei

n.º 9.637/98, através da discricionariedade de qualificação, instrumentalizada política e legalmente - para o Poder Executivo - à revelia da sua conformidade com a Constituição. O próprio PDRAE (1995, p. 74), instituidor da publicização, alertou para o risco de um desvirtuamento do instituto da administração pública não estatal: “ou se respeitam as condições descritas em lei, como, por exemplo, a forma de composição de seus conselhos de administração ou se fica à mercê da possibilidade de ‘privatização ou feudalização dessas entidades’”.

A conclusão do estudo é a de que, embora a empresa em questão não configure um possível movimento de privatização, pois que não transfere patrimônio ao setor privado, e está obrigada à prestar serviços em saúde, de forma gratuita, no âmbito do SUS; ainda sim, é justificável a preocupação da sociedade, dado que, existe a possibilidade de mutação ou derrogação da lei 12.550/2011 - num futuro próximo ou distante - e isso, somado ao contexto de publicização, desencadeado pela reforma da administração pública, proposta em 1995 (PDRAE), pode perfeitamente dar origem à temida privatização da saúde pública, via gestão por modelos inovadores, muitos dos quais considerados democratizantes, pela participação da sociedade na gestão estatal, mas na verdade, em virtude da artimanha da ‘engenharia política’, podem ser ‘malévolos’, se vierem a propiciar uma possível ‘privatização branca’ (dissimulada), que resultaria numa transferência do patrimônio estatal ao setor privado, tendo como principal problema a subjugação da sociedade, aos ‘mandos e desmandos’ do mercado.

## **5. Considerações Finais**

Diante da crise vivenciada pelos Hospitais Universitários Federais (HUF), em 2010, o Governo Federal criou o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), com intuito de sanar a crise. No ano seguinte foi criada a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), cuja missão é gerenciar o programa e os Hospitais Universitários, vinculados às Instituições Federais de Ensino Superior, que se filiares a ela.

Diante disso, em 2013, o Hospital Universitário de Brasília (HUB) assinou contrato com a EBSEH. Seguindo-se à realização de um diagnóstico, das reais condições deste hospital. O resultado apresentou um quadro de intensas dificuldades, que justificaram as medidas adotadas até então. Isso levou à formulação de um Plano de Reestruturação (2013), com vistas a recuperar o HUB. Decorrido um (01) ano de contrato, o plano foi revisto e deu origem a um novo relatório, agora mais detalhado, específico e aperfeiçoado, com a descrição das dificuldades enfrentadas e as medidas a serem adotadas, no sentido de recuperar o HUB.

Em face dessa conjuntura, a pesquisa buscou analisar a efetividade da EBSEH em gerir o HUB, e em última instância, descobrir se a empresa é efetiva na gestão do REHUF e dos HUF filiados a ela. Com esse objetivo traçado, ocorreu-se ao diagnóstico concernente ao HUB, que mostrou, dentre outras coisas, pouca aderência do hospital às boas práticas definidas nos Modelos de Referência. Neste quesito a área de Prestação de Contas acabou sendo a que mais evidenciou necessidade de melhoria, face à baixa aderência evidenciada.

Uma das ferramentas de gestão utilizadas na composição do Plano de Reestruturação (2013) foi a análise de Gaps, que mostrou ser a Legislação de Suprimentos, a pior em termos de desempenho, exibindo apenas sessenta e quatro por cento (64%) de aderência.

Em síntese, foram descritos três macroproblemas, prioritários para uma ação estratégica: gestão de pessoas, contratualização e processos. Em processos foram definidos três pontos de intervenção: gestão da clínica, compras, e integração ensino-pesquisa-assistência. Os demais macroproblemas eram o modelo assistencial e a infraestrutura física e tecnológica.

O déficit no número de servidores, somado ao quadro de funcionários precarizados, destacou a gestão de pessoas como uma das áreas mais críticas. Problemas na estrutura física, envelhecida e mal conservada, mais um parque

tecnológico, com equipamentos obsoletos, quebrados ou parados; completaram o quadro de precariedade do hospital.

Com a inserção do HUB no grupo de filiais EBSEH, foram implementadas inovações gerenciais, em diversas áreas do hospital, com resultados bastante significativos. Alguns destes efeitos positivos, descritos pelos gestores entrevistados, foram o aumento no número de leitos; a substituição do quadro de funcionários irregulares, através do concurso público (regime CLT) realizado em 2013. Entretanto, deve-se destacar que esse processo seletivo não foi totalmente satisfatório; isso porque não foi possível preencher algumas áreas (especialidades médicas). Tal fato, segundo um dos entrevistados, deve-se ao mercado de trabalho, que, em algumas especialidades médicas, mostrou ser mais vantajoso trabalhar no setor privado do que no público. E o motivo são os baixos salários e a pouca flexibilidade da carga horária do setor público.

Também foram realizadas medidas de recuperação nas instalações físicas do hospital. Entre 2013 e 2015 foram concluídas dezesseis (16) das vinte (20) iniciadas. Isso permitiu ampliação do número de leitos, abertura de alguns serviços, melhoria no atendimento, ambientes mais agradáveis, com um padrão diferenciado de acabamento e o menor quantitativo de pacientes por enfermaria.

Foi propiciada uma renovação do parque tecnológico, com a compra de centenas de equipamentos, muitas dos quais sofisticadíssimos, e muito representativos no que se refere aos custos de aquisição. Merece destaque, que, a centralização das compras, através da EBSEH, oportunizou significativa economia de recursos, através da aquisição de uma série equipamentos de uma só vez.

Relatou-se que, a área de financiamento foi beneficiada, com a criação do programa REHUF, gerido pela EBSEH, e que disciplina o financiamento, compartilhado, dos hospitais universitários federais; e isso independente de vínculo com a empresa. O programa representou, segundo o ex-presidente da EBSEH, José Rebelatto, uma iniciativa positiva do Governo Federal, no sentido de corrigir uma grande disparidade, que sempre existiu entre os Ministérios da Educação (MEC) e da Saúde (MS), na manutenção dos HUs.

Por fim, apesar de ter havido muitas melhorias; seja na contratualização, restabelecendo um melhor quadro de relações com a gestão do SUS local; seja na administração, com a adoção do aplicativo AGHU e no modelo assistencial, baseado em linhas de cuidados, além da aplicação de outras inovações de gestão; ainda restam uma série de fragilidades, que merecem atenção, e deverão passar por intervenções, conforme delineadas no plano diretor estratégico do próximo biênio (2015-2016). É o caso da própria contratualização, que precisa ser aperfeiçoada, no sentido de se tornar efetivamente garantida, isto é, capaz de cobrir cem por cento (100%) dos custos do hospital.

Quanto à implantação das Linhas de Cuidado, essa precisa ser melhor trabalhada, pois suas diretrizes, voltadas à atenção multiprofissional, requerem um incentivo ao trabalho em equipe no hospital. De acordo com a Portaria GM/MS nº 3390 de 30/12/13, Linha de Cuidado é a estratégia de organização da atenção, que viabiliza a integralidade da assistência, por meio de um conjunto de saberes, tecnologias e recursos, necessários ao enfrentamento de riscos, agravos ou demais condições específicas do ciclo de vida ou outro critério sanitário, a serem ofertados de forma oportuna, articulada e contínua, abrangendo os campos da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde.

E um dos mais altos desafios do HUB, e da EBSE RH em contrapartida, está na integração da assistência ao ensino e pesquisa; isso porque, os vários atores ligados às faculdades costumam ter perspectivas diferentes daqueles atores ligados à assistência.

Quanto à alegação, de muitos movimentos sindicais, de uma possível privatização da saúde pública, através da EBSE RH, buscou-se esclarecer a questão, e isso sendo a empresa, um órgão da administração pública indireta, com capital cem por cento (100) % público, com obrigação de assistir à população com serviços gratuitos, não há que se falar em privatização.

De forma resumida, a empresa não é privatização porque não transfere serviços públicos ao setor privado, não é desnacionalização (venda de ações ao

setor privado), não é parceria público-privada (concessão de serviços públicos, ao setor privado, via convênios ou contratos de gestão), não é terceirização, porque, não transfere ao setor privado serviços públicos, com exceção daquilo que é permitido, como serviços de coperagem, limpeza, segurança, etc. E a personalidade jurídica de direito privado representa apenas, que se trata de organização pública com a prerrogativa de maior flexibilidade operacional, pautada em elementos típicos do setor privado, e que tem sua base na modernização do aparelho do Estado, a partir do modelo gerencialista.

Pra finalizar, dado que não foi possível a utilização do método quantitativo, na análise proposta, em função da falta de tempo e de recursos para uma coleta de dados mais ampla; e visto que a empresa é muito recente, com um tempo mínimo (apropriado) para uma aferição real de sua efetividade de cinco (05) anos, conforme frisou um dos dirigentes entrevistados - recomenda-se - a realização de abordagens futuras, com aplicação de dados qualificadores, com ampliação do escopo de hospitais, e dos atores sociais, de forma a incluir funcionários e pacientes do hospital ou hospitais pesquisados, nas entrevistas, no sentido de que se obtenha uma comparação linear, do rendimento funcional desse modelo de gestão, nos vários hospitais. Só assim estará garantido um resultado mais fidedigno dessa gestão e de seu potencial na otimização da administração pública em saúde. Apesar disso, a pesquisa mostrou-se viável, e foi possível alcançar o objetivo pretendido: analisar a efetividade da EBSEH na gestão do HUB. O resultado obtido, a partir de dados provenientes de documentos e entrevistas, mostrou ser - a EBSEH - uma gestão inovadora e efetiva, capaz de produzir notáveis efeitos, observáveis no âmbito do hospital universitário da capital federal, conforme descrito anteriormente, e que podem ser resumidos em: melhoramento no quadro de funcionários, melhorias da infraestrutura física e tecnológica e otimização de processos, entre eles a gestão de compras.

A seguir, apresentam-se algumas recomendações, que podem vir a ser úteis em estudos futuros:

- Continuação da análise atual, com adoção das medidas sugeridas;
- Analisar a efetividade da gestão EBSEH nos demais HUF;

- Realização de estudos sobre as inovações aplicadas no âmbito da EBSEH;
- Ampliação do referencial teórico e utilização de estudos posteriores, sobre a atuação da empresa nos HUF, no sentido de comparar os resultados obtidos nos hospitais.

Espera-se que, em longo prazo a empresa continue a evoluir, tal qual citado por um de seus gestores, com devidos ajustes e aperfeiçoamentos na aplicação de melhores práticas de gestão, de forma a alcançar o fim pretendido, tornar-se modelo de gestão, capaz de recuperar os HUF, levando-os a tornarem-se referência em assistência hospitalar e no campo de ensino e pesquisa no Brasil.

**Bibliografia:**

ABRUCIO, F. L. O impacto do modelo gerencial na administração pública. Um breve estudo sobre a experiência internacional recente. Brasília. 1997. 52 p. Cadernos ENAP; n. 10. Disponível em: <<http://www.enap.gov.br/downloads/ec43ea4fAbrciocad%2010.pdf>>. Acesso em 14 mai. 2015.

AGUIAR, E. B. Medicina uma Viagem ao Longo do Tempo. 2010. Disponível em:<<http://www.liminar.net/direito/pdf/med/Medicina%20%20uma%20viagem%20ao%20longo%20do%20tempo.pdf>>. Acesso em: 11 mai. 2015.

ANDER-EGG, E. Introducción a las técnicas de investigación social: para trabajadores sociales. 7. Ed. Humanitas. Buenos Aires. Argentina. 1978. 145 p.

AQUINO, F. Uma história que não é contada. Editora Cléofas. São Paulo. 2008.

ARAGÃO, A. As parcerias públicas privadas no direito positivo brasileiro. Rev. DAE. Salvador Bahia. Nº 02 de maio/junho/julho de 2005. Disponível em:<<http://www.direitodoestado.com/revista/redae-2-maio-2005-alexandre%20arag%C3%A3o.pdf>>

ARAÚJO, A.M.P.; BONACIN, C.A.G. Valor econômico agregado por hospitais universitários públicos. Rev. Adm. Empresa. vol.49 no.4 São Paulo. Oct. /Dec. 2009. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003475902009000400006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003475902009000400006&script=sci_arttext)>. Acesso em 14 mai. 2015.

BANCROFT, H.H. The Native Races of the Pacific states of North America, vol. IV, Longmans Green and Co. Nova York. USA. 1875/1876.

BARATA et al. Hospitais de ensino e o sistema Único de saúde. Revista de Administração em Saúde; 12(46): 7-14, Jan. Mar. 2010. São Paulo. Disponível em:<<http://sistema.saude.sp.gov.br/sahe/documento/ras46.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2015.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Edições 70. ISBN: 972-44-0898-1. Lisboa, Portugal: 1977.

BEHRING, E. R. Brasil em contrarreforma - desestruturação do Estado e perda de direitos. Cortez. p. 113-123, 176-183. São Paulo. 2003.

BERGDOLT, K. Wellbeing: A Cultural History of Healthy Living. Polity. Press. pp. 48-52. Malden. United States. 2008.

BIO, S. R. Sistemas de Informação: um enfoque gerencial. Atlas. São Paulo: 1996. p. 20-23.

BITTAR, O.J.N.V. Instrumentos gerenciais para tornar eficiente o financiamento dos Hospitais de Ensino. RAS - Vol. 5, Nº 17 - Out-Dez, p. 9-18. 2002. Disponível

em:<[http://www.ufjf.br/oliveira\\_junior/files/2011/08/BITTAR-2002.pdf](http://www.ufjf.br/oliveira_junior/files/2011/08/BITTAR-2002.pdf)>. Acesso em: 02 mai. 2015.

BOGDAN, R.C. BIKLEN, S.K. Qualitative Research for Education: An Introduction to Theories and Methods. Fifth Edition. 33th. Allynand Bacon. Boston. United States. 1998.

BRASIL. I Fórum sobre as Instituições Federais de Ensino Superior O TCU promove a busca de soluções. Tribunal de Contas da União. Brasília. 2008. Disponível em: <<http://www.ufal.edu.br/gestaodoconhecimento/arquivos/compras/anexos/forum-sobre-as-ifes-fundacoes-de-apoio>> Acesso em 25 mai. 2015.

BRASIL. Lei nº. 9.637, de 15 de maio de 1988. Disponível em:<[http://www.planalto.gov.br/CCivil\\_03/leis/L9637.htm](http://www.planalto.gov.br/CCivil_03/leis/L9637.htm)> Acesso em 21 mai. 2015.

BRASIL. Lei nº. 9.790, de 23 de Março de 1999. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9790.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9790.htm)> Acesso em 21 mai. 2015

BRASIL. Lei nº. 11.079, de 30 de Dezembro de 2004. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2004/lei/l11079.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l11079.htm)>Acesso em 22 mai. 2015.

BRASIL. 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. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 16 dez. 2011. Disponível em:<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm)>. Acesso em 02 mai. 2015.

BRASIL. Cadernos do MARE da Reforma do Estado - Vol. 5 - Plano de Reestruturação e Melhoria da Gestão do MARE - 1998. Plano de Reestruturação e Qualidade. Brasília, MARE, 1998.p.7.

BRASIL. O Plano Diretor da Reforma do Estado. Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado. 1995. Disponível em:<<http://www.bresserpereira.org.br/documentos/mare/planodiretor/planodiretor.pdf>>Acesso em 13 mai. 2015.

CALAINHO, D. B. Jesuítas e medicina no Brasil colonial. Tempo. nº 19, pp. 61-75, p. 61-75. Rio de Janeiro 2005. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/tem/v10n19/v10n19a05.pdf>>. Acesso em: 11 mai. 2015.

CALLAGHAN, E.B. The Register of New Netherland. 1626 - 1674. Library of congress of America. Editor J. Munsell. 234. p.p. 978-0806345284. Albany N.Y. United States. 2009.

CAMPOS, E.S. História e evolução dos hospitais. Publicação n.º 1, da D. O. H. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro. 1944.

CARNEIRO, J. N. O setor público não-estatal: as organizações sociais como possibilidades e limites na gestão pública da saúde. Tese de Doutorado. São Paulo.

2002. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-14072003-133411/pt-br.php>>. Acesso em 21 mai. 2015.

CARMO, M. Hospitais Universitários e integração ao Sistema Único de Saúde: estudo de caso: Hospital das Clínicas da UFMG - 1996 a 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina, Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da UFMG. 121f. (p.18). Belo Horizonte, 2006. Disponível em: <[http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/ECJS-7S7PWQ/maria\\_do\\_carmo\\_pdf.pdf?sequence=1](http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/ECJS-7S7PWQ/maria_do_carmo_pdf.pdf?sequence=1)>. Acesso em: 25 abr. 2015.

CARVALHO, D. As disfunções da burocracia transformam-se na própria burocracia. 2010. Disponível em: <<http://www.administradores.com.br/artigos/economia-e-financas/as-disfuncoes-da-burocracia-transformam-se-na-propria-burocracia/44412/>>. Acesso em 04 jun. 2015.

CASTRO, E.B. Eficácia, Eficiência e Efetividade na Administração Pública. ENANPAD. Salvador/BA. 2006. Anais em AMPAD 30º encontro. Disponível em: <<http://www.anpad.org.br/enanpad/2006/dwn/enanpad2006-apsa-1840.pdf>>. Acesso em 14 mai. 2015.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Vozes. Petrópolis. 2008.

CHIAVENATO, I. Administração: teoria, processo e prática. Elsevier. 4. Ed. Rio de Janeiro. 2007.

CHIAVENATO, I. Recursos humanos na Empresa: pessoas, organizações e sistemas. 3.ed. Atlas, p. 67-76. São Paulo. 1994.

CHIORO, A. Conferência sobre a Reforma Universitária e os hospitais universitários. Boletim da ABEM. Set/Out 2004. Arquivo eletrônico. p.147. Disponível em: <<http://www.ufg.br/seminario-andifes/>>. Acesso em: 22 abr. 2015.

CISLAGHI, J. F. Hospitais universitários: presente caótico e futuro incerto. Rio de Janeiro. 2010. Disponível em: <[http://www.adufrj.org.br/phocadownloadpap/Textos\\_e\\_documento/adufrj\\_ssind/hospitaisuniversitarios%20presente%20caotio%20e%20futuro%20incerto.pdf](http://www.adufrj.org.br/phocadownloadpap/Textos_e_documento/adufrj_ssind/hospitaisuniversitarios%20presente%20caotio%20e%20futuro%20incerto.pdf)>. Acesso em: 22 abr. 2015.

CORSI, F.L. Crise do capitalismo e reestruturação da economia mundial. As estratégias de desenvolvimento na América Latina. Disponível em: <<http://www.iseg.utl.pt/aphes30/docs/progdocs/FRANCISCO%20LUIZ%20CORSI.pdf>>. Acesso em 14 mai. 2015.

DALF, R. L. Teoria e Projetos das Organizações. 6.ed. Rio de Janeiro: LTC, 1999. p.39-45.

DRAGO L. M. B. Servindo a dois senhores: a gestão do HUCAM entre o ensino e a assistência. Dissertação (Mestrado em Política Social) - Universidade Federal do Espírito Santo. Programa de Pós-graduação em Política Social. Ano 3, v.3, n.1, p. 261-262. 2011. Vitória. Espírito Santo. 2011. Disponível em: <http://web3.ufes.br/ppgps/sites/web3.ufes.br/ppgps/files/Leandra%20M.%20Borlini%20Drago.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2015.

DURIGUETTO, M.L. Sociedade Civil e Democracia: um Debate Necessário. *Libertas* v.8, n.2, p.83 – 94. Juiz de Fora. jul-dez / 2008 – ISSN 1980-8518. Disponível em: <[http://www.plataformademocratica.org/Publicacoes/Publicacao\\_7146\\_em\\_19\\_05\\_2011\\_11\\_02\\_03.pdf](http://www.plataformademocratica.org/Publicacoes/Publicacao_7146_em_19_05_2011_11_02_03.pdf)> Acesso em 21 mai. 2015.

ELGOOD, C. *A medical history of Persia*. Cambridge Univ. Press, p.173. ISBN: 9780511710766. United Kingdom. 1951.

FALCÃO, J. *Democracia, direito e terceiro setor*. 2 eds. Volume 1. Editora. FGV. Rio de Janeiro. 2006.

FARAGO, E.; FOFONCA, C.C. A Análise de Conteúdo na Perspectiva de Bardin: do rigor metodológico à descoberta de um caminho de significações. Disponível em: <<http://www.letras.ufscar.br/linguasagem/edicao18/artigos/007.pdf>> Acesso em: 10 jun.2015.

FIGUEIREDO, M.F.; FIGUEIREDO, A.M.C. Avaliação política e avaliação de políticas: um quadro de referência teórica. *Ano 61. Belo Horizonte*. 1 (3): 107.127, set/dez. 1986.

FLICK, U.; KARDOFF, E. V.; STEINKE, I. *A Companion to Qualitative Research*. SAGE. Publications. pp. 13-29. USA. 2004.

FLYNN, N. *Public sector management*. Harvester Wheats heaf Publisher. New York. London. 1990.

FREITAS et al. Aplicação de sistemas de software para auxílio na análise de conteúdo. *Revista de Administração da USP*. 32(3), 97-109. RAU-SP, v. 32, nº 3, p. 97-109. São Paulo: Jul/Set.1997. Disponível em:<[http://www.ufrgs.br/gianti/files/artigos/1997/1997\\_052\\_RAUSP\\_Freitas\\_Cunha\\_Moscarola.pdf](http://www.ufrgs.br/gianti/files/artigos/1997/1997_052_RAUSP_Freitas_Cunha_Moscarola.pdf)>. Acesso em 10 jun. 2015.

GIL, A.C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas, 1987.

GONÇALVES et al. Orçamento como ferramenta de gestão de recursos financeiro no terceiro setor: um estudo nas OSCIP do Semiárido da Paraíba. 2008. Disponível em: < <http://www.congressosp.fipecafi.org/web/artigos92009/135.pdf>> Acesso em 21 mai. 2015.

GOODE, W J.; HATT, P. K. *Métodos em pesquisa social*. 2. ed. São Paulo: Nacional, 1968.

GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GRAÇA, L. *Proto-história do hospital: os asclepions dos gregos e os valetudinaria dos romanos*. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. 2000. Disponível em:<<http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos113.html>>Acesso em: 02 mai. 2015.

GRANEMANN, S. Conferência Nacional de Saúde rejeita fundações estatais. *Jornal da Adufrj*. Rio de Janeiro. 2007. Disponível em: <[http://www.adufrj.org.br/phocadownloadpap/Textos\\_e\\_documentos/adufrj\\_ssind/comferencia\\_nacional\\_de\\_saude\\_rejeita\\_as\\_fundacoes\\_estatais.pdf](http://www.adufrj.org.br/phocadownloadpap/Textos_e_documentos/adufrj_ssind/comferencia_nacional_de_saude_rejeita_as_fundacoes_estatais.pdf)>. Acesso em: 05 mai. 2015.

HAYS, S. W.; PLAGENS, G. K. Human resource management best practices and globalization: the universality of common sense. *Public Organization Review*, v. 02, n. 04, p. 327-348. The Netherlands. 2002.

HELDER, R. R. Como fazer análise documental. Porto- Universidade de Algarve. Portugal. 2006.

KINNEAR, T.C.; TAYLOR, J.R. Marketing research: an applied approach. McGraw-Hill Kogakusha. Tokyo: 1979.

LAMPERT et al. Hospitais de Ensino: a Trama da Crise. 2013. *Rev. bras. educ. med.* vol.37 no.2. Rio de Janeiro. Apr. /June 2013. p. 155-156. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v37n2/01.pdf>>. Acesso em: 17 abr. 2015.

LEMONS P.C.P.; NASCIMENTO, C.N.G. A Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - 95 anos de história. *Rev.Med.*86(4): 232-42. São Paulo. 2007 out.-dez. Disponível em: [http://medicina.fm.usp.br/gdc/docs/revistadc\\_129\\_232-42.864.pdf](http://medicina.fm.usp.br/gdc/docs/revistadc_129_232-42.864.pdf)>. Acesso em: 11 mai 2015.

LIMA, Luci Praciano. O desafio gerencial da multiinstitucionalidade dos hospitais universitários: o caso do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. 2004. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Campinas, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000132&pid=S0101-6628201300020000900015&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000132&pid=S0101-6628201300020000900015&lng=pt)>. Acesso em: 17 abr. 2015.

LUDKE, M. ANDRÉ, M.E.D.A. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. Editora Pedagógica e Universitária (EDU). São Paulo. 1986. 99p.

MAFRA, F. Administração pública burocrática e gerencial. 2015. Disponível em: <[http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=503#\\_ftnref5](http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=503#_ftnref5)>. Acesso em 04 jun. 2015.

MANZINI, E.J. Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semiestruturada. UNESP. Londrina. 2003. p.11-25.

MANZO, A. J. Manual para La preparación de monografias: una guia para presentar informes y tesis. Humanitas. Buenos Aires. 1971.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E.M. Fundamentos da Metodologia científica. 5 eds. Ed. Atlas - São Paulo. 2003

MARCONI, M. de A; LAKATOS, E.M. Metodologia do trabalho científico. Atlas. 225 p. ISBN 978-85-224-4878-4. São. Paulo. 2011

MARCONI, M. de A; LAKATOS, E. M. Técnicas de Pesquisa. Ed. Atlas. São Paulo.2002. 282p.

MARINHO; M.G. S. M. C.; MOTA, A.M. Práticas Médicas e de Saúde nos Municípios paulistas: a história e suas interfaces. USP. Faculdade de Medicina: CD. G Casa de Soluções e Editora. São Paulo. 2011.

MARINHO, A.; FAÇANHA, L.O. Programas Sociais: Efetividade, Eficiência e Eficácia como Dimensões Operacionais da Avaliação. Texto para Discussão nº 787. IPEA. ISSN 1415-4765. Rio de Janeiro, abril de 2001. Disponível em:<<http://www.ufjf.br/especializacao/fisioto/files/2010/03/efetividade-efici%C3%A2ncia-e-efic%C3%A1cia-em-programas-sociais.pdf>>Acesso em: 11 mai 2015.

MATIAS-PEREIRA, J. Manual de Gestão Pública Contemporânea. Atlas. São Paulo. 2007.

MAUDONNET, R.B. Administração Hospitalar - introdução à administração hospitalar. 1ª edição. Cultura Médica. Rio de Janeiro. 1988, 309p.

MACHADO, S.P.; KUCHENBECKER, R. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. Ciênc. saúde coletiva vol.12 no.4; Rio de Janeiro July/Aug. 2007.Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000400009>. > Acesso em: 11 mai 2015.

MCKEE M, HEALY, J. Hospitals in a changing Europe. Buckingham: European Observatory on Health Care Systems Series. Open University Press. Philadelphia. USA London. 2002. Disponível em: <[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/98401/E74486.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/98401/E74486.pdf)>Acesso em: 11 mai. 2015.

MÉDICI, A. C. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. Trabalho realizado no Banco Interamericano de Desenvolvimento, Washington, D. C. Rev. Ass. Méd. Bras. v. 47, n. 2, p. 149-156. São Paulo. 2001. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v47n2/a34v47n2.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2015.

MEIRELLES, H. L. Direito Administrativo Brasileiro. São Paulo: Malheiros, 1996.

MENDEZ, M. 2012. O que são Parcerias Público-Privadas (PPP)? Brasília. 2012. Disponível em: < <http://www.brasil-economia-governo.org.br/2012/04/09/o-que-sao-parcerias-publico-privadas-ppp/> >. Acesso em 20 mai. 2015.

MENDES, E. V. Uma Agenda para a Saúde. Hucitec. São Paulo. 1996.

MESGRAVIS, L. Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (1599-1884). Contribuição ao estudo da assistência social no Brasil. Conselho Estadual de Cultura. São Paulo. 1976.

MORAES, A. de: Direito Constitucional. 5ª ed. - São Paulo. Atlas. 1999.

MORAES, A. dos S. J. Uma Alternativa à Crise do Estado do Bem-Estar.v.1 vol. N.2,47-62. 1998. FACEF Pesquisa v.1, n.2 (1998) ISSN: 2316-3402

MORAES, Alexandre de. Reforma Administrativa: Emenda Constitucional nº 19/98. São Paulo: Atlas, 999, p. 65.

MODESTO, P. Notas para um debate sobre o princípio da eficiência. Revista do Serviço Público. Ano 51. Número 2 Bahia. Abr-Jun 2000. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/revista/Rev\\_18/Artigos/art\\_paulomo.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/revista/Rev_18/Artigos/art_paulomo.htm).> Acesso em 13 mai. 2015.

MOLINA, T.M. Historia de La enfermeria. Intermedica Buenos Aires. 1973.

NAVA, P. Capítulos da história da medicina no Brasil. Ateliê editorial. São Paulo. 2003.

OLAK, P. A.; NASCIMENTO, D. T. do. Contabilidade para entidades sem fins lucrativos (Terceiro Setor). Atlas. São Paulo 2006.

OSBORNE, D.; GAEBLER, T. Reinventing government: how the entrepreneurial spirit is transforming the public sector. The Academy of Management Review. Vol. 20. nº. 1. pp. 229-235. Ed.Academy of Management.USA. 1992.

PAIXÃO, W. Páginas de história da enfermagem. 2.ed. Buccini. Rio de Janeiro. 1960.

PEDROSA, T.M.G. Estabelecimento da correspondência entre os requisitos do instrumento de acreditação hospitalar brasileiro da organização nacional de acreditação - ONA (2004) - e as normas da série NBR ISO 9000:2000. Dissertação apresentada como requisito para a obtenção de título de Mestre em Ciências da Saúde - Infectologia e Medicina Tropical. Faculdade de Medicina da UFMG. Minas Gerais. 2004, 154f. Disponível em: <<http://www.rdconsultoria.com.br/Downloads/Educa%C3%A7%C3%A3o%20Continuada/Gest%C3%A3o%20da%20Qualidade/Acredita%C3%A7%C3%A3o/Correspondencia%20entre%20SBA%20e%20ISO.pdf>.> Acesso em: 05 mai. 2015.

PEREIRA; L. C. B.; SPINK, P. Reforma do Estado e administração pública gerencial. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas. 1998.

PIETRO, M. S. Z.D. Direito Administrativo. Atlas. 16 ed. São Paulo. 2003.

PIETRO. M. S. Z.D. Parcerias na Administração Pública. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2006. p. 243/244.

PINTO, J.E.N. As Parcerias Entre o Setor Público e o Setor Privado. 2003. Disponível em:<[http://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/export/sites/default/bndes\\_pt/Galerias/Arquivos/conhecimento/seminario/PPP12.pdf](http://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/export/sites/default/bndes_pt/Galerias/Arquivos/conhecimento/seminario/PPP12.pdf).> Acesso em 20 mai. 2015.

PINTO, C.M.B.C. O processo de privatização e desestatização do Estado brasileiro. Santa Catarina. 2007. Disponível em: <<http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/30159-30685-1-PB.pdf>.> Acesso em 13 jun. 2015.

PINTO, E. G. Organizações Sociais e Reforma do Estado no Brasil: Riscos e Desafios Nesta Forma de Institucionalizar a Parceria Estado-Sociedade Organizada.

XIV Concurso de Ensayos del CLAD Administración Pública y Ciudadanía. Caracas, 2000. Disponível em: <<http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/clad/clad0038102.pdf>> Acesso em 17 junho 2015.

POLLITT, C; BOUCKAERT, G. Avaliando reformas da gestão pública: uma perspectiva internacional. Revista do Serviço Público. v. 53, n. 3, p. 5-30. 2002 ISSN 0034-9240.

POLLITT, C. Managerialism and the public services - the anglo american experience. Basil Blackwell. Oxford/Massachusetts USA. 1990.

RAIMUNDO, H. F. Como fazer análise documental. Portugal. 2006. Disponível em: <<http://educaaic.blogspot.com.br/2006/10/como-fazer-analisedocumental.html>> Acesso em: 09 jul. 2015.

RIBEIRO, Elisa Antônia. A perspectiva da entrevista na investigação qualitativa. Evidência: olhares e pesquisa em saberes educacionais. n. 04, p.129-148. Araxá. Minas Gerais. 2008.

RICHARDS, D.SMITH, M. J. Governance and public policy in the United Kingdom. Oxford University Press. New York: USA. 2002.

RIVENBARK, W. C.; CARTER, K. L. Benchmarking and cost accounting: the North Carolina approach. Journal of Public Budgeting. Accounting and Financial Management., v. 12, n. 1, p. 1-7. Fort Lauderdale.2000. Disponível em: <<http://pracademics.com/attachments/article/971/Carter.pdf>> Acesso em: 09 jul. 2015.

ROMERO, G. Pronto Socorro do HUB: história de uma crise estruturante e transformadora. Disponível em: <<http://www.unb.br/noticias/unbagencia/artigo.php?id=300>>. Acesso em 25 mai. 2015.

ROSA, et al. A entrevista na pesquisa qualitativa: mecanismos para a validação dos resultados. Autêntica Editora. Belo Horizonte. 2006. 112 p.

SÁ, F. Fundação da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro. Tipografia Imperial e Constitucional de J. Villeneuve. Rio de Janeiro.1880. Disponível em: <<http://www.bn.br/>> Acesso em: 09 mai. 2015.

SILVA, B.H.R. Consumo de Substâncias Psicoativas: Reflexões sobre as especificidades femininas. Monografia apresentada à Universidade Nacional de Brasília-DF, para obtenção do grau de bacharel em Serviço Social. Instituto de Ciências Humanas, Departamento de Serviço Social. Brasília. 2012, p.51. Disponível <[http://bdm.unb.br/bitstream/10483/4193/1/2012\\_BarbaraHeliadoraRibeirodaSilva.pdf](http://bdm.unb.br/bitstream/10483/4193/1/2012_BarbaraHeliadoraRibeirodaSilva.pdf)> Acesso em: 20 abr. 2015.

SODRÉ, et al. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão? Serv. Serv. Soc. Soc. no.114 São Paulo Apr. /June 2013, n.114, p. 365-380. ISSN 0101-6628. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-66282013000200009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282013000200009)> Acesso em: 27 abr. 2015.

SOURNIA, J.C. História da medicina. Institute Piaget. Lisboa. 1995

STAKE R.E. Case studies. In N. K. Denzin, and Y.S Lincoln (Eds.), Handbook of qualitative research (pp. 236-247). Thousand Oaks. CA: Sage.1994.

STONER, J. A. F. e FREEMAN, R. E. Administração. Prentice Hall. p. 136-239. Rio de Janeiro.1995.

THEODORSON, G. A. THEODORSON, A. G. A modern dictionary of sociology. Methuen. London. 1970.

TIMM, L.B.; TONIOLO, G. A aplicação do princípio da eficiência à administração pública: levantamento bibliográfico e estudo da jurisprudência do TJRS. Revista Eletrônica sobre a Reforma do Estado. v. 4, n. 18, p. 04. IBDP. Bahia. jul./dez. 2009. Disponível em: <<http://www.direitodoestado.com/revista/RERE-18-JUNHO-2009-LUCIANO-BENETTI.pdf>>. Acesso em 13 mai. 2015.

TORRES, M.D de F. Estado, democracia e administração pública no Brasil. Fundação Getúlio Vargas Rio de Janeiro. 2004. p. 175.

TRIVIÑOS, A. N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. Atlas. São Paulo. 1987.

TRUJILLO, F.A. Metodologia da ciência. 3. ed. Rio de Janeiro: Kennedy, 1974.

TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área de saúde: definições, e seus objetos de pesquisa. Campinas. Saúde Pública. São Paulo. 2005. 39(3): 507-14. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>>. Acesso em 22 mai. 2015.

VERGARA, S. C. Projetos e relatórios de pesquisa em Administração (4a ed.). Atlas. São Paulo. 2003.

VERGARA, S. C. Método de pesquisa em administração. Atlas. São Paulo. 2005. 287p. ISBN 85-2243963-X.

ZYBERSZTAJN, D.; SZTAJN, R. Direito e Economia. Rio de Janeiro: Elsevier. 2005

WALSH, J.J. Hospitals. 1910. The Catholic Encyclopedia. Ed. Robert Appleton Company. From New Advent. New York. USA. May 18. 2015.

WILLIAM, O. The Evolution of Modern Medicine. A Series Of Lectures Delivered At Yale University On The Silliman Foundation In April 1913.

YIN, R. K. Estudo de caso: planejamento e métodos. Boockman. 2ª ed. Porto Alegre. 2005.

MORAES, A. Temas atuais de Direito Público - Constitucional e Administrativo. Disponível em: <<http://www.alexandrede Moraesadvogados.com.br/wp-content/uploads/2013/09/Constitucionalizac%C3%A3o-do-Direito-AdministrativoTemas-atuais-de-Direito-P%C3%BAblico-%E2%80%93-Constitucional-e-Administrativo.pdf>>. Acesso em 10 jun.2015.

## ANEXOS

## ANEXO A – Contrato assinado entre Universidade de Brasília e EBSEH.



CONTRATO Nº 004 /2013

CONTRATO QUE ENTRE SI CELEBRAM A  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA e a EMPRESA  
BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES –  
EBSEH

A UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, com sede no Campus Universitário Darcy Ribeiro, Asa Norte, Brasília - DF, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 00.038.174/0001-43, neste ato representada por seu Reitor Prof. Sr. **IVAN MARQUES DE TOLEDO CAMARGO**, brasileiro, casado, engenheiro, portador da RG 581564, expedido pela Secretaria de Segurança Pública do Distrito Federal, inscrito no cadastro de pessoa física do Ministério da Fazenda sob número 210.411.481-00, SQS 309, Bloco F, Apto. 404, CEP 70362-060, Brasília/DF, doravante denominada CONTRATANTE, e a EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSEH, Empresa Pública vinculada ao Ministério da Educação, criada pela Lei nº 12.550, de 15 dezembro de 2011, com sede no Edifício Parque da Cidade Corporate – Torre C – 1º, 2º e 3º andares – Setor Comercial Sul, Quadra 9, Lote C, Asa Sul, Brasília/Distrito Federal, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 15.126.437/0001-43, neste ato representada por seu Presidente, **JOSÉ RUBENS REBELATTO**, brasileiro, casado, fisioterapeuta, portador do RG nº 7.481.896, expedido pela Secretaria de Segurança Pública do Estado de São Paulo, inscrito no cadastro de Pessoa Física do Ministério da Fazenda sob número 867.117.688-88, residente e domiciliado na Rua Equador 295, Parque Estancia Suíça, CEP 13566-800, São Carlos/SP, e por seu Diretor de Atenção à Saúde e Gestão de Contratos, **CELSO FERNANDO RIBEIRO DE ARAÚJO**, brasileiro, casado, médico, portador do RG nº 5661765, expedido pela Secretaria de Segurança Pública do Estado do Paraná, inscrito no cadastro de Pessoa Física do Ministério da Fazenda sob número 186.975.779-34, residente e domiciliado na Av. Paraná, 642, Apto. 182-A, Bairro Cabral, CEP 80035-130, Curitiba/PR, com poderes conferidos pelo Decreto nº 7661/11, de 28 de dezembro de 2012, doravante denominada CONTRATADA, na forma da previsão do artigo 5º da Lei 12.550/2011, resolvem estabelecer o presente contrato de administração mediante as cláusulas e condições a seguir enunciadas, preservando-se a autonomia universitária constante do artigo 207 da Constituição da República.

**Cláusula Primeira - Do Objeto**

O presente contrato tem por objeto a administração, pela CONTRATADA, do HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, compreendendo a oferta, à população, de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como o apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, na forma e condições definidas neste Contrato e na Lei nº 12.550/2011, vedado o atendimento de pacientes de convênios e particulares.



*[Handwritten signatures]* 1



**Parágrafo Primeiro** – É vedado o aditamento deste Contrato com o intuito de alterar seu objeto, entendida como tal a modificação, ainda que parcial, das finalidades definidas na Cláusula Primeira.

**Parágrafo Segundo** – Resguardado o objeto, este contrato poderá ser aditado a qualquer tempo mediante acordo formal entre as partes.

**Parágrafo Terceiro** – É parte integrante deste contrato os cinco anexos relacionados a seguir: Anexo I – Plano de reestruturação; Anexo II – Documentos referentes ao imóvel; Anexo III – Último levantamento patrimonial; Anexo IV – Relação de servidores que permanecerão em exercício no hospital; e Anexo V – Cronograma de manutenção de contratos e vínculos pré-existentes no hospital.

**Cláusula Segunda – Do Regime Jurídico**

Este CONTRATO constitui espécie do gênero contrato administrativo e se regula pelas suas cláusulas e pelos preceitos de direito público, especialmente pela Lei nº 12.550/2011, aplicando-se lhe, supletivamente, a Lei nº 8.666/1993 e os princípios da Teoria Geral dos Contratos.

**Cláusula Terceira – Do Plano de Reestruturação**

A CONTRATANTE declara ter pleno conhecimento do Plano de Reestruturação realizado pela CONTRATADA, que se encontra no Anexo I e servirá de referencial para a consecução dos objetivos do presente contrato.

**Parágrafo Primeiro** – O Plano de Reestruturação, elaborado a partir de informações gerais sobre o hospital, contém ações estratégicas e metas para período máximo de 12 (doze) meses, em todas as áreas de atuação da CONTRATADA.

**Parágrafo Segundo** – Durante o período previsto no parágrafo anterior será elaborado o Plano Diretor do Hospital, conjuntamente pela CONTRATADA e CONTRATANTE.

**Cláusula Quarta – Da Cessão do Patrimônio**

A CONTRATANTE cederá o imóvel localizado na SGAN 605, Av. L2, Norte, CEP 70840-901, Brasília/DF, cuja descrição, dimensões/planta e certidão de registro de imóveis, encontram-se no Anexo II, bem como os bens permanentes nele contidos relacionados no Anexo III, mediante processo e instrumento de cessão de uso próprios.

**Parágrafo primeiro** – Compete à CONTRATANTE fornecer à CONTRATADA relação nominal dos servidores públicos efetivos (Anexo IV) que permanecerão em atividade no ambiente do Hospital, sob gestão da EBSEH.

**Parágrafo Segundo** – A cessão dos bens permanentes pela CONTRATANTE à CONTRATADA surtirá efeitos após a realização de inventário que será concluído no prazo de 180 (cento e oitenta) dias a contar da assinatura do presente contrato.

**Cláusula Quinta – Dos Servidores Públicos em exercício no Hospital Universitário**

A critério da CONTRATANTE, os servidores públicos em exercício no Hospital na data da assinatura do CONTRATO permanecerão em seus postos, exercendo as mesmas atividades, e continuarão sujeitos ao regime previsto na Lei nº 8.112/1990, inclusive





quanto aos deveres, proibições e regime disciplinar descritos na mesma Lei, vedado qualquer hipótese de desvio de função.

Parágrafo Primeiro – Compete à CONTRATANTE fornecer à CONTRATADA relação nominal dos servidores públicos efetivos que permanecerão em atividade no ambiente do Hospital, sob gestão da EBSEH.

Parágrafo Segundo – Observadas as disposições legais e regulamentares, compete à EBSEH a gestão administrativa dos servidores que permanecerem em exercício no Hospital, especialmente quanto a aspectos referentes a:

- a) concessão, com ônus pela CONTRATADA, de diárias, passagens e indenização de transporte;
- b) redistribuição interna de competências e alocação de pessoal;
- c) controle de frequência, de produtividade e de horas extraordinárias de trabalho;
- d) programação de escala de trabalho, de recessos, e de plantões; e
- e) autorização e programação de férias, licenças e afastamentos, quando for o caso.

Parágrafo Terceiro – A nomeação de servidor ou empregado público para Cargo em Comissão ou Função Gratificada no Hospital Universitário dar-se-á somente mediante prévia cessão do trabalhador à EBSEH pelo seu órgão de origem.

Parágrafo Quarto – Quando a cessão mencionada no parágrafo anterior for de servidor do quadro efetivo de docentes ou técnicos administrativos da CONTRATANTE, o processo de cessão dar-se-á por meio de Portaria do Reitor, garantidos os direitos referentes ao regime de origem, na forma do art. 7º da Lei nº 12.550/2011.

Parágrafo Quinto – Quando a cessão mencionada no parágrafo terceiro for de docente do quadro efetivo da CONTRATANTE, fica acordado que a CONTRATADA poderá disponibilizar a sua participação em atividades teóricas das disciplinas acadêmicas de seu Departamento de origem, conforme grade curricular previamente apresentada, com carga horária semanal de até oito horas.

Parágrafo Sexto – Ao tomar conhecimento de qualquer irregularidade supostamente cometida por um servidor em exercício no Hospital Universitário, compete à EBSEH promover apuração prévia, mediante sindicância investigativa e, finda a apuração, a Sindicância será encaminhada à autoridade competente para promover o juízo de admissibilidade quanto à instauração de Sindicância ou de Processo Administrativo Disciplinar.

Parágrafo Sétimo – A CONTRATADA oportunizará aos servidores públicos que permanecerem em exercício no Hospital a opção pelo Plano de Benefícios – EBSEH, caso seja mais favorável ao servidor.

Parágrafo Oitavo – Com relação aos servidores que exerçam atividades de caráter administrativo ou de apoio técnico, CONTRATADA e CONTRATANTE avaliarão conjuntamente a conveniência e oportunidade de manutenção nos quadros do Hospital Universitário.



*[Handwritten signatures and initials]*



**Cláusula Sexta – Das regras de transição**

A CONTRATANTE manterá ativas as atividades, contratos e vínculos pré-existentes no Hospital, às suas expensas, pelos prazos constantes do cronograma Anexo V em prestígio à continuidade do serviço público.

Parágrafo Primeiro – Quando constatada a necessidade, a CONTRATADA poderá desde já adotar providências para a contratação de serviços, contratando com terceiros, se necessária, a prestação de serviços relacionados à execução de atividades-meio.

Parágrafo Segundo – A CONTRATADA poderá, extintos os prazos previstos no caput da presente cláusula, manter vínculos e contratos voltados ao desenvolvimento de atividades acessórias ao CONTRATO já existentes no Hospital, desde que necessários ao fiel cumprimento das metas objeto deste contrato, bem como observadas a lei e decisões judiciais e administrativas aplicáveis ao caso.

Parágrafo Terceiro – A CONTRATANTE é responsável por eventuais débitos decorrentes das relações jurídicas estabelecidas e mantidas nos prazos estipulados no cronograma previsto no caput, de forma que não haverá qualquer vínculo entre as pessoas jurídicas e naturais prestadoras dos serviços e a CONTRATADA, salvo na hipótese prevista no parágrafo segundo da presente cláusula.

Parágrafo Quarto – A CONTRATANTE providenciará, às suas expensas e nos prazos estabelecidos, as extinções dos vínculos e contratos referidos no caput da presente cláusula.

Parágrafo Quinto – A CONTRATADA por meio dos cargos diretivos de superintendente e gerências, na forma do artigo 46, §3º do Regimento Interno da empresa, fará o acompanhamento dos atos de transição, especialmente a realização do Processo Seletivo e/ou Concurso Público.

Parágrafo Sexto – A gestão plena do Hospital pela CONTRATADA se efetivará somente tendo decorrido o período de transição, quando os empregados convocados por aprovação no Processo Seletivo e/ou Concurso público assumirem seus postos de trabalho.

Parágrafo Sétimo – Durante o período de transição o recurso aportado na unidade hospitalar pela produção assistencial permanecerá sob a gestão da CONTRATANTE (Unidade Hospitalar), mantendo-se a responsabilidade desta quanto aos insumos médicos hospitalares e demais contratos terceirizados.

**Cláusula Sétima – Das obrigações e Responsabilidades da CONTRATADA**

São obrigações da CONTRATADA:

- I. Administrar com ética e transparência o Hospital Universitário de Brasília da Universidade de Brasília;
- II. Zelar pelo patrimônio cedido no âmbito deste contrato;
- III. Desenvolver gestão qualificada e moderna no Hospital Universitário;
- IV. Implantar ferramenta informatizada de gestão hospitalar;





- V. Aplicar o valor arrecadado a título de prestação de serviços hospitalares, em decorrência do presente contrato, no atendimento do objeto social da CONTRATADA, e adotar todas as medidas inerentes à gestão e prestação de serviço de excelência por parte do Hospital.
- VI. Manter força de trabalho do Hospital Universitário adequada ao bom funcionamento dos serviços, observando-se o dimensionamento do quadro de pessoal;
- VII. Editar, mensalmente, Boletim de Pessoal, com os atos relacionados à gestão de recursos humanos, encaminhando-o ao órgão de gestão de recursos humanos da CONTRATANTE, até o quinto dia útil do mês subsequente.
- VIII. Preservar os espaços e serviços necessários para o processo de ensino e aprendizagem destinados à formação profissional dos cursos oferecidos pela Universidade;
- IX. Incentivar a produção de conhecimento científico e tecnológico no âmbito do hospital, por meio da promoção de projetos de pesquisa e da definição de diretrizes;
- X. Criar um fundo para o incentivo à pesquisa, cujo percentual será definido anualmente pela Diretoria Executiva da CONTRATADA;
- XI. Definir, preservando as necessidades para o ensino e a pesquisa de interesse da CONTRATANTE, o perfil do Hospital Universitário, a partir das necessidades da rede de saúde e das políticas prioritárias do Ministério da Saúde;
- XII. Promover, junto à Universidade e aos Gestores do SUS, a discussão e o estabelecimento de um modelo de atenção à saúde, focado em linhas de cuidado, contemplando as políticas prioritárias do SUS e a integração ensino-serviço;
- XIII. Estabelecer as bases de negociação, gerenciar o contrato de prestação de serviços de saúde junto à gestão do SUS e definir as metas de desempenho da atenção à saúde;
- XIV. Promover a reestruturação física e a modernização do parque tecnológico do Hospital Universitário;
- XV. Promover a padronização dos insumos hospitalares, de acordo com política definida pela CONTRATADA para a rede de hospitais universitários federais;
- XVI. Apoiar a estruturação do Hospital Universitário para o processo de certificação como Hospital de Ensino – HE
- XVII. Elaborar, no período máximo de 12 meses, em parceria com a CONTRATANTE, o Plano Diretor do Hospital Universitário.
- XVIII. Fornecer relatórios semestrais do cumprimento das metas dispostas no Anexo I deste contrato;
- XIX. Publicar, em sítio próprio da rede mundial de computadores, extrato do presente contrato.

**Cláusula Oitava – Das obrigações e Responsabilidades da CONTRATANTE**  
São obrigações da CONTRATANTE:

- I. Disponibilizar os materiais (bens móveis e imóveis) mediante instrumento de cessão de uso para a consecução dos objetivos do presente contrato;



*[Handwritten signatures and initials]* 5



- II. Manter as condições adequadas ao cumprimento das metas do presente contrato;
- III. Respeitar e fiscalizar as metas de desempenho, indicadores e prazos de execução, previstas no Anexo I, conforme art. 6º, II da Lei nº 12.550/2011;
- IV. Apresentar, para a CONTRATADA, relação dos servidores públicos que exerçam, no Hospital Universitário, atividades relacionadas ao objeto do presente contrato e/ou da Universidade, cuja permanência no hospital seja pertinente, nas condições estipuladas no presente contrato;
- V. Garantir que a carga horária docente destinada ao acompanhamento de alunos no cenário de ensino-aprendizagem, seja realizada no ambiente do hospital universitário, considerando o seu perfil assistencial;
- VI. Fornecer à Procuradoria Geral Federal ou à CONTRATADA, conforme o caso, todos os documentos, elementos, dados técnicos e informações necessárias para possibilitar a defesa judicial e extrajudicial dos interesses e finalidade social do Hospital Universitário;
- VII. Responder integralmente pelos débitos relacionados às atividades desenvolvidas pelo Hospital Universitário, referentes a fatos ou situações ocorridas e/ou alegadas até a data da assunção plena da gestão, de acordo com o art. 6º deste CONTRATO, ainda que não conhecidas após a assinatura do presente instrumento, a fim de preservar seus interesses e finalidade social;
- VIII. Transferir à Contratada os recursos destinados às ações de média e alta complexidade recebidos do Ministério da Saúde e de outras fontes para a execução do objeto deste Contrato, mediante a emissão de empenho e respectiva ordem bancária no Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal – SIAFI;
- IX. Autorizar o Fundo Nacional de Saúde - FNS a transferir diretamente à CONTRATADA os recursos do Ministério da Saúde destinados ao Hospital Universitário no âmbito do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais – REHUF.

**Cláusula Nona – Dos Cargos Diretivos do Hospital**

Os procedimentos para a seleção de ocupantes dos Cargos em Comissão e Funções Gratificadas do Hospital serão os seguintes:

- I. O Superintendente será indicado ao Presidente da EBSEH pelo Reitor da Universidade à qual pertence o Hospital, na forma do estabelecido no artigo 46, § 2º, do Regimento Interno da Empresa;
- II. As Gerências serão ocupadas por pessoas selecionadas por Comitê de Seleção composto por membros da Diretoria Executiva da EBSEH e o Superintendente selecionado para o Hospital, na forma do artigo 46, § 3º do Regimento Interno da Empresa.
- III. Para o cargo de Auditor, será realizada seleção pelos Auditores Geral e Adjunto da EBSEH, por meio de critérios técnicos específicos para a área, e submetida à apreciação da Diretoria Executiva da Empresa.
- IV. A escolha do Ouvidor do Hospital será também realizada pelo Colegiado Executivo do Hospital, obedecendo a critérios técnicos sugeridos pelo Ouvidor Geral da EBSEH.



*[Handwritten signature]*  
 13/06



- V. Para os cargos de Chefia, a seleção será feita pelo Colegiado Executivo e o representante do nível hierárquico imediatamente superior.

Parágrafo Primeiro – O indicado para o cargo de Superintendente deverá comprovar experiência em gestão pública na área da saúde, correspondente ao tempo de experiência exigido para o cargo de Gerente.

Parágrafo Segundo - Os cargos de Superintendente e de Gerentes serão de livre nomeação e os demais cargos serão ocupados por servidores públicos cedidos à EBSEH com fundamento no art. 93, inciso I, da Lei nº 8.112, de 1990, ou empregados admitidos por concurso público, de acordo com o art. 47 § 1º, 2º e 3º do Regimento Interno da EBSEH.

Parágrafo Terceiro – A seleção dos Cargos em Comissão e Funções Gratificadas será feita a partir da análise e classificação de, no mínimo, três currículos para cada posição, apresentados pelo Superintendente.

Parágrafo Quarto – O processo com os resultados e as devidas justificativas das indicações deverá ser encaminhado pela Divisão de Gestão de Pessoas do Hospital Universitário à Diretoria de Gestão de Pessoas da EBSEH, para os procedimentos de nomeação dos indicados.

Parágrafo Quinto – Os critérios específicos para o processo de seleção dos candidatos a Cargos em Comissão, e para a seleção dos candidatos a ocupar Funções Gratificadas, são os definidos na Resolução nº 8/2012 da Diretoria Executiva da EBSEH.

Parágrafo Sexto – Caso não seja identificado candidato que preencha os requisitos sugeridos para algum cargo, caberá ao Comitê Gestor do Hospital realizar a indicação para o mesmo, com apresentação das devidas justificativas à Diretoria Executiva da EBSEH.

Parágrafo Sétimo – Os nomeados aos Cargos em Comissão ou Funções Gratificadas submetem-se a regime de integral dedicação ao serviço, podendo ser convocados sempre que houver interesse da EBSEH.

Parágrafo Oitavo – O procedimento de exoneração para os cargos em comissão e funções gratificadas previstas na referida Resolução seguirá as regras gerais aplicáveis ao caso, ad nutum.

**Clausula Décima – Do Financiamento e do Pagamento**

A prestação de serviços objeto do presente Contrato será financiada pelas dotações orçamentárias do Ministério da Educação, alocadas diretamente no orçamento da EBSEH, e pelos recursos provenientes do Ministério da Saúde e de outras fontes de recursos públicos, os quais serão integralmente transferidos pela Contratante à Contratada.

Parágrafo Primeiro – Os recursos REHUF provenientes do Ministério da Saúde também comporão as fontes de financiamento do presente contrato e serão



07/00



transferidos diretamente à EBSEH pelo FNS mediante autorização expressa da Contratante.

Parágrafo Segundo – Durante a vigência do presente Contrato a Contratante transferirá à Contratada os recursos provenientes do Ministério da Saúde e de outras fontes de recursos públicos, mediante a emissão de empenho e ordem bancária no SIAFI.

**Cláusula Décima Primeira – Da Incomunicabilidade de atos de gestão de recursos humanos**

A contratação, a qualquer tempo, de mão-de-obra, por qualquer das partes, não implicará em relação entre aqueles contratados e a outra parte deste contrato, não havendo em nenhuma das hipóteses a transferência de quaisquer ônus em relação às referidas contratações de mão-de-obra.

**Cláusula Décima Segunda - Da Extinção do Contrato**

Este CONTRATO poderá ser extinto por resolução de ambas as partes, por rescisão unilateral, em virtude de extinção da unidade hospitalar, por inexecução ou execução inadequada e por anulação, observado o devido processo legal e a ampla defesa, bem como observados, no que couber, os artigos 77 e 78 da lei 8.666/93.

Parágrafo Primeiro – A rescisão unilateral somente ocorrerá mediante prévio aviso de 06 (seis) meses à outra parte.

Parágrafo Segundo – Caso a CONTRATANTE exerça a rescisão unilateral do contrato, esta permitirá o levantamento das benfeitorias e bens materiais aplicados na unidade hospitalar pela CONTRATADA ou a indenizará por valor correspondente, bem como a ressarcirá quanto aos valores decorrentes da extinção antecipada de contratos civis e trabalhistas celebrados, conforme o caso.

Parágrafo Terceiro – As disposições constantes no parágrafo segundo serão aplicadas também nos demais casos previstos no caput da presente cláusula, no que couber.

**Cláusula Décima Terceira – Da Vigência**

Excepcionalmente, dada a natureza do serviço prestado e do objeto da CONTRATADA, o contrato é celebrado por prazo indeterminado, com validade e eficácia condicionadas à publicação resumida do instrumento pela CONTRATANTE, no Diário Oficial, e na integralidade, pela CONTRATADA, no seu sítio da internet.

**Cláusula Décima Quarta – Dos Casos Omissos**

Os casos omissos referentes a este contrato serão resolvidos à luz da Lei nº 12.550/2011 e do Decreto nº 7.661/2011, pelas partes de comum acordo ou, não havendo esta possibilidade, mediante submissão da questão à Câmara de Conciliação e Arbitragem da Administração Federal.

**Cláusula Décima Quinta – Do Foro**

Fica estabelecido o foro da Seção Judiciária do Distrito Federal como competente para dirimir quaisquer dúvidas ou questões decorrentes da execução deste contrato.





**EBSERH**  
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

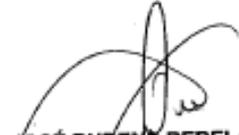
E, por se acharem justas e contratadas, as partes assinam o presente contrato em três vias de igual teor e forma, contendo rubrica das partes em todas as folhas, na presença das testemunhas, para que produza todos os efeitos legais.

Brasília, 17 de janeiro de 2013.

Pela UnB:

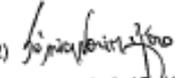
  
IVAN MARQUES DE TOLEDO CAMARGO  
Reitor

Pela EBSERH:

  
JOSÉ RUBENS REBELATTO  
Presidente  
  
CELSO FERNANDO RIBEIRO DE ARAÚJO  
Diretor

Testemunhas:

1)   
CPF: 028543718-00

2)   
CPF: 331.813.490-20





Epêtole: Termo Aditivo firmado entre a Fundação Coordenação de Pessoal de Nível Superior - CAPES CNPJ: 09.889.834/0001-08 - UG/Órgão: 154003/14219 Objeto: Prorrogação de Vigência das Condições Pré-Equipamentos, Parâmetros Legais, Portaria Interministerial Nº 561/2011. Data de assinatura: 19/12/2012. Prorrogar a vigência para: 30/06/2013 - Signatários - pela CAPES: Márcio de Castro Silva Filho - Diretor de Programas e Belos no País e pela instituição, seu representante legal.

Table with columns: Instituição, Processo, CNPJ, Contrato, Representante Legal. Row: UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DO PARANÁ (UESOP), 23038/004/12/2010-12, 0302888/0001-04, CONV-PROC-EQUIPAMENTOS 30/2010, ROSELENE BELCH

DIRETORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS
ENTRATO DE CONCESSÃO DE AUXÍLIO À PESQUISA

Termo de Concessão e Acrição de Apoio Financeiro - Concedente: CAPES CNPJ: 09.889.834/0001-08 - Objeto: Concessão de Auxílio Financeiro a Pesquisadores - Signatários - pela CAPES: Genildo Neres Sobrinho - Diretor de Relações Internacionais - substituto e pelo auxílio: o beneficiário (a).

Table with columns: Beneficiário (a), CPF, Processo, Instituição, Valor R\$, Vigência, Nota de Empenho. Row: SAQUEL SANTINI LEANDRO RADE, 93728486-9, 23038/009/031/2012-00, FUNDACAO ANUOLATMO-CAMBIOLMO, 12.200,00, DE: 01/12/2012 A: 30/06/2013, 2012NE005477

COORDENAÇÃO-GERAL DE PROGRAMAS
ENTRATOS DE CONCESSÃO DE AUXÍLIO À PESQUISA

Termo de Concessão e Acrição de Apoio Financeiro - Concedente: CAPES CNPJ: 09.889.834/0001-08 - Objeto: Concessão de Auxílio Financeiro a Pesquisadores - Signatários - pela CAPES: Luis Filipe Miranda Crocchioli - Coordenador Geral de Programas e pelo auxílio: o beneficiário (a).

Table with columns: Beneficiário (a), CPF, Processo, Instituição, Valor R\$, Vigência, Nota de Empenho. Row: EDUARDO VIANA VARGAS, 952274516-88, 23038/009/26/2012-75, FUNDACAO ANUOLATMO-CAMBIOLMO, 11.300,00, DE: 05/12/2012 A: 30/06/2013, 2012NE005022

Termo de Concessão e Acrição de Apoio Financeiro - Concedente: CAPES CNPJ: 09.889.834/0001-08 - Objeto: Concessão de Auxílio Financeiro a Pesquisadores - Signatários - pela CAPES: Luis Filipe Miranda Crocchioli - Coordenador Geral de Programas e pelo auxílio: o beneficiário (a).

Table with columns: Beneficiário (a), CPF, Processo, Instituição, Valor R\$, Vigência, Nota de Empenho. Row: VLADIS BIRKAVICIUS, 045351677-00, 23038/009/66/2012-96, FUNDACAO ANUOLATMO-CAMBIOLMO, 57.000,00, DE: 14/01/2013 A: 30/05/2013, 2012NE000059

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
AVISO DE SUSPENSÃO
PREGÃO Nº 170113
Controlamos a suspensão da licitação supra citada, publicada no D.O.U em 11/01/2013. Objeto: Pregão Eletrônico - Aquisição de equipamentos de videocirurgia.

PRODUCOES FOTOGRAFICAS LTDA. - ME. Objeto: Serviços de documentação fotográfica especializada no campo da segmentação visual em das regiões do nordeste brasileiro, campo de atuação da pesquisa, da divulgação científica e cultural da Fundação Joaquim Nabuco. Fundamento Legal: Lei nº 10.520 de 17 de julho de 2002. Vigência: 16/01/2013 a 31/06/2013. Valor Total: R\$370.000,00. Fornecedor: 112090060 - 2012NE091369. Data de Assinatura: 14/01/2013.

154039, Gestão: 15256. Concedente: FUNDAÇÃO DE APOIO INSTITUCIONAL RIO SOLEIMOS, CNPJ nº 02.206.228/0001-43. Objeto: Prorrogação de prazo de vigência do Contrato original por prazo duas (2) vezes o prazo de vigência do anterior (contrato de vigência: 31/12/2012 a 30/12/2013) Data de Assinatura: 20/12/2012. Signatários: Concedente: MARCIA PERALES MENDES SILVA, CPF nº 214.851.902-06, Concessionário: ALMER LIBERATO DA SILVA, CPF nº 034.253.092-88.

(SIDEC - 21/01/2013) 155007-26443-2012NE00002
FUNDAÇÃO DE APOIO AO DESENVOLVIMENTO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
AVISOS DE LICITAÇÃO
PREGÃO ELETRÔNICO Nº 1292012

(SUON - 21/01/2013) 144002-34203-2013NE000017
COORDENAÇÃO-GERAL DE PLANEJAMENTO E ADMINISTRAÇÃO
AVISO DE ALTERAÇÃO
PREGÃO Nº 932012

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
ENTRATO DE CONTRATO Nº 42013

Pregão Eletrônico nº 129/2012. Objeto: aquisição de 03 (três) reatores (reatores para o departamento de engenharia elétrica da UFPE. Contrato Nº 571/08 FADU/UFPE. Abertura das propostas: 05/02/12 às 09h30min - Dia/Dia de Lançar: às 10h, no site www.licitacoes-e.com.br. Entrega das propostas: a partir de 22/01/2013 às 15h. Edital disponível em endereço: www.fadufpe.org.br e www.licitacoes-e.com.br. Informações: licitacoes@fadufpe.org.br

Comunicação que o edital da licitação supra citada, publicada no D.O.U de 08/01/2013 foi alterado. Objeto: Pregão Eletrônico - Contrata objeto do presente Pregão Eletrônico e registro de preços, pelo prazo de 12 (doze) meses, para eventual aquisição de material de manutenção pontual para atender as necessidades da Fundação Joaquim Nabuco, tudo em conformidade com as condições, descrições e demais elementos constantes deste Edital e seus Anexos I (Termo de Referência), II (Modelo da Proposta), e III (Anexo Registro de Preços), partes fotográficas e complementares do presente edital.

Número do processo 23106620062/2013-33 Objeto: CONTRATO QUE ENTRE SI CELEBRAM A UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA como contratante e a EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSERHI como contratada, tendo por objeto a administração, pela CONTRATADA, do HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, com o propósito de oferta, a população de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como o apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão no ensino-especialização e à formação de pessoal no campo de saúde pública, na forma e condições definidas neste Contrato e na Lei nº 12.550/2011, vedado o atendimento de pacientes de convênio e particulares.

Pregão Eletrônico nº 129/2012. Objeto: aquisição de 03 (três) Reatores Sumidos transformadores para o Departamento de Engenharia Elétrica da UFPE. Convênio Nº 571/08 FADU/UFPE. Abertura das propostas: 02/02/2013 às 09h30min - Dia/Dia de Lançar: às 10h, no site www.licitacoes-e.com.br. Entrega das propostas: a partir de 22/01/2013 às 15h. Edital disponível em endereço: www.fadufpe.org.br e www.licitacoes-e.com.br. Informações: licitacoes@fadufpe.org.br

(SIDEC - 21/01/2013) 344002-34202-2013NE000017
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DO AMAZONAS
ENTRATO DE INEXIBIBILIDADE DE LICITAÇÃO Nº 42013 - UASG 154039

ENTRATO DE DISPENSA DE LICITAÇÃO Nº 21032012 - UASG 154039
Nº Processo: 23106021053201238. Objeto: Locação de imóvel para alojamento de estudantes do Faculdade de Filosofia. Total de Itens Licitação: 0001. Fundamento Legal: Art. 24º, inciso X da Lei nº 8.886 de 21/06/1993. Justificativa: Residência observando localidade, instalações e compatibilidade de preço para assegurar sua sustentabilidade as suas atividades. Declaração de Dispensa em 17/01/2013. LUIS AFRANSO BERMUDEZ. Digno - Da/De/ - Raciocínio em 17/01/2013. MARTA EMILIA TEIXEIRA - Assessor - Da/De/ - Valor Global: R\$ 42.000,00 - CPF CONTRATADA: 709.745.671-53 RICARDO PEREIRA A CLEMENTINO.

Pregão Eletrônico nº 143/2012. Objeto: aquisição de banco de capacitores para o Departamento de Engenharia Elétrica da UFPE. Convênio Nº 571/08 FADU/UFPE. Abertura das propostas: 06/02/2013 às 09h30min - Dia/Dia de Lançar: às 10h, no site www.licitacoes-e.com.br. Entrega das propostas: a partir de 22/01/2013 às 15h. Edital disponível em endereço: www.fadufpe.org.br e www.licitacoes-e.com.br. Informações: licitacoes@fadufpe.org.br

Nº Processo: 23103.0103302012. Objeto: Prestação de serviços de manutenção no Sistema de Informação para o Ensino - SIE. Total de Itens Licitação: 0001. Fundamento Legal: Art. 25º, Copia da Lei nº 8.666 de 21/06/1993. Justificativa: Inexistência de composição de classificação de inexibibilidade em 21/01/2013. CNPJ CONTRATADA: 23.482.550/0001-69 AVIBIS - CONSULTORIA E ASSESSORIA EM INFORMATICA LTDA - ME

DECANATO DE ADMINISTRAÇÃO
ENTRATO DE DISPENSA DE LICITAÇÃO Nº 230912013 - UASG 154040

SUZANA MONTENEGRO
Secretária Executiva
FUNDAÇÃO JOAQUIM NABUCO
ENTRATO DE CONTRATO Nº 1302012 - UASG 344032

(SIDEC - 21/01/2013) 154039-15256-2013NE090014
ENTRATO DE TERMO ADITIVO
Epêtole: Termo Aditivo Nº 0002/2012 ao Contrato Nº 00026/2007. Nº Processo: 23105.601754/2007. Concedente: Fundação FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DO AMAZONAS/AM, Unidade Gestora:

Nº Processo: 23106021051201225. Objeto: Locação de clínica. Total de Itens Licitação: 0001. Fundamento Legal: Art. 24º, inciso X da Lei nº 8.666 de 21/06/1993. Justificativa: Para o correto atendimento de nível de controle ao atendimento das finalidades próprias da administração. Declaração de Dispensa em 12/12/2012. VIVIANE ALVES COSTA, Diretora de Compra - Ratificação em 17/12/2012 LUIS AFRANSO BERMUDEZ, Diretor de Administração. Valor Global: R\$ 30.000,00 - CNPJ CONTRATADA: 03.288.946/0001-30 SESC-SERV IÇO SOCIAL DO COMERCIO-ADMINISTRACAO REGIONAL DO DF.

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/assessoria/indm, pelo código 0603201301220002

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.206-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

## ANEXO B – Fotos do HUB / Recuperação do Hospital através da gestão EBSEH.

Fotos do portal EBSEH.

De uma apresentação do Superintendente do HUB, doutor Hervaldo Sampaio Carvalho.

Título: Gestão 2013-2014 e Plano Diretor Estratégico Biênio 2015/2016.

Disponível em:

<<http://www.ebserh.gov.br/documents/16496/208947/Relat%C3%B3rio+Gest%C3%A3o+2013+2014/1027523c-39e0-41e3-89be-1f24826f692f>> Acesso em 13 de junho de 2015.



UnB | HUB

**EBSEH**  
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

Ministério da  
Educação

- **Reforma de Fachadas e construção da nova Unidade de Emergência**





UnB | HUB

**EBSERH**  
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

Ministério da  
Educação

### Projeto Salas de Espera e Troca de Elevadores



UnB | HUB

**EBSERH**  
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

Ministério da  
Educação

### Nova UTI do HUB





UnB | HUB

**EBSERH**  
 HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

 Ministério da  
 Educação

## Novo Centro de Pronto Atendimento



UnB | HUB

**EBSERH**  
 HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

 Ministério da  
 Educação

- **Implantação de peças de comunicação visual interna e externa (em andamento)**



## Investimentos em Infraestrutura

- **Farmácia**



## Unidade de Saúde Mental

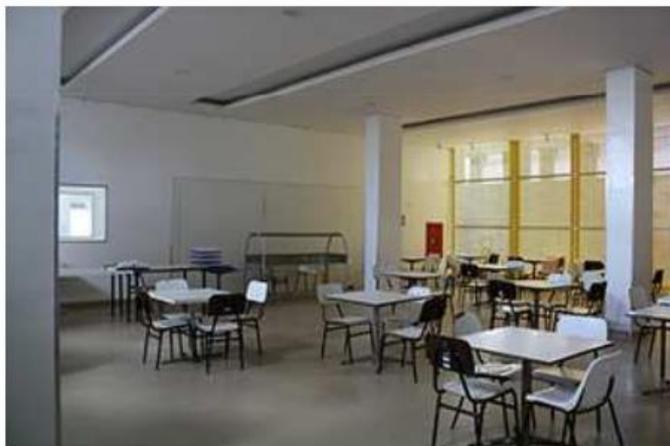




UnB | HUB

**EBSERH**  
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAISMinistério da  
Educação**Maternidade e UTI Neonatal**

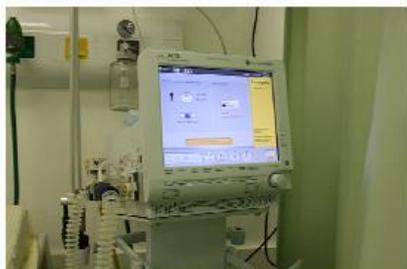
UnB | HUB

**EBSERH**  
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAISMinistério da  
Educação**Nova Central de Produção e Refeitório**

## Sala segura



- Respiradores, Monitores



## MEDICINA NUCLEAR



Gama câmara



Captador tireóide

## ENDOSCOPIA



Aparelho endoscópico

1/4/2015



UnB | HUB

**EBSERH**  
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAISMinistério da  
Educação

## CARDIOLOGIA



Esteira para ergoespirometria

1/4/2015



UnB | HUB

**EBSERH**  
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAISMinistério da  
Educação

## CARDIOLOGIA



Ecocardiógrafo



Ecocardiógrafo portátil

1/4/2015

## PNEUMOLOGIA



Pletismógrafo

1/4/2015

## NEUROLOGIA



1/4/2015 Eletroencefalógrafo



Eletroencefalógrafo portátil

## DIAGNÓSTICO POR IMAGEM



Tomógrafo



Raio-x

1/4/2015

## PATOLOGIA

## PATOLOGIA CLÍNICA



Criostato



Hematologia

1/4/2015

## OFTALMOLOGIA



Projektor

Lâmpada  
de fenda

Auto refrator

1/4/2015

## OTORRINOLARINGOLOGIA



Audiômetro



Imitanciômetro

1/4/2015

## APÊNDICE

### APÊNDICE A – Roteiro de Entrevistas

#### EBSERH:

- 1) O senhor<sup>a</sup> pode descrever a sua atuação na EBSEH?
- 2) Em sua opinião qual a importância (ou não) do contrato firmado entre a EBSEH e o Hospital Universitário de Brasília?
- 3) Quais são os principais problemas ou desafios da parceria entre EBSEH e o HUB?
- 4) Quais foram os resultados, reais, obtidos no HUB em seu 1º e 2º ano de vigência de contrato?
- 5) Quais sugestões o senhor<sup>a</sup> poderia apresentar para aprimorar a gestão EBSEH para que ela seja efetiva dentro do HUB?

#### HUB:

- 1) O senhor<sup>a</sup> pode descrever a sua atuação no HUB?
- 2) Em sua opinião qual a importância (ou não) do contrato firmado entre a EBSEH e o Hospital Universitário de Brasília?
- 3) Quais são os principais problemas ou desafios da parceria entre EBSEH e o HUB?
- 4) Quais foram os resultados, reais, obtidos no HUB em seu 1º e 2º ano de vigência de contrato?
- 5) Quais sugestões o senhor<sup>a</sup> poderia apresentar para aprimorar a gestão EBSEH para que ela seja efetiva dentro do HUB?

**Observação:** outras perguntas surgiram no decorrer da pesquisa, a fim de elucidar tópicos referentes à empresa e ao contrato com o HUB. Neste caso, buscou-se saber:

- a) A diferença da gestão pela fundação pública em comparação com a gestão via empresa pública;
- b) Se as acusações dos movimentos sociais, quanto a uma possível privatização da saúde, através da criação da EBSEH, têm fundamento;
- c) Se há um período definido em contrato para a empresa apresentar resultados na gestão do HUB;
- d) Sobre um possível conflito existente entre empregados celetistas e servidores RJU, no hospital universitário de Brasília;

- e) Se há algum risco para a empresa, em longo prazo, no que se refere à descontinuidade de política pública, em caso de mudança no quadro político;
- f) Porque foi escolhido o modelo de empresa pública para gestão do REHUF, em face das demais alternativas de gestão existentes;
- g) Sobre o motivo que levou a utilização do aplicativo AGHU, nos hospitais;
- h) Se a EBSE RH poderá, em longo prazo, assumir os demais hospitais do SUS;
- i) Porque a empresa realiza obras em outros hospitais, não filiados a ela.

## APÊNDICE B – Termo de Consentimento de Participação em Pesquisa

Página 1



Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade – FACE  
 Universidade Nacional de Brasília- UNB  
 Programa Nacional de Formação em Administração Pública – PNAP  
 Bacharelado em Administração Pública

### TERMO DE CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Aceito participar da pesquisa sobre Análise Conjuntural Sobre Iniciativa do Governo Federal para Recuperação da Rede de Hospitais Universitários Federais: Estudo de Caso do contrato da EBSE RH com o Hospital Universitário de Brasília, da aluna Adriana de Lima Souto, matrícula nº 100148118, discente do curso Bacharelado em Administração Pública, promovido pela Universidade Aberta do Brasil, sistema EAD da Universidade Nacional de Brasília.

Declaro que fui informado, que a pesquisa pretende analisar a efetividade da gestão por meio da EBSE RH sobre o Hospital Universitário de Brasília - UNB, a partir de contrato firmado com a Fundação Universidade de Brasília - FUB, em 2013.

Como participante da pesquisa declaro que concordo em ser entrevistado pela pesquisadora, em local e duração previamente ajustados, ou via e-mail, permitido ( ) não permitido ( ) a gravação da entrevista. Com a ressalva de ser resguardado meu direito de personalidade, previsto no código civil, proibida portanto, a utilização indevida de meus dados de voz e/ou respostas enviadas por e-mail .

Tenho a liberdade de deixar de responder a qualquer questão ou pergunta, assim como recusar, a qualquer tempo, participar da pesquisa, interrompendo minha participação, temporária ou definitivamente.

Autorizo ( ) Não autorizo ( ) que meu nome seja divulgado nos resultados da pesquisa, comprometendo-se, a pesquisadora a utilizar as informações que eu prestarei somente para os propósitos da pesquisa.



Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade – FACE  
Universidade Nacional de Brasília- UNB  
Programa Nacional de Formação em Administração Pública – PNAP  
Bacharelado em Administração Pública

---

Assinatura do entrevistado

Nome do entrevistado: \_\_\_\_\_

Atividade/Cargo/Função: \_\_\_\_\_

Contato do entrevistado: \_\_\_\_\_

Entrevista nº 03: Gestor do HUB

---

Assinatura da entrevistadora

Bacharelanda em Administração Pública: ADRIANA DE LIMA SOUTO

Matrícula: 100148115

Brasília, 10 de junho de 2015.



**Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade – FACE  
Universidade Nacional de Brasília- UNB  
Programa Nacional de Formação em Administração Pública – PNAP  
Bacharelado em Administração Pública**

Roteiro de Questões:

- 1) Descreva a sua atuação no HUB?
- 2) Na sua opinião qual a importância, ou não, do contrato firmado entre a EBSEH e o Hospital Universitário de Brasília?
- 3) Quais são os principais problemas ou desafios da parceria entre EBSEH e o HUB?
- 4) Quais foram os resultados (reais) obtidos no HUB, em seu 1º e 2º ano de vigência de contrato?
- 5) Quais sugestões o senhor apresentaria para aprimorar a gestão da empresa dentro do HUB?

**Brasília, 10 de junho de 2015.**

## **APÊNDICE C – Corrente Histórica: Primeiros Hospitais da Humanidade**

### **Índice:**

- a) A Instituição Hospitalar - Breve Histórico**
- b) Hospital nas Américas e no Brasil**
- c) Os primeiros Hospitais-Escola**

### **a) A Instituição Hospitalar - Breve Histórico**

A medicina remonta à época muito anterior a das instituições hospitalares, sendo definida como uma ciência complexa e em constante evolução; por esse motivo não será objeto dessa análise, uma vez que iria requerer uma reconstrução sociológica das condições política, econômica e cultural de diferentes povos, em diferentes períodos, fugindo ao cerne da pesquisa, que é avaliar a atuação de uma empresa pública na gestão do Hospital Universitário de Brasília. Não obstante será apresentado um breve histórico da entidade hospitalar a fim de realçar a premissa do hospital como instituição em constante transformação.

Busca-se com isso enfatizar que não há fórmulas mágicas para a concretização de um sistema de saúde pleno (perfeito), mas ao contrário, deve-se observar que as instituições hospitalares evoluem à medida que as civilizações progridem. Neste sentido, perfeita alusão é encontrada nas antigas tribos germânicas, onde os doentes e fracos eram frequentemente abandonados para morrer. E foi somente com o desenvolvimento das sociedades, à medida que os seres humanos evoluíam, que começaram a surgir as primeiras práticas humanizadas de cuidados médicos, bem como de locais físicos próprios a essa atividade fim. Dito isso, vale frisar que,

Embora o desenvolvimento do setor de saúde seja paralelo ao progresso da Medicina e à própria marcha da civilização, ele encerra fases áureas e períodos negros; evolução e paradas, e até involuções repetidas, em vários países e em todos os tempos. Motivos políticos e de religiões, e preconceitos antigos, tiveram decisiva influência nesses avanços e recuos na vida do hospital, como instituição, mesmo nos tempos mais modernos (CAMPOS, 1944, p. 64).

Conforme será mostrado a seguir, artefatos arqueológicos e monumentos históricos apontam para a origem da instituição hospitalar em época muito anterior à

era cristã, nos povos da antiguidade oriental, dentre os quais as civilizações: Egípcia, Norte - Indiana, Chinesa, Persa, Norte - Paquistanesa (indo-europeias) e dos povos semitas: Árabes e Judeus (ELGOOD, 1951, p. 173). Foi o caso do Templo de *Imhotep*, localizado no Egito. Considerado por muitos como o primeiro hospital da humanidade, cuja construção ocorreu durante a dinastia do faraó Djozer, em torno do ano 2.800 A.C.

Durante esse período, a arte curativa era descrita pela sabedoria do polímata, chanceler e sumo-sacerdote Imhotep, a quem se atribuem os primeiros tratados médicos escritos e que se encontram registrados no *papyrus* de *Ebers*, datado de 1.550 (A.C.). Tais papiros compõem uma rica coleção de apontamentos, que totalizam 875 prescrições para todos os tipos de doenças; além da indicação de encantamentos, amuletos mágicos, fórmulas e orações, denotando uma forte ligação entre medicina e religião (WILLIAM, 1913, p. 12 e 13).

Nesse estado primitivo, onde a função médica estava atrelada à devoção espiritual, a figura do sumo-sacerdote, curandeiro, feiticeiro ou líder religioso, exerce o papel de médico dotado de poder mágico para curar. Não foi por acaso que, o termo *terapeuta* (do grego *therapeutés*) assumiu o significado de: “aquele que cuida ou adorador de um deus” (ELGOOD, 1951, p. 173). Dado o exposto, encontramos o ancestral do hospital moderno nos templos da antiguidade.

Na Suméria (região do centro da Palestina, localizada entre a Galileia e a Judéia), segundo Pedrosa (2004, p. 15), há pinturas datadas de 2920 a C., que retratam algo semelhante à assistência hospitalar, mais especificamente aos guerreiros. Em “peças de argila, [encontram-se] traçados, com estilete, sinais cuneiformes da escritura assíria, descrevendo casos clínicos e terapêuticos [e até] estabelecendo prognósticos” (CAMPOS, 1944, p. 9). Ainda naquela região, deparamo-nos com o mercado assírio-babilônico, uma espécie de ancestral da instituição hospitalar persa.

Pode-se dizer que [esse] foi o hospital daquela época. Para os persas, a condução dos enfermos ao mercado era prática corrente; segundo Heródoto (Livro I-197):

[...] Os que passavam pelo doente interpelavam-no com o intuito de verificar se eles próprios tinham sofrido o mesmo mal ou sabiam de outros que o tivessem tido; desta forma podiam propor o tratamento que lhes fora eficaz ou [que fora efetivo] na cura de pessoas de suas relações. Com o passar do tempo, a medicina babilônica floresceu de tal maneira, que os médicos assírios chegaram a atuar até mesmo no Egito [...] É possível encontrar no Código de *Hammurabi* (2.250 a.C.) - conjunto de leis escritas, oriundas da Mesopotâmia - a regulamentação da atuação, da remuneração e dos castigos recebidos pela negligência médica (CAMPOS, 1944, p. 8).

Na Índia, berço do budismo, uma inscrição gravada em rocha assinala a criação de Hospitais pelo rei Asoka (MAUDONNET, 1988, p. 23). Trinta e cinco dessas inscrições persistem até hoje, trazendo uma descrição que despertou a concepção de Wells de que: “tivesse Asoka (226 A.C) um Aristóteles para inspirá-lo e daria, sem dúvida, um grande desenvolvimento às investigações científicas” (CAMPOS, 1944, p. 12). No entanto, similar aos outros povos da antiguidade, permanecia na Índia, “a prática da medicina teúrgica dos milagres e encantamentos contra os demônios causadores das moléstias. Progrediu, porém, a cirurgia [...]” (CAMPOS, 1944, p. 13). Só mais tarde a medicina alcançará a maturidade científica, a partir da figura de Hipócrates, de Galeano, até alcançar o renascimento. No século III,

Os ensinamentos do médico hindu Susruta (cirurgião e professor de *Aiurveda*) chegam à China, assim como a influência do budismo, fazendo florescer toda uma ‘rede’ de hospitais: instituições para tratamento de doentes em geral [...], mantidos, principalmente, pelos sacerdotes de Buda (CAMPOS, 1944, p. 12).

De fato, foi considerável a influência do budismo na propagação das instituições hospitalares. “O próprio fundador desta filosofia, o príncipe Gautama, construiu vários hospitais anexos aos mosteiros budistas, e nomeou para cada dez cidades um médico. É o que consta da literatura hindu, segundo Mac Eachern” (Campos, 1944, p. 12). Frisa-se que, semelhante ao Egito, é possível encontrar o hospital no mesmo local do templo (budista), melhor dizendo, o templo é o hospital.

Em Atenas (429 a.C.) foi erguido o primeiro *Asclépios* (templo-hospital) dedicado ao deus da medicina *Aesculapius*, cujos feitos - detalhados em lendas e

mitos - acabaram por influenciar Hipócrates (46-370 A.C), descendente de uma família de esculápios e considerado por muitos como o pai da medicina ocidental (BERGDOLT, 2008, p. 46). Digno de nota é a descrição destes monumentos, ancestrais do hospital ocidental:

Localizado nas colinas, abrigados dos ventos maléficos e perto de fontes de água mineral ou até mesmo termas, o templo era de estilo dórico puro; todo o templo [hospital] era cercado de colunas, medindo 25,50 metros de comprimento e 13 metros de largura. O teto era todo forrado com tábuas de cipreste. O piso da nave do templo era acabado em mármore branco e preto. O altar interno - a meio caminho da nave - era iluminado por lamparinas. Ao fundo, em ambiente suavemente rebaixado e cercado por leves degraus, ficava um trono no qual estava a bela imagem em marfim e ouro do deus *Asclépios*, cujo rosto se mostrava sereno. Em uma mão o esculápio segurava o cetro, enquanto que a outra pousava na cabeça da serpente [para os gregos um animal sagrado e símbolo do poder de cura] (GRAÇA, 2000, p. 113).

Nesse cenário épico, os doentes eram submetidos à fisioterapia [banhos termas e massagens], além de uma dieta severa com restrição de vinhos e certas iguarias. Algumas ações terapêuticas com sal, mel e água mineral somavam-se aos rituais de purificação e sacrifícios, no qual se pedia a intervenção do deus da medicina. E finalmente, no *abaton*, o local do templo onde os doentes deviam passar a noite (*incubatio*), deveria ocorrer a cura dos merecedores, restando aos indignos a morte (GRAÇA, 2000, p. 113).

Mais uma vez, é digno de nota que, o hospital grego primitivo, assim como nos outros povos, era praticamente indissociável dos templos, uma vez que a arte da cura (*ars medicina*) estava fortemente atrelada à devoção espiritual. Portanto, foi somente com a revolução científica (século XV), a partir do desenvolvimento de um conhecimento mais estruturado e prático (empírico), que começou a desenvolver-se a gênese da estrutura física e funcional dos hospitais modernos. Apesar da associação entre religião e medicina, segundo o arqueólogo grego Charitonidou (1978 p. 13-15): “não foi possível encontrar um documento escrito ao longo dos primeiros séculos da existência do templo-hospital grego, que fizesse alusão à intervenção médica dos sumo-sacerdotes”.

Na verdade os primeiros médicos, desse período “continuaram a serem terapeutas no sentido etimológico do termo, ou seja, servidores do deus *Asclépio*,

que é quem, segundo a crença dos gregos, operava a cura” no *abaton* do templo-hospital (GRAÇA, 2000, p. 113). Foi somente com o passar dos tempos, ao que se deduz dos achados arqueológicos expostos no Museu de *Epidauro*, que esses sacerdotes começaram a sentir a concorrência dos médicos segundo a medicina hipocrática. E foi assim que, “para manter vivo o culto de *Asclépio* e conservar a sua clientela, os sacerdotes passaram a inteirar-se dos males de que sofriam os fiéis e ao mesmo tempo a dar-lhes alguns conselhos, antes de entrarem no *abaton*” (GRAÇA, 2000, p. 113).

Em Roma, a medicina vetada aos patrícios, e amplamente praticada pelos escravos, libertos e estrangeiros, era praticada nos *valetudinarium*, defendidos por alguns como ‘os primeiros hospitais conhecidos’; [onde] eram atendidos os feridos e convalescentes de guerra (SOURNIA, 1995, apud GRAÇA, 2000, p. 113). Em certa época cada legião e cada navio de guerra possuíam o seu profissional. Os hospitais militares romanos contavam com ‘enfermarias que se comunicavam por corredores com um pátio central quadrangular. Possuíam cozinha e farmácia. Ruínas destas instituições romanas foram encontradas nas margens do Danúbio, outras análogas foram observadas em Viena, em Baden (Suíça) e em Boon (Alemanha)’ (CAMPOS 1944, p. 28). As *Asclepiéia* transportadas para Roma (com ajuda de Galeano) e os valetudinários ali instituídos constituíram as primitivas organizações de assistência médica hospitalar na península itálica.

Importante frisar que não é objetivo desse trabalho traçar detalhadamente a história da medicina e da instituição hospitalar, até por falta de tempo; mas sim esboçar, muito sumariamente, as origens destas entidades, com o propósito de ratificar a premissa do hospital como instituição em constante evolução. Por conta disso, torna-se factível a alegação de que:

Com o progresso da civilização e o desenvolvimento das religiões, principalmente a cristã, [é que] este movimento [de evolução da organização hospitalar] foi tomando corpo até atingir, em curva de ascensão rápida, a culminância dos tempos atuais em que se multiplicam, sob as mais variadas formas, os serviços de assistência social, pública e privada (CAMPOS 1944, p. 10).

Quanto ao fator espiritual na medicina, Campos (1944, p. 29) ressalta que, mesmo depois do Cristianismo a prática da medicina fundia-se com a prática religiosa, tanto que os hospitais confundiam-se com os santuários, que se erigiam na vizinhança dos mosteiros. Tanto é verdade, que por muitos séculos a medicina monástica ou conventual prevaleceu, sobretudo na Europa Medieval, época em que, segundo Guenter Risse (historiador de ciência e medicina): “[...] com a queda do império romano do ocidente (476 d.C.), os mosteiros assumiram cada vez mais os cuidados dos doentes na Europa” (AQUINO, 2008, p. 12).

Por fim, pode-se dizer que o cristianismo contribuiu muito para um incremento e multiplicidade das instituições hospitalares. As Cruzadas, por exemplo, exerceram importante função no desenvolvimento dos hospitais ao abrir uma comunicação com o Oriente e conseqüente renascimento do comércio na Europa. Isso porque as condições econômicas decorrentes desse período propiciaram o aumento das populações nas cidades, [o que requeria] a construção de numerosos hospitais [...], além disso, havia uma maior abundância de recursos para os trabalhos de caridade. Aquino (2008) cita os hospitais de São João como um dos mais conhecidos pelo profissionalismo:

As ordens de cavalaria, que combinavam o serviço militar com o cuidado dos doentes, tornaram-se comuns. Foi o caso da ordem - Hospitais de São João - uma das mais antigas, que impressionava pelo profissionalismo, chegando a realizar pequenas cirurgias (AQUINO, 2008, p. 12).

O aperfeiçoamento gradual dessas casas de assistência, que se deveu em grande parte ao progresso da ciência, durante o período da Renascença, também foi propiciado pelo fim das peregrinações, uma vez que a desordenada multiplicação da mendicância [obrigou] os hospitais a restringir suas camas aos inválidos crônicos. Os concílios de Clermont (1130) e de Letran (1139) - que proibiram aos monges o exercício da medicina - e o Concílio de Viena (1312), que delegou a função de assistência aos doentes, aos leigos, contribuíram ao subtrair os hospitais da influência monástica medieval, proibida de realizar operações que demandassem derramamento de sangue (AQUINO, 2008, p. 13).

No que se refere ao aspecto físico e organizacional dos hospitais primitivos:

Em alguns casos, tratava-se [apenas] de uma moradia particular ou no máximo um edifício de dimensões modestas. Mas quanto maior eram os recursos disponíveis, maiores eram os investimentos feitos, [sendo alguns hospitais] planejados por hábeis arquitetos, construídos em uma escala maior. A regulamentação relativa ao bem-estar físico dos enfermos prescrevia que o paciente nunca devia ser deixado sem um atendente [...]; [e] que os enfermeiros deviam estar de plantão em todas as horas do dia e da noite; [para] caso a doença se tornasse mais grave o paciente deveria ser removido da enfermaria para um quarto privado e receber atenção especial [...]. O hospital de Santa Maria Nuova, em Florença, tinha uma seção separada (*pazzeria*) para os pacientes delirantes. Disposição semelhante era feita para os casos de maternidade [...] Uma devida atenção era dada à limpeza e conforto, conforme mostram os registros da época, que tratam de banhos, camas, lençóis, ventilação e aquecimento por meio de lareiras ou braseiros. Para fazer frente às despesas, cada hospital tinha seus próprios meios de investimento, que podiam ser terras, fazendas, vinhedos e até mesmo aldeias e florestas. As receitas eram por vezes aumentadas através dos impostos especiais sobre produtos como óleo, trigo e sal; ou por contribuições regulares de associações de caridade [...] (WYLIE, 1877, apud WALSH, 1910).

## b) Hospital nas Américas e no Brasil

Na Américas, há mais de quinhentos anos, uma confraria de leigos católicos, denominada de Irmandade da Misericórdia, surgida na cidade de Florença, entre 1240 e 1350, irá construir alguns hospitais. A partir desta irmandade, surgiriam os nosocômios mais antigos de que se tem registro, nesta parte do planeta, e que funcionaram nas colônias ibero-americanas. Foi em 1524, que surgiu o primeiro hospital deste continente, localizado na Cidade do México, e idealizado por Cortés, em gratidão à Deus pela descoberta e conquista da Nova Espanha. Esse hospital recebeu o nome de Puríssima Conceição, depois intitulado Jesus Nazareno, devido a um santuário vizinho. Seria o primeiro de muitos, já que, com o passar dos anos - “em 1541 - seria promulgada uma lei que ordenava a construção de hospitais em todas as cidades espanholas e indianas” (BANCROFT, 1875, p. 169, 596 e 759).

Em território *lanque* (EUA), segundo Mac Eachern, o primeiro hospital erguido, data de 1663, e assim como os *valetudinarium* romanos, tinha o intuito de socorrer soldados enfermos. Sua localização era na ilha de Manhattan (CALLAGHAN, 1626, p. 128). No entanto, muitas cidades americanas não tinham apoio destas organizações no trato de seus doentes, “na ausência de hospitais, muitas cidades possuíam apenas asilos ‘*almshouses*’ ou simplesmente casa de

residência, onde os doentes eram tratados pelas mulheres da vizinhança” (CAMPOS 1944, p. 55).

Com o crescimento da indústria, e a conseqüente expansão da população das cidades, houve uma multiplicação do número de hospitais, nos EUA; ficando evidente o papel da revolução industrial, na formação da assistência médica, segundo moldes contemporâneos (CALLAGHAN, 1638, p. 54). Nas terras americanas, as instituições hospitalares sofreram melhorias consideráveis, a partir de

Numerosas descobertas relativas à higiene, anestesia e antissepsia, contágio e infecção. As experiências com as guerras da Criméia e a Guerra Civil Americana também, trouxeram lições, que foram aplicadas à construção destas instituições e à adoção do sistema de pavilhão (WALSH, 2012, p. 20).

A medicina inicialmente ministrada no Brasil, salvo no caso e nos lugares onde esporadicamente existia um médico ou cirurgião formado ou licenciado - o que era raro durante o período colonial - “foi e tinha de ser um simples auxílio do homem ao seu semelhante, com a aplicação de conhecimentos de uma arte empírica de curioso” (NAVA, 2004, p. 45). Mas, a partir da proliferação das Santas Casas de Misericórdia, originadas em Portugal, no século XV, [e que] se espalharam pelas colônias da América, da África e da Ásia [...], é que surge no Brasil, o mais antigo hospital, fundado por Brás Cubas, em 1543, para “socorrer marinheiros doentes que, aportavam depois da penosa travessia do Atlântico” (MESGRAVIS, 1976, p. 38).

Algumas fontes históricas sugerem a existência de uma Santa Casa em São Paulo, desde o século XVI, na vila do planalto de Piratininga. Em todo caso, “a ação da misericórdia não incluiu - inicialmente - a construção de um hospital, em virtude das condições de pobreza e da pequena densidade demográfica do planalto” (MESGRAVIS, 1976, p. 57). No Rio de Janeiro, foi instalada a primeira Santa Casa, pelo Padre José de Anchieta, “para socorrer os tripulantes (acometidos por escorbuto) da esquadra do Almirante Diogo Flores Valdez, aportada à baía de Guanabara em 25 de março de 1582” (SÁ, 1880, p. 12).

Na Bahia, em 1799, foi criado o Hospital Real Militar, onde antigamente ficava o Colégio dos Jesuítas. Até a expulsão destes membros da Companhia de Jesus (jesuítas), em 1759. A assistência médica prestada nas enfermarias jesuítas era uma fonte “quase exclusiva de assistência aos doentes e fornecimento de medicamentos, atuando também como parte do esforço de ocupação dos portugueses na colônia brasileira” (CALAINHO, 2005, p. 62-63). Em linhas gerais, Laima Mesgravis chama a atenção para as condições destas santas casas: “[...] precárias tanto das instalações físicas como nos recursos econômicos” (MESGRAVIS, 1976, p. 20).

Diante desse breve contexto histórico, que abordou o surgimento dos primeiros locais para onde afluíam os doentes da antiguidade, podemos entender quão lento é o processo de transformação destas instituições, que devido à sua natureza heterogênea, lançam um desafio incomum aos gestores públicos: o de prover leitos, alimentação e uma rotina de cuidados, para pacientes, enquanto estes são submetidos a procedimentos investigativos e terapêuticos, em processo que visa em última instância, restaurar suas condições de saúde de forma qualitativa e eficiente.

Contemplamos, nestas breves páginas, o surgimento das primeiras instituições hospitalares; graças às ideias primitivas, sem o qual não poderíamos alcançar o atual estágio, em que os hospitais são conhecidos como “*trusts* (organizações, corporações), segundo denominação dada pelo Reino Unido, desde a década de 90” (MACKEE; HEALY, 2002, p. 06). E enfatiza-se também que, as transformações responsáveis pela evolução destas instituições só ocorreram à medida que as sociedades evoluíram. A partir disso, as práticas médicas foram sendo modernizadas pela rotina e pelas descobertas da era científica, chegando ao estágio atual, em que o sistema de saúde mundial, embora avançado em alguns aspectos, principalmente no tecnológico, enfrenta ainda problemas e desafios para uma adequação às demandas, cada vez mais crescentes e complexas.

Diante do exposto, imaginamos que, para alcançar o seu objetivo, o modelo do hospital de hoje deve adotar como ponto de partida a qualidade total da gestão,

obtida não somente com inspeção, mas com melhores processos e atividades, num melhoramento, que é contínuo, isto é, que nunca termina.

### **c) Os primeiros Hospitais-Escola**

Nos registros históricos do mundo antigo, conforme se viu na seção anterior podemos encontrar inúmeros exemplos de instituições responsáveis pelo desenvolvimento, prática e até mesmo ensino da ciência médica. Cabe salientar, no entanto, que essas escolas, antagônicas ao processo científico atual, funcionavam nos templos, dado que a prática médica não estava dissociada da espiritualidade. Exemplo disso encontra-se no Egito antigo (4.000 a.C.) onde, conforme registros no papiro de *Leide* havia as escolas de Tebas, Menfis e Chem (MOLINA, 1973; PAIXÃO, 1960, p. 12).

Nessas instituições, anexas aos templos dos deuses egípcios, ocorriam a prática e o ensino da arte da cura, em seu estágio embrionário. Merece nota que, esses templos (hospitais-escola) eram chefiados pelos sacerdotes da deusa *Neith*; designados pelo título de 'maior dos médicos' ou 'grão vidente'. Cabia, portanto, aos sacerdotes egípcios, bem afamados em todo o mundo, por serem exímios médicos (qualidade obtida através do conhecimento que tinham de anatomia, que aprenderam a partir da prática da mumificação), o exercício da prática e do magistério correlato à medicina antiga (CAMPOS, 1944, p. 11).

Ainda acerca dessas escolas ancestrais, misto de templo e hospital, é dito por Garrison que, no último período da história assírio-babilônica, os estudos médicos começaram a tomar corpo, se repetindo no mediterrâneo, o que era comum em outras terras: a medicina intrínseca à espiritualidade. Nas escolas de medicina persa, "os estudos versavam principalmente sobre preparados vegetais e minerais, sobre antídotos contra venenos de serpente e escorpiões, e sobre tratamentos diversos onde 'encantamentos' eram tidos em grande conta" (CAMPOS, 1944, p. 8).

O conhecimento da medicina indiana teve sua gênese nas escolas de *Charaka* (início da era cristã), *Sushruta* (cerca de 500 d.C.) e *Vagbhata* (cerca de

600 d.C.). Graças aos textos védicos, segundo o qual a saúde estava na harmonia entre o corpo, mente e espírito. A medicina hindu irá atingir seu ápice, no período budista, onde “a educação médica passa a ter uma formação teórica e prática mais elaboradas” (AGUIAR, 2010, p. 17).

Também aqui é possível ver o amálgama de fé com medicina, tendo os templos budistas a função de receber e tratar os doentes. Mais tarde, sob a influência do budismo, a medicina tradicional chinesa (MTC), derivada da filosofia do Taoísmo, irá progredir, ainda que tardiamente. A China iria abrir sua primeira faculdade especializada em MTC, somente durante a dinastia Ming, em 1368 - 1643 D. C, na cidade de Pequim (CAMPOS, 1944, p. 13).

Pode-se compreender através do que a história relata que as teorias e práticas embrionárias da pedagogia médica moderna, tiveram seu berço na Grécia do século IV e V, a partir de personagens como Hipócrates (para muitos o pai da medicina). Nas ideias desse sábio, que figura entre grandes nomes como Sócrates e Aristóteles (quando do florescimento intelectual ateniense), houve uma quebra de paradigma, “com o abandono dos antigos processos de cura miraculosa, e seu assentamento sobre o método indutivo, inspeção e observação, que caracterizam a ciência moderna” (CAMPOS, 1944, p. 23).

A partir desse *asclepiáde* (membro de uma família que durante várias gerações praticara a medicina), e com a colaboração dos filósofos naturalistas, dentre os quais Aristóteles; a ciência, a medicina, o estudo e ensino desta, e a entidade hospitalar, vivenciariam uma reestruturação completa, progredindo para a adoção de padrões racionalistas e técnico-científicos, que irão convergir no que hoje recebe a alcunha de “*trusts* [organizações, corporações de saúde] - segundo designação dada pelo Reino Unido” - e na medicina avançada contemporânea (MACKEE; HEALY, 2002, p. 06).

Ainda sobre o gérmen das escolas de medicina atuais, é dito por Lemos (1999) que, o *modus operandi* hipocrático, acabou sendo difundido em toda a Grécia, passando por uma reestruturação através do médico grego Galeno (de Pergamo), que a introduziu em Roma. Era comum na cultura europeia medieval, que

se estruturava a partir do século VIII (D.C.), que os mosteiros, que já funcionavam como hospitais, atuarem como verdadeiras escolas especializadas na arte da cura. Sobre isso encontramos que, os abades cristãos ‘foram responsáveis por reunir e conservar os textos clássicos gregos, bem como os textos hipocráticos e galênicos, em suas bibliotecas’ (LEMOS, e NASCIMENTO, 2007, p. 233).

Mais tarde, entre os séculos XII e XV, o ocidente contempla a criação de várias universidades de medicina na Inglaterra (1249), Portugal (1290), Alemanha (1386), Holanda e Escandinávia. Sobre a escola de Salerno, é dito que, funcionava ao lado de um hospital fundado pelos beneditinos, no século VII, ou seja, foi uma consequência da medicina monástica (AGUIAR, 2010, p. 34). Deve-se frisar, no entanto que, apesar do desenvolvimento gradual e perceptível, estas universidades ainda desenvolviam um ensino médico, quase que unicamente prático, e que durou todo o período da Renascença, através do ensino ministrado por estes médicos-monge, em seus templos-hospitais católicos (LEMOS et al., 2007, p. 233).

Na Revolução Científica (século XVI), a cultura, filosofia e ciências europeias, já não sofriam grande influência da Igreja Católica; fato que representou o cenário perfeito ao desenvolvimento do ensino alopático, conforme descrito por Nascimento et al. (2007):

As Universidades e suas Escolas de Medicina promoveram reformas substanciais em seus currículos didáticos, introduzindo o pensamento lógico, em seus debates acadêmicos, e as técnicas científicas experimentais, em seus ensinamentos médicos. Nessa ocasião, o Reino de Portugal já se lançara ao mar e já se tornara o detentor dos caminhos marítimos para as Índias e das Terras Brasilicas da América.

No Brasil, o ensino acadêmico era inexistente e o ensino regular de suas populações era realizado pelos padres jesuítas. Então, em 1759, devido a implicações políticas e culturais, esses padres foram substituídos por clérigos de outras ordens religiosas e por educadores laicos. Com a mudança de rumo, da educação nas colônias portuguesas, e com o progresso econômico de sua gente, uma corrente regular de estudantes saídos das ‘Minas de Ouro’ do Brasil, irá à Coimbra, à procura de conhecimentos humanísticos, em todas as áreas [...]. Entretanto o Brasil, àquela época, ainda carecia de instituições de ensino superior e, no tocante à medicina, faltavam médicos regularmente formados, sendo o

tratamento dos pacientes, feito por ‘médicos práticos’, ou seja, por ‘cirurgiões-barbeiros’, por boticários, por ‘sangradores’, por curandeiros e até mesmo por feiticeiros (LEMOS, et al., 2007, p. 234).

As primeiras Escolas de Medicina fundadas em terras tupiniquins, surgirão somente em 1808, por D. João VI. Uma delas estava localizada na Bahia (Escola de Cirurgia do Hospital Militar) e outra no Rio de Janeiro (Escola de Cirurgia e Medicina do Hospital Militar). A Escola Paulista de Medicina foi a 11<sup>a</sup> a ser criada no país, em 1933.

Por fim, e sem esgotar o tema; ao abordar resumidamente a história das primeiras universidades (misto de hospital, escola e templo) dedicadas ao ensino da medicina, bem como ao discorrer sobre a origem dos primeiros hospitais, estruturados da humanidade, concluímos que, estas instituições foram desenvolvidas por iniciativa de entidades religiosas, convertendo-se, em instituições sociais de assistência ao desabrigados, peregrinos e necessitados de toda sorte.

E foi somente coma evolução das sociedades, com a ajuda do cristianismo, com o desenvolvimento da ciência, na era conhecida como renascença, e com o desenvolvimento da revolução industrial, que as instituições públicas em geral, em especial as dedicadas à assistência aos enfermos, sem esquecer-se das escolas de medicina, que ocorrerá a transmutação dos velhos nosocômios, em unidades hospitalares segundo o modelo de organização contemporâneo, com o direito de algumas delas funcionarem como universidades, segundo parâmetros moldados pelo método científico. Lembrando que esse processo teve de passar por fases áureas e períodos negros; em vários países e em todos os tempos, antes de alcançar uma sistematização estrutural, com conseqüente desenvolvimento tecnológico e gerencial.

Nesse ínterim, a administração pública tomou a seu cargo a atenção à saúde, montando estabelecimentos hospitalares de frequência gratuita, num contexto em que a assistência privada não desapareceu, antes acompanhou o desenvolvimento de ações estatais, que legaram-lhes o auxílio por meio de subvenções e regalias.

Por fim, em virtude da precariedade observada atualmente, tanto na rede de saúde pública brasileira, quanto na gestão dos hospitais escola, incluso em diversos países do mundo, surge a necessidade de continuar com esse processo de evolução, através de medidas inovadoras. Nesse sentido surgem novas práticas em gestão, resultado de parcerias entre setor público e privado, com o fim de aperfeiçoar o SUS. Uma destas iniciativas foi a criação do programa REHUF, e da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, representando a tentativa do Governo Federal de incrementar a gestão dos hospitais-escola. Esse trabalho buscou, portanto, analisar a atuação dessa empresa pública na otimização do Hospital Universitário de Brasília. Em seu apêndice 'C' apresenta-se uma breve descrição da evolução dos hospitais ao longo da história, e em paralelo das escolas de medicina, com o intuito de realçar a premissa, que caracteriza essas instituições como, organizações em constante transformação.