

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA

MARCIO NOLASCO LEITE

**UM OLHAR GEOGRÁFICO SOBRE O PROCESSO DE INSERÇÃO DO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFGD NO PROGRAMA NACIONAL DE
REESTRUTURAÇÃO DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS**

Dourados-MS
2020

MARCIO NOLASCO LEITE

**UM OLHAR GEOGRÁFICO SOBRE O PROCESSO DE INSERÇÃO DO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFGD NO PROGRAMA NACIONAL DE
REESTRUTURAÇÃO DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação – Mestrado em Geografia, da Faculdade de Ciências Humanas, da Universidade Federal da Grande Dourados como requisito para a obtenção do título de Mestre em Geografia.

Orientador: Prof. Dr. Adáuto de Oliveira Souza

Dourados-MS
2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP).

L533o Leite, Marcio Nolasco

Um olhar geográfico sobre o processo de inserção do Hospital Universitário da UFGD no Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais [recurso eletrônico] / Marcio Nolasco Leite. -- 2020.

Arquivo em formato pdf.

Orientador: Adáuto de Oliveira Souza.

Dissertação (Mestrado em Geografia)-Universidade Federal da Grande Dourados, 2020.

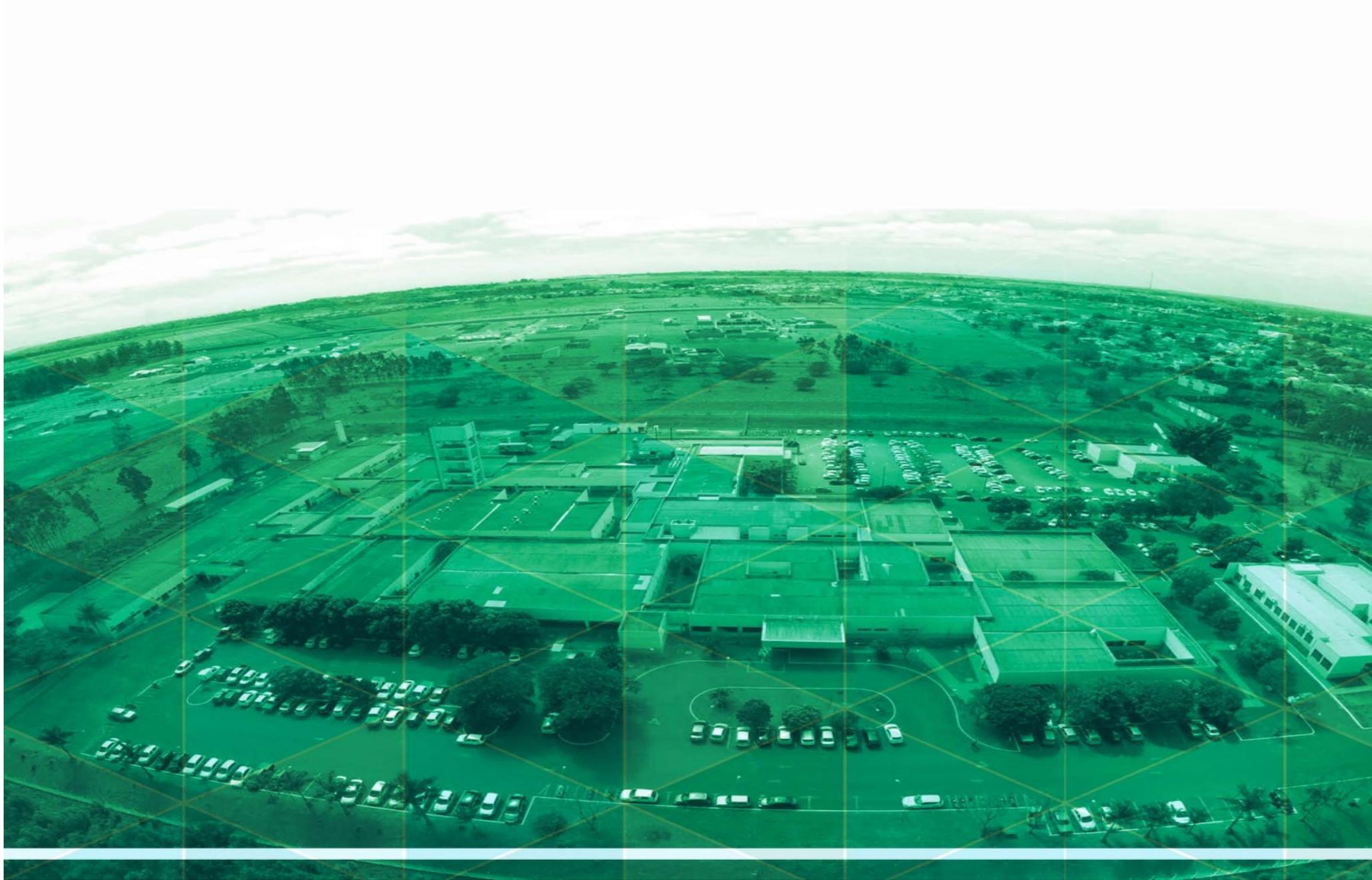
Disponível no Repositório Institucional da UFGD em:

<https://portal.ufgd.edu.br/setor/biblioteca/repositorio>

1. Hospitais Universitários. 2. REHUF. 3. EBSEH. 4. território. I. Souza, Adáuto De Oliveira.
II. Título.

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

©Direitos reservados. Permitido a reprodução parcial desde que citada a fonte.



**“UM OLHAR GEOGRÁFICO SOBRE O PROCESSO DE INSERÇÃO DO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFGD NO PROGRAMA NACIONAL DE
REESTRUTURAÇÃO DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS”**

BANCA EXAMINADORA

DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA – PPGG/UFGD

PRESIDENTE/ORIENTADOR:

Prof. Dr. Adáuto de Oliveira Souza (PPGG/UFGD)

2º Examinador:

Prof. Dr. Jones Dari Goettert (PPGG/UFGD)

3ª Examinadora:

Profª. Dra. Cátia Paranhos Martins (PPGpsi/UFGD)

Dourados, MS. 30/03/2020.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a todos/todas que contribuíram direta ou indiretamente com a construção deste trabalho, mesmo que sem saber ou perceber que nos ajudavam, cada momento, *insight*, interação, aproveitamos ao máximo. Vocês formaram a minha percepção, crucial para dar o tom que a dissertação conseguiu imprimir desde o título até a última folha.

Aos meus pais (Vilmar e Maria de Fátima), por entenderem minhas ausências e me apoiarem desde sempre, sem contar meu irmão Marcos, sempre companheiro.

Ao HU-UFGD, pois este órgão me propiciou um tema a ser dissertado.

Ao meu orientador, Prof. Adáuto, acreditamos que a empatia entre orientando e orientador foi fundamental nesse processo construtivo. Lembro-me dele desde as aulas de Geografia das Indústrias, com destaque para o dia em que levou uma caixa de som para sua aula! Ele não se lembrava de mim, cheguei até a revisitar meu histórico para verificar minha nota nesta disciplina, mas desde àquela época, percebia nele um orientador que trabalhava o Estado sob uma perspectiva interessante; um verdadeiro orientador de classe, fico muito feliz de tê-lo nessa empreitada. Agradeço por ter me dado a liberdade necessária.

Ao Prof. Jones, que aceitou fazer parte da banca de qualificação e de exame. Lembro-me que ele, em determinada aula de Geografia Cultural, ainda em nossa Graduação, fez o que o professor deve fazer: professar. Naquela ocasião, não havia alunos, não me recordo se porque havia chovido ou o motivo certo, mas me recordo que eu havia ido e ele pediu para olhar o que eu estava a digitar; um texto de outra disciplina — um artigo a ser feito —, e ele, num tom mais suave do que na pós-Graduação, debatia o texto: (...) “Eu tenho uma dificuldade com a falta de vírgulas, ‘empreendedorismo’ — você vai levar pedrada! Bakhtin!!!Hum!!!”. Nesse pequeno aprendizado, percebi o quão grande ser humano você era. Suas contribuições no exame de qualificação me ajudaram a não titubear na definição e incorporação de elementos geográficos.

À Profa. Cátia, por suas contribuições e inconformismos com a falta do SUS no texto, e ao mesmo tempo motivando-me. Aquela frase que deixou em suas correções ao final do texto ficou registrada em minha mente: “Quero ver seu trabalho pronto!”.

Sua experiência no campo da Saúde foi fundamental para enriquecer este trabalho, agradeço o aceite em fazer parte da banca de qualificação e de exame.

À pesquisadora Adriele Freire de Souza, seu texto, me fez perceber a existência de uma geografia antropológica.

Ao PPGG-UFGD, seus servidores de apoio, professores, colegas — foram inúmeros os momentos de ajudas, suporte, interações, debates e reflexões.

À UFGD, essa universidade continua produzindo conhecimento e de forma pública.

Aos chefes de setores do HU-UFGD que forneceram dados da tramitação do REHUF, vocês foram fundamentais para possibilitar a nossa análise.

Aos colegas do HU-UFGD, aos com que interagi mais, no cotidiano hospitalar, e aos que não interagi muito (mas só em observá-los), consegui ricas percepções que ajudaram a dar o tom desta dissertação.

A todos os trabalhadores do HU-UFGD (servidores públicos, funcionários públicos, terceirizados), que com capacidade humana e intelectual, desempenham suas funções e colaboram com esse hospital público integrado à rede SUS.

Dedico esse trabalho a todos os cidadãos/usuários do SUS e aos trabalhadores do HU-UFGD.

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo geral analisar a política governamental voltada aos Hospitais Universitários (HUs), vinculados ao Ministério da Educação, no bojo do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários (REHUF), criado em 2010, pelo Governo Federal, com o discurso de criar condições materiais e institucionais para que os hospitais universitários federais pudessem desempenhar plenamente suas funções em relação às dimensões de ensino, pesquisa e extensão e à dimensão da assistência à saúde. Assim, contextualizamos o processo de implementação e operacionalização do REHUF nos HUFs buscando compreender os discursos e/ou teorias que lhe deram sustentação, os investimentos realizados e suas materialidades, enfim, seus desdobramentos e contradições, tendo como recorte de análise o Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU-UFGD). A metodologia adotada foi a abordagem integrada, buscando compreender o processo na sua totalidade e relacionando-o às suas particularidades. Nesse sentido, fizemos uma revisão histórica sobre os hospitais no mundo e sobre os HUFs no Brasil, além de caracterização de suas estruturas — mas, fundamentalmente, analisamos a dinâmica histórica no trato dispendido aos hospitais, suas conformações no espaço geográfico e as estratégias de financiamentos implementadas nos HUFs. Do mesmo modo, fizemos um exaustivo levantamento documental referente à inserção e dinâmica do HU-UFGD no REHUF. Evidenciamos que o HU-UFGD é referência como polo para 33 municípios polarizados regionalmente, consoante o oferecimento de serviços de saúde de média e alta complexidade na macrorregião de Dourados, porção austral de Mato Grosso do Sul. A pesquisa revela que, a partir do momento que os HUFs ficaram responsáveis por uma função a mais — ou seja, a assistência, cumulando-a com as de ensino e pesquisa —, passaram a ter problemas financeiros e de falta de trabalhadores da saúde. Em 2011, com o discurso governamental de resolução de tais problemas, foi criada a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), a qual em 2018 já era incumbida de fazer a gestão de 80% dos HUFs. Neste novo contexto, estes passaram a ser geridos de forma híbrida: a reitoria indica a governança hospitalar e estes seguem as diretrizes da EBSERH SEDE (Brasília – DF). O território da norma não se compatibiliza com o território vivido/apropriado. Dourados, a partir da UFGD e do HU-UFGD, transformou-se qualitativamente em um centro hospitalar de referência para o Brasil. A EBSERH, sendo a gestora do REHUF, tem a função de efetivar os objetivos do programa, entre eles a situação deficitária de recursos humanos, ainda não resolvida, mesmo após os concursos celetistas lançados. É preciso criar condições para que todos os trabalhadores atuem com menos tensões diante desse campo político constantemente movimentado.

Palavras-chave: Hospitais Universitários, REHUF, EBSERH, território.

ABSTRACT

This work had as general objective to analyze the government policy directed to the University Hospitals (HUs), linked to the Ministry of Education, within the scope of the National Program for the Restructuring of University Hospitals (REHUF), created in 2010, by the Federal Government, with the discourse of creating material and institutional conditions so that federal university hospitals could adequately perform their functions concerning the dimensions of teaching, research and extension and the dimension of health care. Therefore, we contextualize the process of implementation and operationalization of REHUF in HUFs, seeking to understand the speeches and theories that supported it, the investments made and their materialities, in short, its unfolding and contradictions, having as an excerpt of analysis the University Hospital of the Federal University of Grande Dourados (HU-UFGD). The methodology adopted was an integrated approach, seeking to understand the process in its entirety and relating it to its particularities. In this sense, we did a historical review about hospitals in the world and HUFs in Brazil, in addition to characterizing their structures – but, fundamentally, we analyzed the historical dynamics in the treatment spent on hospitals, their conformations in the geographical space and the financing strategies implemented in the HUFs. Likewise, we made an exhaustive documentary survey regarding the insertion and dynamics of HU-UFGD in REHUF. We show that the HU-UFGD is a reference point for 33 regionally polarized municipalities, depending on the provision of medium and high complexity health services in the Dourados macro-region, southern portion of Mato Grosso do Sul. The research reveals that from the moment that the HUFs became responsible for an additional function, that is, assistance, in addition to teaching and research, they started to have financial problems and lack of health workers. In 2011, with the governmental discourse to resolve such problems, the Brazilian Hospital Services Company (EBSERH) was created, which in 2018 was already in charge of managing 80% of the HUFs. In this new context, these are now managed in a hybrid way – the rectorate indicates hospital administration, and these follow the guidelines of EBSEH SEDE (Brasilia, Federal District). The territory of the rule is not compatible with the lived/appropriate territory. The city of Dourados, from UFGD and HU-UFGD, has become a qualitative hospital center of reference for Brazil. EBSEH, being the manager of REHUF, has the function of implementing the objectives of the Program, among them the deficient situation of human resources, which has not yet been resolved, even after the contests based on the Brazilian Labor Laws (CLT) were launched. It is necessary to create conditions for all workers to act with less tension in the face of this continually changing political field.

Keywords: University Hospitals, REHUF, EBSEH, territory.

LISTA DE IMAGENS

- Foto 1** - Corredor interno comum de entrada de funcionários terceirizados, servidores públicos e empregados públicos no HU-UFGD.....22
- Foto 2** - Vista aérea do HU-UFGD/EBSERH.....24
- Foto 3** - Relógios apuradores de ponto biométrico dos servidores públicos vinculados ao regime estatutário (Concurso da UFGD) e dos empregados públicos do regime celetista (Concurso EBSEH).....25
- Foto 4** - Local de registro biométrico dos funcionários terceirizados do HU-UFGD.....27
- Foto 5** - Casa da Gestante, Bebê e Puérpera.....145
- Foto 6** - Área em frente à Casa da Gestante, Bebê e Puérpera do HU-UFGD.....146
- Foto 7** - Placa indicativa do valor a ser investido para a 1ª Etapa da Unidade da Mulher e da Criança – UMC, em anexo ao HU-UFGD.....160
- Foto 8** - 1ª Etapa da Unidade da Mulher e da Criança – UMC, em anexo ao HU-UFGD.....160
- Foto 9** - Obra de ampliação da Lavanderia Farmácia Hospitalar do HU-UFGD.....161
- Foto 10** - Placas indicativas das obras de reforma e ampliação da Lavanderia e Farmácia Hospitalar do HU-UFGD.....162
- Foto 11** - Inauguração do Datacenter Contêiner no HU-UFGD.....165

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Representação da percentagem de HUFs e de Habitantes por região brasileira (2018).....	85
Gráfico 2 - Proporção de HUFs, por porte hospitalar (2018).....	86
Gráfico 3 - Quantidade e percentual de leitos gerais e de UTIs que atendem ou não o SUS no Brasil (2018).....	89
Gráfico 4 - Quantidade de leitos hospitalares dos HUFs, por região e ano (2005 a 2018).....	92
Gráfico 5 - Quantidade de leitos hospitalares dos HUFs, vinculados e não vinculados à EBSERH, por ano (2005 a 2018).....	94
Gráfico 6 - Demonstrativo da especificação dos gastos do REHUF (custeio + capital) no HU-UFGD (2018).....	158
Gráfico 7 - Distribuição do REHUF – HU-UFGD.....	180
Gráfico 8 - Detalhamento da aplicação de recurso (REHUF) da rubrica custeio no HU-UFGD em 2018.....	181
Gráfico 9 - Detalhamento da aplicação de recurso (REHUF) da rubrica capital no HU-UFGD.....	182
Gráfico 10 - Detalhamento (resumo) da aplicação de recurso (custeio + capital no HU-UFGD em 2018.....	183
Gráfico 11 - Evolução da força de trabalho da área-fim (assistência à saúde) – Enfermeiro, médico, técnico em enfermagem.....	189

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Alguns marcos da história dos hospitais.....	46
Quadro 2 - Momentos históricos dos Hospitais Universitários Federais.....	53
Quadro 3 - Relação dos Hospitais do REHUF.....	65
Quadro 4 - IFES com Hospitais Universitários Federais.....	73
Quadro 5 - Universidades, Hospitais Universitários Federais e a data de assinatura dos contratos de gestão com a EBSEH.....	108
Quadro 6 - Universidades e Hospitais Universitários Federais sem contrato de gestão com a EBSEH.....	110
Quadro 7 - Distribuição dos municípios por Região de Saúde do SUS.....	128
Quadro 8 - Identificação dos municípios da Macrorregião de Dourados.....	130
Quadro 9 - Composição da força de trabalho (atualizada em dez/2018.....	207
Quadro 10 - Quadro de pessoal contratado – CLT (atualizado em dez/2018.....	207
Quadro 11 - Informações sobre a Ebserh.....	250
Quadro 12 - SUS, Autonomia Universitária e Rehuf.....	251
Quadro 13 - Adesão, Contratação e Governança.....	253
Quadro 14 - Plano de Cargos e Benefícios.....	255
Quadro 15 - Cessão de Servidores.....	255

LISTA DE MAPAS

Mapa 1 - Identificação dos 33 municípios pertencentes à Macrorregião de Dourados (MS).....	124
---	-----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - IFES com HUFS.....	107
Figura 2 - Regiões de Saúde em Mato Grosso do Sul: suas macrorregiões.....	126
Figura 3 - Macrorregião de Dourados e suas microrregiões.....	127
Figura 4 - Modelo de estrutura organizacional proposto pela EBSE RH.....	133
Figura 5 - Estrutura organizacional do HU-UFGD.....	134
Figura 6 - Organograma da Superintendência do HU-UFGD.....	135
Figura 7 - Organograma da Gerência de Atenção à Saúde.....	136
Figura 8 - Organograma da Gerência Administrativa do HU-UFGD.....	137
Figura 9 - Organograma da Gerência de Ensino e Pesquisa.....	138
Figura 10 - Cargos/funções comissionadas no HU-UFGD.....	140
Figura 11 - Tabela de remuneração – cargos comissionados e funções gratificadas...140	
Figura 12 - Cargos em comissão e funções gratificadas na EBSE RH SEDE.....	141
Figura 13 - Remuneração do Presidente da empresa, Diretores e honorários de membros do Conselho Administrativo e Fiscal.....	141
Figura 14 - Identificação global do HU-UFGD.....	143
Figura 15 - Distribuição de leitos cadastrados e ativos no HU-UFGD.....	144
Figura 16 - Conjunto de serviços ambulatoriais prestados pelo HU-UFGD.....	147
Figura 17 - Equipamentos hospitalares por tipo de serviço – HU-UFGD.....	147
Figura 18 - Habilitações – HU-UFGD.....	148
Figura 19 - Painel de bordo do HU-UFGD – Indicadores da Gerência de Atenção à Saúde.....	152
Figura 20 - Indicadores de mortalidade em Dourados/MS (2017).....	154
Figura 21 - Identificação de estrutura organizacional voltada à infraestrutura hospitalar no HU-UFGD.....	157
Figura 22 - Obra da UMC em andamento.....	159
Figura 23 - Distribuição de espaço físico – 1ª etapa da UMC.....	159
Figura 24 - Módulos do AGHU instalados nos 40 hospitais da rede EBSE RH.....	164
Figura 25 - Discriminação dos módulos instalados no HUMAP e no HU-UFGD.....	164
Figura 26 - Histórico da contratualização do HU-UFGD.....	195
Figura 27 - Plano de compras do HU-UFGD (2018).....	197
Figura 28 - Controle da execução dos projetos/evolução mensal de projetos no HU-UFGD.....	199
Figura 29 - Matriz GUT.....	200
Figura 30 - Ilustração de aplicação da Matriz GUT.....	201
Figura 31 - Parâmetros utilizados pela Engenharia Clínica do HU-UFGD.....	202
Figura 32 - Resultado da aplicação da Matriz GUT pelo Setor de Engenharia Clínica no HU-UFGD.....	203
Figura 33 - Itens priorizados para compra pela Engenharia Clínica do HU-UFGD....	204
Figura 34 - Quadro de vagas – área médica – HU-UFGD.....	209
Figura 35 - Quadro de vagas – área assistencial – HU-UFGD.....	210
Figura 36 - Quadro de vagas – área administrativa – HU-UFGD.....	210
Figura 37 - Detalhamento da matriz SWOT identificada no HU-UFGD.....	228
Figura 38 - <i>TOWS</i> do HU-UFGD.....	230

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Quantidade de Hospitais Universitários Federais e de Habitantes, por região do Brasil (2018).....	74
Tabela 2 - Quantidade de estabelecimentos de saúde com internação, Hospitais de Ensino e Universitários Federais no Brasil (2018).....	83
Tabela 3 - Quantidade de Hospitais Universitários Federais e de Habitantes, por região (2018).....	84
Tabela 4 - Quantidade de HUs, por porte hospitalar (2018).....	85
Tabela 5 - Quantidade e proporção de HUFs, por região e porte hospitalar (2018).....	87
Tabela 6 - Quantidade e percentual de leitos gerais e de UTI que atendem ou não o SUS no Brasil (2018).....	87
Tabela 7 - Quantidade e percentual de habitantes, HUFs, total de leitos e leitos de UTI, por região geográfica (2018).....	89
Tabela 8 - Quantidade e percentual de leitos gerais, leitos de UTI e total de leitos, por região geográfica (2018).....	90
Tabela 9 - Quantidade de leitos hospitalares dos HUFs, por região e ano (2005 a 2018).....	92
Tabela 10 - Quantidade de leitos hospitalares dos HUFs, vinculados e não vinculados à EBSEH, por ano (2005 a 2018).....	94
Tabela 11 - Recursos financeiros destinados ao REHUF - 2010 a 2017.....	117
Tabela 12 - Resumo de recursos do REHUF recebidos (2010–2018) – fonte de financiamento: Governo Federal (MEC e MS).....	178
Tabela 13 - Evolução do quadro de pessoal do HU-UFGD/EBSEH.....	185
Tabela 14 - Evolução do quadro de pessoal do HU-UFGD – Profissões da atividade-fim (assistência à saúde).....	187
Tabela 15 – Recursos recebidos por meio do REHUF.....	248

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEM - Associação Brasileira de Educação Médica
ADI - Ação Direta de Inconstitucionalidade
AGH - Sistema de aplicativos para gestão hospitalar desenvolvido pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA
AGHU - Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários
ANDES-SN - Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior
ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar
APH - Adicional por Plantão Hospitalar
CAC - Comissão de Acompanhamento de Contratualização
CAPE - Comissão de Avaliação de Pesquisa e Extensão (CAPE – HU-UFGD)
CAPs - Caixas de Aposentadorias e Pensões
CFM - Conselho Federal de Medicina
CGBP - Casa da Gestante, Bebê e Puérpera
CGTI - Comitê Gestor de Tecnologia da Informação
CID 10 - Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CINAEM - Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico
CLT - Consolidação das Leis do Trabalho
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS - Conferência Nacional de Saúde
CNTS - Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde
CONJUR - Consultoria Jurídica
CONSUNI - Conselho Universitário da UFRJ
CTPS - Carteira de Trabalho e Previdência Social
CUT - Central Única dos Trabalhadores
DAF - Divisão Administrativa e Financeira
DAS - Diretoria de Atenção à Saúde
DATASUS - Departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
DCN - Diretrizes Curriculares Nacionais
DENASUS - Departamento Nacional de Auditoria do SUS
DENASUS/PI - Departamento Nacional de Auditoria do SUS/Piauí
DEST - Departamento de Coordenação e Governança das Empresas Estatais
DivGP - Divisão de Gestão de Pessoas
DNSP - Diretoria Nacional de Saúde Pública
EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EIGEDIN - Encontro Internacional de Gestão, Desenvolvimento e Inovação
EM - Exposição de Motivos
ESAI - Escritório de Assuntos Internacionais/UFGD
FASUBRA - Federação de Sindicatos de Trabalhadores das Universidades Brasileiras
FAEC - Fundo de Ações Estratégicas de Compensação
FENAM - Federação Nacional dos Médicos
FENASPS - Federação Nacional dos Sindicatos de Trabalhadores em Saúde, Trabalho e Previdência Social
FGTS - Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
FHC - Fernando Henrique Cardoso
FIDEPS - Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária em Saúde
FUTURE-SE - Programa Institutos e Universidades Empreendedoras e Inovadoras
GAPS - Termo em inglês que significa um distanciamento; afastamento, separação, uma lacuna ou um vácuo.
GAS - Gerência de Atenção à Saúde
GEOSAÚDE - Simpósio Nacional de Geografia da Saúde
GM/MS - Gabinete do Ministro / Ministério da Saúde

GUT - Gravidade, Urgência e Tendência, é uma ferramenta utilizada na priorização das estratégias, tomadas de decisão e solução de problemas de organizações/projetos.

HCPA - Hospital das Clínicas de Porto Alegre

HCPA/UFGRS - Hospital das Clínicas de Porto Alegre / Universidade Federal do Rio Grande do Sul

HE - Hospital de Ensino

HU - Hospital Universitário

HUFs - Hospitais Universitários Federais

HUPI - Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí

HUs - Hospitais Universitários

HU-UFGD - Hospital Universitário da Fundação Universidade Federal da Grande Dourados

IAPs - Institutos de Aposentadorias e Pensões

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

IFES - Instituições Federais de Ensino Superior

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

IRP - Intenção de Registro de Preços

LDB - Lei de Diretrizes e Bases da Educação

MEC - Ministério da Educação

MP - Medida Provisória

MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social

MPF - Ministério Público Federal

MRSB - Movimento da Reforma Sanitária Brasileira

MS - Ministério da Saúde

NGP - Nova Gestão Pública

OCC - Matriz Andifes de Orçamento de Custeio e Capital

OMS - Organização Mundial da Saúde

OSCIPs - Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público

OSs - Organizações Sociais

PCCTAE - Plano de Carreira dos Cargos Técnico-Administrativos em Educação

PCEP - Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos

PDE - Plano Diretor Estratégico

PDRAE - Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado

PDTIC - Plano Diretor de Tecnologia da Informação e Comunicação

PETI - Programa de Erradicação do Trabalho Infantil

PIB - Produto Interno Bruto

PL - Projeto de Lei

PMD - Prefeitura Municipal de Dourados

PNH - Política Nacional de Humanização

PNHOSP - Política Nacional de Atenção Hospitalar

PPPs - Parcerias Público-Privadas

PROAP - Pró-Reitoria de Avaliação Institucional e Planejamento/UFGD

RAS - Redes de Atenção à Saúde

REHUF - Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais

RJU - Regime Jurídico Único

RSB - Reforma Sanitária Brasileira

SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

SANESUL - Empresa de Saneamento Básico do Estado de Mato Grosso do Sul

SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

SEMS - Secretaria Municipal de Saúde

SERAS - Setor de Regulação e Avaliação em Saúde

SGPTI - Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação

SIH - Sistema de Informações Hospitalares

SINPAS - Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SIS-FRONTEIRA - Programa “Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras” (SIS FRONTEIRAS), instituído pelo MS em 2005.

SODOBEN – Sociedade Douradense de Beneficência

SPDM - Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina

STF - Supremo Tribunal Federal

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

SWOT - Termo em inglês que se refere a um conjunto de quatro palavras: “Strengths”, “Weaknesses”, “Opportunities” e “Threats”. Traduzidas para o português, elas significam “Forças”, “Fraquezas”, “Oportunidades” e “Ameaças”, respectivamente.

TAC - Termo de Ajuste de Conduta

TCU - Tribunal de Contas da União

TOWS - É uma matriz variante da Matriz SWOT. Também chamada de SWOT cruzada. Além da análise das forças, fraquezas, ameaças e oportunidades, a TOWS faz uma análise dos pontos negativos de forma a transformá-los em pontos positivos.

TRF-1ª Região - Tribunal Regional Federal - Brasília

UEMS - Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul

UFAM - Universidade Federal do Amazonas

UFES - Universidades Federais de Ensino Superior

UFF - Universidade Federal Fluminense

UFGD - Fundação Universidade Federal da Grande Dourados

UFMA - Universidade Federal do Maranhão

UFMT - Universidade Federal do Mato Grosso

UFPI - Universidade Federal do Piauí

UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro

UFRN - Universidade Federal do Rio Grande do Norte

UMC - Unidade da Mulher e da Criança

UnB - Universidade de Brasília

UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo

UNIGRAN - Centro Universitário da Grande Dourados

UPs - Unidades de Produção

US - Unidade de Serviços

UTI - Unidade de Tratamento Intensivo

Prólogo

Aquele exato dia foi um marco importante para o início da trajetória dessa pesquisa. Falo, pois, do momento que, andando pelos corredores do HU-UFGD — por sinal um labirinto —, de repente surgiu-me o seguinte *insight*: isso daria uma pesquisa! E que pesquisa, hein! Como que essa materialidade foi construída, foi pensada, qual a sua história? Ops! Historiar tudo isso dá trabalho! Mas deve ter algo que explique ou que possibilite caminhos para entender a dinâmica e/ou implementação deste hospital. Como gosto um pouco mais de temas relacionados às políticas, tais que ora mostram a ação pensada para a sociedade, o ato de estudar (pesquisar) algum programa propiciar-me-ia subsídios para entender partes de um processo maior e, assim, construiria, a partir disso, conhecimento.

Qualquer pessoa que houvesse cursado Geografia teria um olhar diverso sobre esse objeto social, mas o que eu imprimiria seria o nosso.

Aquilo (*o insight*) ficara em minha mente e, conseqüentemente em dezembro de 2017, estava participando da seleção do PPGG (Geografia), e também, mesmo tendo formação em Geografia (Licenciatura), optei por prestar a seleção no PPGS (Sociologia), e, assim, aventurei-me na tentativa de mais uma opção.

Não fui muito bem na seleção do mestrado em Sociologia; todavia, consegui aprovação no de Geografia, e era justamente o que eu queria! A vida prega peças na gente, e, no segundo semestre de 2018, eu estava a cursar duas disciplinas no mestrado em Sociologia como aluno especial — disciplinas que, por sinal, contribuíram significativamente para o processo de minha formação.

Recordo que nossa entrada no HU-UFGD ocorreu a partir de meados de 2017. Eu, naquela oportunidade, havia solicitado saída da Pró-Reitoria de Avaliação Institucional e Planejamento.

Esse processo de trânsito para o HU-UFGD já havia me auxiliado na percepção de algumas situações. Na época em questão, um assessor da Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas (PROGESP) mencionara algo mais ou menos assim: “Marcio, tem uma possibilidade de permuta, o Pró-Reitor pediu para eu acompanhar o seu caso, **só** que é no HU”.

Consoante o referido *dicho* supra elencado, fiquei com o pensamento da ressalva explicitada peregrinando a mente, mas, como meu desejo naquele momento era aceitar tal intercâmbio, já que para mim um lugar novo seria uma opção melhor em relação ao que eu estava, desse modo ocorreu a permuta. Pareceu-me, portanto, num primeiro instante, existir um certo receio no oferecimento da vaga no HU-UFGD.

Mas, entrando no jogo da vida, e como pontuou Martins (2010), a pesquisa não pode ser para dar respostas exatas, certas e irrefutáveis, mas para problematizar mais ainda. É fato que senti um estranhamento na fala citada do servidor da PROGESP, e hoje penso que ela podia estar relacionada ao fato de que trabalhar no HU-UFGD não é fácil. Não é fácil porque o HU-UFGD carrega o estigma de um espaço que tem que ser rápido, que mexe com vidas (um tom de tempo/espaço completamente diferente de outro lugar), que a relação com médicos, principalmente, é processada por tensionamentos, que o quantitativo de licenças presentes no boletim de serviços da UFGD traz grande parcela com servidores oriundos desse órgão

suplementar, e isso não decorre de um fato simples.

Parece, portanto, que minha pesquisa começou com a própria experiência em ser servidor no HU-UFGD. Minha vivência laborativa deu-se em uma secretaria vinculada à Gerência de Atenção à Saúde; assim, tive uma maior aproximação junto ao corpo clínico hospitalar (diferentes sujeitos a partir de determinados contatos ocorridos), diferentemente de outras áreas ou setores, que realizam trabalhos para o hospital, mas sem interagir diretamente ou mais frequentemente, em dadas circunstâncias, com esses profissionais assistenciais. Essa observação mais próxima da área-fim e do seu cotidiano (em pequenos momentos) situou-me na captação de uma perspectiva de discursos e práticas, de alguns sujeitos que lidam com o processo saúde-doença, ou seja, viver isso quase dois anos é uma experiência ímpar e que ajuda a dimensionar o tom percebido, sob um espaço social dinâmico, mesmo que seja em pequenos relatos nessa dissertação (como escrevo nessa epígrafe), já que ela, por produzir uma análise de um programa, não permite a insurgência de emoção como em um trabalho antropológico que utiliza a observação participante, como fez Freire de Souza (2016), e te faz sentir o cotidiano das relações intra-hospitalares. Mas, mesmo que de uma forma geral, o viés do conflito de classes, propiciado pelo Estado e pelas disputas de projetos e interesses, será abordado, e portanto essa conexão será lançada, estabelecendo relações entre a leitura geográfica (um olhar das ciências humanas, diferente de outros olhares) que proponho fazer, numa abordagem macrosocial, e a busca de diálogo com o investigado por outras pesquisas que utilizaram-se do HU-UFGD como lugar de pesquisa, para, assim, proporcionar uma visão interdisciplinar aberta e não fechada, pensando, *a priori*, que combinações podem produzir rizomas interessantes, encontros e possibilidades. A busca é por Mais Geografia, Mais Saúde, Mais Humanidades, Mais Desvelar...

Enquanto servidor, de início, deparei-me com uma ambiência totalmente nova (um outro tempo/espaço), eu ficava em espaços reduzidos, e vários setores permeavam o ambiente. A relação de atendimento exigiu minha adaptação para um padrão muito diferente (de convivência, de relações, de rotinas administrativas, de mundo, de mundos) do que eu vivi até aquele momento.

Minha pesquisa visa mais compreender os processos macropolíticos, optei por trabalhar com dados para fazer a análise, todavia, tenho de destacar que o HU-UFGD tem, nas suas relações intra-hospitalares, uma experiência antropológica interessante. Aqui, cabe uma exemplificação: em certa ocasião, deparei-me com uma situação que me deixou nostálgico e emocionado.

Determinado chefe de setor, em dada época, foi procurado na sala em que eu estava por determinada paciente que, falando espanhol, advinda da região de fronteira, foi logo lhe agradecendo pelo grande cuidado recebido por ela por parte dos profissionais do hospital; ela havia ficado muito tempo no hospital, haja vista o quadro denominado “bolsa rota” exigir acompanhamento sistemático. Nesse período, ela estabeleceu laços com os outros pacientes na maternidade, adquiriu uma nova vivência e, após esse longo período, conseguiu dar à luz uma criança. Ela enfaticamente agradeceu o cuidado desse médico, que, para ela, foi de grande valia, além da sua equipe. Para mim, ao observar aquela situação, o contexto não se tratava de

“caridade”, mas de uma relação mais humanizada, criada no dia a dia (interação) consoante o trato dispendido a ela. Ao ver aquele abraço, verdadeiro, entre paciente e médico, fiquei com os olhos cheios d’água e, naquele momento (para mim) a emoção foi premente, não tinha como não sentir aquilo.

Quando outro determinado chefe/médico veio ao meu local de trabalho e entregou-me, num dia, uma rapadura, e noutra um mel, “que está dentro dos favos ainda” (objetos que ele ganhara de pacientes), e relatou-me que certo dia um paciente queria lhe dar até um porco em agradecimento, percebi que a medicina não é só biomédica, ou de caridade, é algo mais, que faz aquelas pessoas simples agradecerem com produtos importantes em suas vidas quem as acompanhou e lhes proporcionou tratamento da sua saúde. Assim, o HU-UFGD é uma ambiência social que tem vida e pode produzir processos de humanização; tem também conflitos, tensionamentos... É campo profícuo para cada vez mais ser pesquisado por diversas áreas do conhecimento.

Marcio Nolasco Leite (19/09/2019).

“No que tange aos sujeitos da etnia Kaiowá, **o silêncio se apresenta como uma estratégia de resistência** também. No silêncio, eles conseguem guardar as palavras que os simbolizam, além de conseguirem despistar o discurso médico em que são tachados como os que não entendem. Esse recurso de resistência apresenta-se inclusive frente **aos tradutores que os fazem sempre ouvintes e não sujeitos falantes**. Na relação **de hospitalidade a esses sujeitos**, eles se apresentam como os **hóspedes indesejáveis**, aqueles que ninguém entende e acabam sendo aquelas visitas que todos querem que vá embora o mais rápido possível. Entretanto, **como a hospitalidade supõe uma relação dialética**, os sujeitos indígenas acabam por obter certas vantagens com esse posicionamento. Como uma forma de proteção, **eles acabam garantindo sua individualidade e por isso são aqueles que podem dar às costas aos hóspedes sempre que acharem conveniente**, fazendo que esse comportamento seja até esperado pela instituição.” (FREIRE DE SOUZA, 2016, p. 89, grifos nossos).

Em quantas situações na vida nos sentimos sendo índios...

Marcio Nolasco Leite (21/09/2019).

"Yes, We Can! (Sim, nós podemos!)"

Barack Obama, em 04/11/2008.

SUMÁRIO

Introdução.....	21
1.1 - Uma metodologia em construção frente à pesquisa.....	31
1.2 - Mais percursos metodológicos — procedimentos adotados.....	37
1.3 - Contextualizando o problema.....	39
1.4 - A estrutura da dissertação.....	44
Capítulo 1 - Bosquejo histórico sobre os hospitais no mundo.....	46
Capítulo 2 - Políticas para os Hospitais Universitários Federais no Brasil.....	53
2.1 - Hospitais Universitários e o Convênio MEC/MPAS.....	55
2.2 - Hospitais Universitários e a Reforma Sanitária Brasileira.....	57
2.3 - Hospitais Universitários e o início do Sistema Único de Saúde.....	59
2.4 - Contratualização e Certificação dos Hospitais de Ensino.....	60
2.5 - As Reformas Administrativas e Gerenciais nos Hospitais Universitários Federais (criação do REHUF e da EBSEH).....	63
2.6 - Detalhando a estrutura física dos Hospitais Universitários Federais brasileiros.....	82
2.7 - Não partindo somente de um ritmo linear: considerações sobre o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (MRSB).....	95
Capítulo 3 - Um panorama estabelecido a partir do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais e da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.....	100
Capítulo 4 - O Hospital Universitário da UFGD.....	122
4.1 - Especialidades e serviços de apoio e suporte do HU-UFGD.....	142
4.2 - Indicadores de desempenho hospitalar.....	150
4.3 - Perfil epidemiológico de Dourados (MS).....	153
4.4 - Compreendendo a inserção do Hospital Universitário da UFGD no (REHUF).....	156
4.4.1 - Premissas iniciais sobre infraestrutura e tecnologia no HU-UFGD..	156
4.4.2 - Avaliação do REHUF no HU-UFGD.....	166
Considerações finais.....	213
REFERÊNCIAS.....	233
ANEXOS.....	247

Introdução

Inicialmente, destacamos que essa pesquisa visa tratar sobre o processo de inserção do Hospital Universitário (HU) da Fundação Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD) no Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários (REHUF) e que o interesse pelo tema, dentre outros aspectos, foi suscitado por nossa trajetória acadêmica/profissional, como evidenciado na epígrafe.

Portanto, essa dissertação em Geografia na UFGD tem como uma de suas motivações desencadeadoras o caráter pessoal e profissional, decorrente de nossas experiências, ou melhor, vivências no campo das ações estatais — quando atuamos como servidor público municipal em Dourados (Mato Grosso do Sul), no Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI – Vila Formosa); secretário da Escola Municipal Fazenda Miya – Pólo; e servidor público federal lotado, inicialmente, no Escritório de Assuntos Internacionais (ESAI/UFGD) e, posteriormente, na Pró-Reitoria de Avaliação Institucional e Planejamento (PROAP/UFGD).

Em meados de 2017, passamos a ter lotação na secretaria da Gerência de Atenção à Saúde (GAS) do Hospital Universitário – (HU-UFGD/EBSERH¹) vinculado à UFGD, e, imediatamente, ao adentrar no interior deste hospital, percebemos (imageticamente) que o investimento público neste local era evidente. Subjetivamente, ficamos com a impressão de uma estrutura relativamente nova e, desse modo, sentimos a necessidade de uma melhor compreensão dessa política governamental.

Assim, tais vivências, nos ambientes sobreditos, possibilitaram a nossa percepção enquanto cidadão/servidor de programas e ações de governo, bem como surgiu o nosso interesse em continuar a entendê-los, sob, quiçá, um viés científico. Na pesquisa objeto dessa dissertação, o que nos motiva é a busca em compreender o HU-UFGD como lugar/espço geográfico dinâmico, no qual estamos trabalhando.

¹ A sigla EBSERH — Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares — passou a ser usada em referência ao fato de que, a partir de 2013, a gestão do HU-UFGD ficou a seu cargo, conforme pactuado no Contrato nº 30/2013, de 26/09/2013. Assim, costumeiramente, acopla-se à sigla “HU-UFGD” a palavra EBSERH — “HU-UFGD/**EBSERH**”.

Foto 1 - Corredor interno comum de entrada de funcionários terceirizados, servidores públicos e empregados públicos no HU-UFGD



Fonte: Trabalho de campo. 15/02/2018.

Com tais pressupostos, o objetivo geral desta pesquisa é contextualizar o processo de implementação e operacionalização do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários vinculados ao Ministério da Educação (MEC), bem como compreender os seus desdobramentos e contradições, tendo como recorte de análise o HU-UFGD, diagnosticando a implantação da ação REHUF neste hospital.

Os objetivos específicos, por sua vez, são:

- Caracterizar as diretrizes teóricas e/ou institucionais que sustentam a política governamental brasileira relativa à reestruturação dos Hospitais Universitários, via EBSEH;
- Compreender o processo de inserção dos HUFs de Mato Grosso do Sul, particularmente o da UFGD no contexto do REHUF;
- Identificar os investimentos (ensino, pesquisa e assistência à saúde), equipamentos, mobiliários e obras previstas/executadas no HU-UFGD, que são propiciados por intermédio da utilização de recursos da ação REHUF; e
- Entender as contradições com relação à proposta do REHUF, através de percepções no HU-UFGD por intermédio de dados dos setores que

evidenciam possíveis contrastes, bem como avanços e convergências com o propósito do REHUF.

Por que foi necessário implementar o REHUF? Quais as justificativas governamentais para o processo de reestruturação dos hospitais universitários federais? Por que a estrutura que existia era concebida como inadequada? Responder a esses questionamentos permitiram uma compreensão contextualizada, para que a partir disso pudessemos pesquisar o singular desejado. Nesse sentido, o escopo de nossa pesquisa de dissertação vislumbrou dar conta da totalidade e do específico.

Outrossim, buscamos, nessa pesquisa científica, explicar como o REHUF foi concebido e como foi difundido o ideário da necessidade de fazer-se uma gestão com viés de administração privada, com maior flexibilidade, explicitamente introduzida com a criação da EBSEH. Talvez, aqui, tenhamos uma primeira **hipótese** para uma maior eficiência em termos de uma estratégia que foi pensada.

O HU-UFGD, antes de sua atual configuração, foi gerido pela Fundação Municipal de Saúde do Município de Dourados, e, em 2009, passou para a gestão da UFGD, conforme disposto no seu *web site*:

A implantação e o funcionamento do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU-UFGD) se deram no ano de 2003, quando foi denominado “Santa Casa de Dourados”. A instituição era mantida, inicialmente, pela Sociedade Douradense de Beneficência (Sodoben). Em 2004, a Santa Casa de Dourados tornou-se o “Hospital Universitário de Dourados”, que passou a ser administrado pela Fundação Municipal de Saúde, sob a responsabilidade da Prefeitura Municipal de Dourados, conforme compromissos firmados com a sua mantenedora anterior, a Sodoben.

Por meio da Lei Municipal Nº 3.118, de 2008, o Poder Executivo Municipal autorizou a doação da área à UFGD, que poderia usar suas edificações para atendimento hospitalar via Sistema Único de Saúde (SUS) e para atividades de hospital-escola. Tendo o Ministério da Educação (MEC) dado o sinal verde para o recebimento da doação, o Conselho Universitário da UFGD aprovou a criação do Órgão Suplementar “Hospital Universitário”, que passou a fazer parte da estrutura administrativa da Universidade. Assim, a UFGD passou a administrar o HU-UFGD a partir de 1º de janeiro de 2009. Dessa forma, o Hospital passou a ser vinculado aos Ministérios da Saúde e da Educação, e é mantido com recursos dos governos Federal, Estadual e Municipal. (Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/hu-ufgd/nossa-historia>> Acesso em: 11 de fev. 2018.)

Posteriormente, no dia 26 de setembro de 2013², essa universidade firmou contrato para que a gestão ficasse a cargo da EBSERH³, empresa criada pela Lei nº 12.550/2011⁴ (BRASIL, 2011a). Assim, a empresa passou a ser a gestora do Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais – (REHUF), conforme delegação estabelecida pela Portaria nº 442/2012⁵ (BRASIL, 2012a), do Ministério da Educação.

Foto 2 - Vista aérea do HU-UFGD/EBSERH



Fonte: Douradosnews. Disponível em: <<http://www.douradosnews.com.br/dourados/inscricoes-para-programa-de-residencia-medica-sao-reabertas-ate-dia-11/1071138/>> Acesso em: 05 de dez. 2017.

² Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/101632/contrato_hu_ufgd.pdf/e2509eaa-5d00-405f-860b-94e18a9a60f5> Acesso em: 11 de fev. 2018.

³ Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/hu-ufgd/nossa-historia>> Acesso em: 11 de fev. 2018.

⁴ BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Lei 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências.

⁵ Disponível em: <<http://www.andifes.org.br/mec-portaria-442-competencias-da-ebserh>> BRASIL, Ministério da Educação. Gabinete do Ministro. Portaria nº 442, de 25 de abril de 2012. Publicada no D.O.U de 26 de abril de 2012. Acesso em: 11 de fev. 2018.

O ambiente de gestão de uma empresa pública no HU-UFGD/EBSERH é perceptível no próprio *hall* de entrada de servidores públicos (concursados regidos pelo regime jurídico estatutário), de empregados públicos (concursados regidos pelo regime jurídico da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT) e de terceirizados, posta a existência de vários relógios de ponto para apuração de frequência pelo sistema biométrico. O imagético chamou-me atenção já que nas Unidades I⁶ e II⁷ da UFGD não existiam tais mecanismos.

Foto 3 - Relógios apuradores de ponto biométrico dos servidores públicos vinculados ao regime estatutário (Concurso da UFGD) e dos empregados públicos do regime celetista (Concurso da EBSERH)



Fonte: Trabalho de campo. 15/02/2018.

Quem bate? Quem não bate? Cadê os terceirizados? Tais indagações sobre os trabalhadores do HU-UFGD ajudam o pensamento a organizar-se e avançar. Os servidores RJUs, que trabalham 6 horas diárias em esquema de turno contínuos, ou 8 horas diárias e/ou em esquema de plantões (profissionais médicos, enfermeiros), têm obrigação (dever) de efetuar o registro do ponto nas suas respectivas entradas e saídas;

⁶ UFGD - Unidade 1 - Rua João Rosa Góes, 1761 - Vila Progresso, Cx. Postal 322 - CEP 79825-070.

⁷ UFGD - Unidade 2 - Rodovia Dourados - Itahum, Km 12 - Cidade Universitária, Cx. Postal 364 - CEP 79804-970.

na mesma direção, esses mesmos profissionais, mas de vínculo celetista (oriundos de concursos promovidos pela EBSEERH), os chamados na linguagem técnico-jurídica de *empregados públicos*, também têm o dever de registrar suas entradas e saídas. Os estagiários advindos do programa Pró-Estágio da UFGD também devem registrar suas entradas e saídas do hospital. Já os desobrigados do registro são os comissionados, cuja dedicação deve ser integral ao hospital — são cargos de livre nomeação e exoneração. Estes desempenham atribuições de direção chefia e/ou assessoramento.

Os terceirizados são profissionais contratados pelo HU-UFGD para o apoio de atividades-meio, e também têm no registro biométrico uma obrigação diária. Identifiquei alguns locais/serviços em que eles estão mais presentes: atendem na recepção de internação, na recepção da sala de visita, na lavanderia, no refeitório, na vigilância, no Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico (SAME), na limpeza de todos os locais do hospital, no transporte de servidores (motoristas), nas secretarias de gerências, entre outros.

Fato interessante a se destacar é com relação aos serviços de limpeza: percebemos que são efêmeras as empresas prestadoras deste tipo de serviço, estas, por sua vez, são sempre acompanhadas por um fiscal e gestor de contrato, devidamente designado pela instituição. Outra observação significativa é que ocorria sazonalmente a troca entre esses funcionários, do posto de atuação da limpeza, rompendo laços de amizade e identificação com determinado local, e tal determinante devia ser seguido porque era previsto no termo contratual, sinalizando um viés de busca por uma lógica produtivista na gestão desses trabalhadores.

O espaço não é imutável, ele possui movimento. Exemplificando, a pesquisadora Adriele Freire de Souza (2016), em sua dissertação intitulada *Entre discursos e territorialidades: uma análise antropológica das práticas institucionais no Hospital Universitário da Grande Dourados – MS*, trouxe a constatação de que funcionários terceirizados do HU-UFGD estavam aferindo/registando o ponto perto do local denominado Morgue — local em que os corpos de pacientes que morreram aguardam liberação para trânsito do corpo para providências posteriores —, entretanto, observamos que em 2018 a batida/registro estava ocorrendo no mesmo local dos demais trabalhadores do HU-UFGD, qual seja, no *hall* de entrada, conforme podemos observar na Foto 4, a seguir:

Foto 4 - Local de registro biométrico dos funcionários terceirizados do HU-UFGD



Fonte: <http://www2.ebserh.gov.br/web/hu-ufgd/noticias>.

Parece um sinal inexpressivo, mas que é um sintoma de mais humanização, já que todos fazem parte do quadro de pessoal que compõe o HU-UFGD, e esse fato traz a dimensão de que, pelo menos nesse ato, o dito “colaborador” — jargão expresso nos discursos empresarial e oficial — não está invisível diante dos demais pares, ou estigmatizado tão abruptamente.

Assim, avancemos nas proposições. Pensamos que é imperioso investigar determinadas políticas governamentais, quer seja sob o ponto de vista de análise de seus objetivos fundantes e/ou contextos em que foram concebidas, quer seja sob o ponto de vista de seus desdobramentos espaciais. Portanto, as políticas de saúde em Dourados e em outros municípios brasileiros sofreram processos de (re)configurações conforme são planejadas, executadas e efetivadas, parcial ou totalmente, bem como quando estão diante de determinados governos. O REHUF é uma ação programática específica, o que nos instiga a compreendê-la como motriz de um tempo/espço.

Desta feita, esta pesquisa é mais que a contextualização de como foi executada a ação REHUF, como nos alertaram em nosso exame de qualificação. Ela pode contribuir para uma análise do seu impacto sobre a política do SUS. É, também, uma inicial avaliação dessa política (programa) de governo, particularmente no HU-UFGD.

Ademais, por si só o tema é novo na UFGD. Um programa datado do ano de 2010 precisa ser compreendido, avaliado, medido, publicizado, para que sujeitos da saúde pública possam entender a dinâmica da gestão nos Hospitais Universitários Federais.

O Decreto nº 7.802, de 27 de janeiro de 2010⁸, foi o normativo que instituiu o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais e que dispôs sobre o financiamento compartilhado dos Hospitais Universitários Federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplinou o regime da pactuação global com esses hospitais (BRASIL, 2010).

Dourados, como outros municípios brasileiros que possuem universidades federais, e estas com Hospitais Universitários vinculados, foram inseridos nesse processo; assim, o desafio em compreender como foi concebido, planejado, implementado e executado o Programa de Reestruturação das Universidades Federais nos move no realizar desta pesquisa a fim de um desvelar para além dos discursos midiáticos.

Com tais pressupostos, justifica-se a referida proposição de pesquisa para a construção de um arcabouço teórico-empírico e documental de análise, contribuindo, assim, para o desvendamento das intenções das intervenções estatais sob o bojo da Nova Gestão Pública (NGP). Destarte, como mencionado, o tema dissertado é novo e poderá contribuir para formação de referencial bibliográfico sobre uma política pública com seus desdobramentos na sociedade e no espaço geográfico.

Os modelos de gestão/administração pública brasileira sofreram várias mudanças a partir de 1930, perpassando, por conseguinte do modelo racional-burocrático do Estado Novo ao ensaio de modelo gerencial com a edição do Decreto nº 200/1967, que possibilitou a descentralização na administração pública chegando à implantação do paradigma da Nova Gestão Pública (NGP) através do chamado Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE) de 1995 (LIMA JÚNIOR, 1998; CHIAVENATO, 2016).

Desse modo, cada ação governamental tem um objetivo de alcance. Com esse pressuposto assim prescreve o Decreto 7.802, de 27 de janeiro de 2010, no contexto de opção pela estratégia gerencialista:

⁸ Brasil. Presidência da República. Câmara dos Deputados. Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010. Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais – REHUF, dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais.

Art. 2º - O REHUF tem como objetivo criar **condições materiais e institucionais** para que os hospitais universitários federais possam desempenhar **plenamente** suas funções em relação às dimensões de **ensino, pesquisa e extensão e à dimensão da assistência à saúde**. (BRASIL, 2010a, grifos nossos).

Fernanda Sant'Ana Tristão (2016), em sua tese de doutorado tem a seguinte compreensão sobre a reestruturação dos hospitais universitários federais, abrindo a divergência com sua crítica:

Compreendo a **reestruturação dos hospitais universitários federais** proposta pelo **Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF)** como uma estratégia para **conhecer e identificar as instituições hospitalares, assim como os sujeitos trabalhadores da área da saúde**. Que é sustentado pela crise da saúde, **discurso produzido e reproduzido pela mídia digital** como estratégia de construção **de um modo de governar gerenciar** os hospitais (TRISTÃO, 2016, p. 325, grifos nossos).

Assim, Tristão (2016) argumenta que, para que esse processo de reestruturação ocorra, o Estado, no ato de promoção de formação de profissionais da área da saúde, influencia no envolvimento destes, de modo que tais sujeitos se identifiquem como responsáveis imediatos sobre a qualidade do serviço e, assim, busquem capacitação para atingirem resultados positivos, consoante às metas de produtividade que lhes foram propostas.

Esse investimento que o Estado faz na autoformação dos trabalhadores é de forma “que cada um passe a ser empreendedor de si, sujeitos dotados de certo grau de autonomia e capital intelectual”; dessa maneira, estão aptos a tomarem decisões. Ele ainda “utiliza estratégias que atuam pedagogicamente sobre os indivíduos, sensibilizando-os, ensinando-os, apontando caminhos e modos de caminhar, isto é, atua sobre as mentes dos indivíduos, exercendo práticas que se restringiam aos espaços escolares”. Condicionantes postas como de necessidades para o desempenho pleno dos HUFs nas dimensões: ensino, pesquisa, extensão e de assistência à saúde (TRISTÃO, 2016, p. 14-15).

Nesse contexto, a autora, incorporando os estudos de Michel Foucault, assevera que “a reestruturação dos hospitais universitários federais parece ser uma estratégia de governamentalidade”, que visa também o governo “das almas e das mentes, na medida em que se ocupa com a produção de subjetividades alinhada a perspectiva neoliberal” (TRISTÃO, 2016, p. 15).

Analisando essa mesma temática, Dardot e Laval (2016, s.p.) afirmam:

O capitalismo não cresce simplesmente porque conquista novos territórios, submete populações cada vez maiores, transforma em mercadoria todos os frutos da atividade humana. Certamente, este é o modo clássico da acumulação capitalista tal como foi analisado por Marx, Rosa Luxemburgo e Hilferding. Mas o capitalismo cresce também de outra maneira, a qual, mesmo sendo quase sempre esquecida, não é menos poderosa: a da difusão social de um sistema de regras de ação. Este sistema de normas ultrapassa largamente aquele da empresa para abraçar, por meio de um processo de ligações cruzadas, múltiplas instituições e relações sociais. Longe de ser, como se acredita, um obstáculo à extensão da lógica do mercado, o Estado tornou-se um de seus principais agentes, se não o seu principal vetor. Sob seu controle, os instrumentos de política pública herdados da gestão social-democrática e keynesiana tornaram-se, paradoxalmente, alavancas para transformar, de dentro, a lógica de funcionamento da ação pública em função de uma mudança profunda da sociedade. Por isso, é perfeitamente inepto pensar essa transformação nos termos convencionais como se viesse para limitar a intervenção governamental: ela não vem para limitá-la, mas, em certo sentido, vem para estendê-la, ou melhor, vem para transformar o Estado e para expandir a lógica do mercado.

Nesse processo, o público e o privado se entrelaçam de tal maneira que se torna difícil entendê-los e analisá-los em separado, pois a complementaridade e a indissociabilidade jurídica, econômica e financeira é cada vez mais intensa. Nesse sentido, abordaremos o que foi verificado a partir da intencionalidade vislumbrada e do reflexo experimentado pelos Hospitais Universitários Federais (HUFs).

Concordando com Renato Casara (2018), diria que o discurso de crise é ideológico, e, como um elemento retórico, é capaz de ocultar as características estruturantes do atual modelo brasileiro de Estado. Trata-se de uma ideologia que passou a ser usada pra ocultar uma opção política por manobras e ações justificadas pela falsa urgência ou caráter extraordinário do momento.⁹

Ainda há que se destacar os chamados “pânicos do poder”, abordagem da Sociologia sobre os escândalos no Brasil, que Grün (2018) discute, na qual a mídia cria “demônios” e acaba ratificando posições e discursos como verdadeiros, o que provoca repercussões em que a ação atinge o imediatismo e não a essência do problema. Nesta seara, podemos elencar a cobertura feita pelo programa “Fantástico”, da TV Globo — que foi e é enorme e tem significativo poder de influência —, que, ao destacar a crise dos hospitais universitários federais do Rio de Janeiro, reforçou/direcionou a ação do governo em criar uma reestruturação da gestão hospitalar¹⁰, já que o discurso de pânico era que este era o grande gargalo dos HUFs.

⁹ Exemplos históricos da atualidade: a necessidade de urgências das reformas trabalhistas e previdenciária. Assim como a PEC dos Gastos Públicos e, igualmente, a das mudanças no Ensino Médio.

¹⁰ Sobre esse episódio, maior detalhamento pode ser verificado a partir de Tristão (2016).

1.1 - Uma metodologia em construção frente à pesquisa

Para entendermos como se deu a implementação desse modelo de gestão pública em que empresas públicas como a EBSEH, a partir da correlação com uma determinada política específica, passam a atuar num determinado espaço geográfico, será necessário refletir sobre as diretrizes institucionais que sustentam a maneira de agir da administração pública no tocante à disponibilização de serviços públicos.

No caso em tela de nosso objeto de pesquisa — os serviços de saúde pública, oferecidos via Hospitais Universitários Federais —, buscamos a compreensão nos referenciais teóricos acerca da relação Estado e Saúde Pública e da necessidade (do “por quê?” e “para quem?”) da ocorrência da reestruturação dos hospitais universitários vinculados às universidades federais.

Nesse viés, trabalhamos, pois, com a abordagem integrada para a análise da política governamental de reestruturação dos hospitais universitários executada nacionalmente, mas com o recorte de análise no HU-UFGD.

Assim, o escopo é dar conta da totalidade e do específico, apontando suas tensões e contradições.

[...] o singular e o geral não existem de maneira independente, mas somente por meio de formações materiais particulares [...] o singular e o geral estão organicamente ligados um ao outro, interpenetrando-se e só podem ser separados no estado puro por abstração. A correlação do singular e do geral no particular (formação material, coisa, processo) manifesta-se como correlação de aspectos únicos em seu gênero, que são próprios apenas a uma formação material dada, e a aspectos que se repetem nesse ou naquele grupo de outras formações materiais (CHEPTULIN, 1982, p. 194-195).

Com essa compreensão, a descrição da implementação e operacionalização do REHUF no HU-UFGD representa uma especificidade orientada por uma política governamental de âmbito nacional. Nesse contexto, vários procedimentos foram necessários para propiciar uma pesquisa de natureza aplicada, ou seja, uma Geografia que realize uma leitura sobre a Saúde, especificamente nos HUFs.

Considerando a complexidade analítica do tema, este trabalho faz o uso de vários métodos, conforme as contingências que surgiram no percurso, e é por isso que fatores imprevisíveis no caminhar da pesquisa nos levaram a não optar por um único método.

Na era do caos, do indeterminismo e da incerteza, os métodos científicos andam com seu prestígio abalado. Apesar da sua reconhecida importância, hoje, mais do que nunca, se percebe que a ciência não é fruto de um roteiro de criação totalmente previsível. Portanto, não há apenas uma maneira de raciocínio capaz de dar conta do complexo mundo das investigações

científicas. O ideal seria você empregar métodos, e não um método em particular, que ampliem as possibilidades de análise e obtenção de respostas para o problema proposto na pesquisa. (SILVA e MENEZES, 2005, p. 28).

O método dedutivo se fez presente na pesquisa porque explicar-se-á o conteúdo das premissas pela racionalidade, pela razão, por uma cadeia de raciocínio de ordem descendente, ou seja, de uma análise do geral ao particular em que se chega a uma conclusão.

Por outro lado, também foi necessário utilizar o método dedutivo, haja vista que a empiria propõe que o conhecimento fundamenta-se na experiência, posto que, neste caso, as generalizações são derivadas das observações da realidade concreta, ou seja, determinadas constatações particulares contribuem para elaborar-se generalizações. Nesse sentido, pelo fato deste pesquisador ser servidor, pôde ser olhado como as relações ocorreram e ocorrem no HU-UFGD, ajudando, assim, a produzir, a partir do empírico, reconhecimentos gerais.

Interessante, ainda, é que o próprio método indutivo nos levou ao hipotético-dedutivo, porque, partindo-se da hipótese que com essa nova forma de gestão hospitalar, representada pelos marcos históricos (criação do REHUF e da EBSEH), que em tese possibilitariam “plenamente” aos HUFs desempenharem suas competências, bem como minimizar a precarização do trabalho, na análise empírica do HU-UFGD, e mesmo nas análises quantitativas e qualitativas do universo desses nosocômios universitários, tais proposições podem ser falseadas e/ou de desconstruídas, conforme poderá ser mais bem observado nas análises subsequentes presentes nos capítulos desta dissertação.

Também, foi importante utilizarmos o dialético, posto que ele “é um método de interpretação dinâmica e totalizante da realidade. Considera que os fatos não podem ser considerados fora de um contexto social, político, econômico, etc.”, utilizado, portanto, na pesquisa qualitativa (GIL, 1999; LAKATOS e MARCONI, 1993, *apud* SILVA e MENEZES, 2005).

À medida que as reformas no campo da saúde pública foram aceleradas no mundo frente à crise do Estado do Bem-Estar Social na Europa e a onda reformista tomou conta do cenário internacional, o modelo “hospitalocêntrico” foi sendo preterido. No Brasil, conseguiu-se inscrever no texto constitucional (CF, 1988) um modelo de Sistema Único de Saúde universal, que até hoje busca ser consolidado e que chega à década de 2010, no caso dos HUFs, com a avaliação — pelo menos governamental — de que a problemática será resolvida a partir de ferramentas gerenciais/administrativas,

e o Estado tornando-se mais regulador que provedor de saúde, utilizando-se de formas de publicização para gerir o setor.

Partimos do pressuposto que, dada a diversidade de trabalhadores existente no HU-UFGD, cada sujeito, diverso¹¹, tem uma percepção sobre o HU-UFGD e a EBSEH, seja por seu *status quo* atual, ou como se compreende e se interpreta no contexto desta dinâmica. Uma abordagem fenomenológica parte da interpretação que cada ser tem sobre o hospital. Nesse sentido, uma observação participante seria importante, todavia, nesta dissertação, somente faremos uso de leituras feitas por outros pesquisadores, que fizeram uma pesquisa antropológica no HU-UFGD, tentando, desta feita, dialogar com a discussão política que o tema/objeto desta pesquisa traz.

Esta pesquisa no HU-UFGD, embora visando trazer para a discussão/debate dados consolidados, evidenciando um histórico e trato da política — via programa REHUF e seus desdobramentos —, possibilitou enxergarmos esse lugar sob vários ângulos, que ora os percebemos conforme a pesquisa ia avançando. Assim, esse lugar possui interfaces ricas para explorar, para além do nosso objeto de pesquisa, e que se entrecruzam e se imbricam no que chamamos de dinâmica “sócio-espacial”, em uma aproximação à concepção de Marcelo Lopes de Souza (2013), e também converge com a proposição de Milton Santos (1977) de Formação Econômica e Social, de uma sociedade em constante transformação (formação) no espaço social.

Partilhamos da concepção de que nada é neutro, assim, esta dissertação, mesmo que incipientemente, é, talvez, a luta por uma nova espacialidade. O início da trilha pode ser pensado em termos de políticas públicas, ações de governo que viabilizem e dignifiquem/visibilizem esse pessoal fronteiro (idem – usuários) e/ou que faça uma leitura do programa REHUF e do SUS, interdisciplinar, humana e geográfica. A busca por essa nova imaginação, que seja a fronteira (a política pública/política social) um caminho de esperança e humanidades, de espaços dobráveis, inclusivos, pode ser a linha condutora. E, assim, ler e pesquisar são sim atos políticos, que propõem entender e

¹¹ Destaca-se que vários sujeitos, de lugares diferentes, vieram para o HU-UFGD quando foram aprovados no concurso da EBSEH. A saber, o HU-UFGD tem servidores advindos do estado da Bahia. Explicitamos isso somente para ter-se uma ideia da movimentação regional (de pessoas) frente aos concursos lançados pela EBSEH objetivando o provimento de pessoal. De forma geral, vários migraram para Dourados-MS; alguns, tentando voltar para sua cidade de origem, permanecem com a esperança de permuta, transferência, redistribuição, e outros já não pensam em voltar mais. Interessante é que no HU-UFGD as vivências regionais dos sujeitos se entrecruzam, são de “entre-lugares”. Eles são diversos também porque são várias as funções, os cargos e os poderes de cada um no contexto do ambiente organizacional hospitalar.

realizar leituras com outros olhares, objetivando diálogos coetâneos e olhares humanos, múltiplos, diversos, espirais, interdisciplinares.

Freire de Souza (2016) pesquisou o HU-UFGD, e com base em sua análise do ser nas relações discursivas e práticas, trouxe à tona, no seu exercício de territorializar outros espaços (que ela relata ter conseguido êxito no HU-UFGD, podemos dizer que fez uma geografia antropológica), a discrepância entre o discurso oficial e o realizado/praticado no cotidiano, consoante às relações de poder existentes no ambiente intra-hospitalar.

Por sua vez, temos Martins (2010, p 70), que trouxe, numa perspectiva quase que de ensaio, ao nosso entender, a sua experiência nesse órgão, enquanto gestora de uma Gerência de Humanização à época (no organograma atual não há mais essa gerência), da difícil missão de implementar e trabalhar a Política Nacional de Humanização diante da lógica biomédica, produtivista e de “trabalhadores anestesiados, esgotados e silenciados, por condições de trabalho aquém das necessidades de saúde da comunidade”; todavia, o contraponto gerou nas equipes uma outra forma de olhar a saúde, uma visão mais horizontalizada, em meio à hierarquização verticalizada.

Não obstante, recentemente Zeferino (2019) traz o debate sobre uma forma também horizontal (em tese), um projeto que ainda é piloto no HU-UFGD, tentando aplicar uma ferramenta gerencial, da administração gerencial — ou da NGP — quer seja, o Contrato Interno de Gestão, este a ser coadunado à contratualização hospitalar pactuada com o gestor pleno do SUS (Município de Dourados/MS), e que representa uma forma de corresponsabilizar equipes por metas, mas que, por outro lado, abre possibilidades para discussões das equipes para pensar em conjunto as problemáticas a serem enfrentadas no cotidiano, consoante não somente ao que se tem pactuado externamente, mas internamente, entre os Grupos de Trabalhos, denominados Unidades de Produção (UPs) e a Gerência de Atenção à Saúde.

O que podemos apreender com o sequencial de abordagens de pesquisas sobre o HU-UFGD, sem julgar *a priori* o mérito do resultado de determinado estudo em específico, é que esse local (hospital) abre possibilidades para diversas investigações, que se entrecruzam em meio à política do SUS. Entendemos que é importante não se fechar ao diálogo.

Quando fomos a Curitiba, por ocasião do IX Simpósio Nacional de Geografia da Saúde – Geosaúde 2019, deparamo-nos com um lema que consideramos que deva ser uma bandeira do SUS, ao qual o replicamos: “Em defesa do SUS... MAIS Geografia”

(GEOSAÚDE, 2019). Pois entendemos que estudos aplicados enriquecem e oportunizam consequentes diagnósticos.

Nos encontros casuais desse simpósio, conversamos com pesquisadores de outras instituições e com alguns da própria UFGD e, a partir de diálogo com um jovem pesquisador de iniciação científica conterrâneo, percebemos que o hospital universitário de Dourados pode ser, para a Geografia, um campo interessante. O acadêmico de Geografia da UFGD em questão nos fez enxergar, no *insight* lançado aleatoriamente por ele, grande potencial.

Por que não fazer um mapeamento de todas as pessoas que vão ao HU? O mapeamento é para além do local de saída, ou seja, evidenciar o tempo de trânsito, o tempo de permanência, espera para atendimento, as especialidades mais procuradas, os municípios que mais transitam, os casos solucionados e os não resolvidos, direcionados para outras instituições... Ou seja, uma cartografia geográfica de uso do HU-UFGD pelo usuário.

Tivemos, ali, uma visão muito perspicaz desse pesquisador, somente pensamos que tais projetos devem iniciar já na iniciação científica, dada a complexidade e tempo necessários, mas, sobremaneira, são potenciais que podem agregar e ser uma espécie de aplicação interessante a serviço da análise espacial, bem como um diagnóstico importante para o SUS.

Por que o HU-UFGD tem dinamicidade? No contexto mais próximo da nossa temática de pesquisa, considerando aproximações mais visíveis, podemos inferir que ele é dinâmico porque apresenta, no mínimo, três territorializações: com o município de Dourados, já que este é o gestor pleno do SUS e a contratualização é feita com este ente federativo; com a UFGD, pois ele é um órgão suplementar vinculado a ela, ou seja, há uma relação de “mãe-filho”, essa guarda foi transferida; a genitora permanece com poder, posto que indica a governança do HU-UFGD, e em especial o diretor-geral, todavia ela é quase que compartilhada, haja vista que o diretor-geral, sob a tutela da EBSEH, metamorfoseia-se em sujeito político, o qual relaciona-se com a empresa sob o manto do cargo comissionado de Superintendente do HU-UFGD, de prestígio significativo, e que torna o hospital quase que uma entidade autônoma — sendo, orçamentariamente, uma própria unidade gestora.

Do ponto de vista da análise geográfica, é complexo estabelecer um limite nessa fronteira entre UFGD, HU, EBSEH e Estado. É perceptível a existência de um espaço híbrido. Nesse sentido, de espaço *híbrido e metamorfoseado*, é que ocorre a ação

intitulada **Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais**, política implantada no campo das ações estatais na área da saúde, nos HUFs. Portanto, torna-se necessário investigar o uso do território, para dar luz à complexidade espacial.

Vivimos con una noción de territorio heredada de la modernidad incompleta y de su legado de conceptos puros, muchas veces prácticamente intangibles atravesando los siglos. Es el uso del territorio, y no el territorio en sí mismo, lo que lo hace objeto de análisis social. Se trata de una forma impura, un híbrido, una noción que, por ello, requiere constante revisión histórica. Lo que tiene de permanente es ser nuestro cuadro de vida. Su entendimiento es, pues, fundamental para alejar el riesgo de alienación, el riesgo de pérdida del sentido de la existencia individual o colectiva, el riesgo de renuncia al futuro. (SANTOS, 1994, p. 15, *apud* SILVEIRA, 2008, p. 2).

O que em última análise queremos elencar é que devemos, “a Geografia” e outras áreas do conhecimento, deixar uma ponte aberta para adentrar nesse campo que pode ser pesquisado não só por uma área específica, talvez seja a possibilidade de romper com a lógica hegemônica de determinadas áreas produzirem investigações e ditarem padrões a serem seguidos, inclusive modelos sistemáticos, que não dialogam ou não estabelecem mediações para quem pensa diferente ou que parte do processo saúde-doença como instância produzida pela organização social e/ou que considera a saúde como resultante de desigualdades sociais.

Todavia, sabemos que, consoante a gama potencial existente para pesquisas em diversas áreas do conhecimento, cada análise dependerá dos sujeitos provocadores e das contingências estatais e intra-hospitalares presentes em determinadas temporalidades, e como as relações de poderes estão metamorfoseadas e presentes quando se atuar em pesquisa.

Uma importante pesquisadora nessa celeuma, que ampliou a nossa percepção e que proporcionou que problematizássemos mais ainda e não ficássemos com a missão de dar respostas acabadas, únicas, irrefutáveis nesta dissertação, foi Tristão (2016). Ela utilizou-se de uma metodologia de estudos culturais para fazer a defesa da tese de que a reforma implementada a partir de 1995 no Brasil por Bresser-Pereira segue os pressupostos da NGP, e esse paradigma, em meio ao cenário de ajuste fiscal, ao localizar e identificar os trabalhadores dos HUFs, é considerado uma forma de governar/gestar tais sujeitos, corresponsabilizando-os no cumprimento de metas, no constante autoaperfeiçoamento e autoformação, ou seja, acaba produzindo um governo das almas e das mentes.

Esse governmentamento pode ser expresso nos discursos e práticas intra-hospitalares, na busca por produzir excelência. A questão seria: se tal excelência se resume ao cumprimento de determinadas metas de produção, a sociedade, que necessita atualmente de esperança, de condições de moradia digna, de emprego, de saneamento básico e de lazer, que são produtores de estados de saúde, não estaria sendo deixada à mercê?

E essas metas conseguem respeitar os sujeitos enquanto multiplicidade de etnias, de humanidades, ou não dialogam com o processo saúde-doença? Ademais, as “ilhas de excelência” — HUFs — estão alinhadas com os princípios referenciais do SUS ou com a racionalidade empresarial?

Desse modo, entendemos que teremos de vislumbrar o que de fato queremos: um SUS e uma educação como política de Estado ou como política de governo? Mais que isso, queremos caminhar para uma democracia delegativa (nossas esperanças estariam delegadas tão somente à EBSERH, por exemplo, como solução?) ou para uma democracia consolidada (queremos um SUS que dá certo e não abrimos mão, nesse ninguém mexe! Vamos melhorá-lo, consolidá-lo!) no contexto da disputa de classes no seio do Estado?

Importa, ainda, asseverarmos nossa percepção. Na busca bibliográfica sobre o REHUF, o que mais encontramos são trabalhos sobre a EBSERH, ela passando a gerir os financiamentos. O enfoque das pesquisas se dá na EBSERH, poucas discutem efetivamente o REHUF, mas, ao mesmo tempo, vemos que esse programa foi criado para ser protagonista de uma reestruturação. Entretanto, como o espaço-social é movimento, a instituição da EBSERH, a qual passou a ser a gestora do REHUF, a torna de uma coadjuvante à protagonista da “cena” estatal; administra os hospitais universitários, bem como os seus recursos de financiamento.

No contexto local do HU-UFGD, não encontramos nenhum trabalho sobre o REHUF, e, mais que isso, nenhum sobre a EBSERH. É no mínimo interessante durante já 6 anos dessa empresa não termos pesquisas sobre ela atuando no hospital.

1.2 - Mais percursos metodológicos — procedimentos adotados

Como já evidenciamos, a análise do problema foi feita por pesquisa quantitativa combinada com qualitativa, em que pese pensarmos que a abordagem

integrada que buscamos requer essa opção. Com tais pressupostos, os seguintes procedimentos de pesquisa utilizados foram: revisão na literatura de material bibliográfico, referenciado na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (no endereço <http://bdtd.ibict.br/vufind/>), e levantamento documental sobre o tema, principalmente os relacionados ao período temporal à época da gestão sem a presença da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e os consolidados a partir da reconfiguração representada por essa empresa pública, os quais serviram para analisar a dinâmica desse processo.

Como foi feito isso no HU-UFGD? Fizemos perguntas nos setores do HU-UFGD durante o trabalho de campo e interpretamos essas informações, além de ter colhido os dados disponíveis (consolidados) nos setores. Não haverá menção de pessoas no trabalho, mas de determinados setores, considerando a institucionalidade das ações.

Destaque-se, ainda, que essa pesquisa, no âmbito do HU-UFGD, foi aprovada junto à Comissão de Avaliação de Pesquisa e Extensão (CAPE – HU-UFGD), condição necessária para poder-se pesquisar neste nosocômio; não envolve seres humanos e é constituída a partir de dados consolidados por alguns de seus setores, permitindo, dessa maneira, um diagnóstico sobre a gestão do REHUF.

No trabalho de campo, fomos até os setores por onde a ação REHUF perpassa (principalmente, Divisão Administrativa e Financeira e setores vinculados, Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação, Divisão de Logística e Infraestrutura e setores vinculados, e Divisão de Gestão de Pessoas) e solicitamos as informações sobre a inserção do HU-UFGD considerando, ano a ano, a aplicação da ação em voga desde sua criação. Assim, os dados que estão consolidados são salutares para demonstrar o impacto dessa política.

Para viabilizar nossa pesquisa, foram pensados alguns *insights* que ajudaram em sua construção, quais sejam: 1) a necessidade de reestruturar os hospitais, 2) a questão do custeio de um hospital de ensino, 3) a necessidade de aporte de pessoal, e 4) a EBSERH, criada para incrementar recursos humanos, gerir o REHUF e para melhorar/capacitar a gestão dos HUFs; e um último passo foi a análise da inserção do HU-UFGD no REHUF.

As áreas que mereceram destaque no Decreto nº 7.802, de 27 de janeiro de 2010, nos são apresentadas no art. 6º:

[...] A universidade apresentará aos Ministérios da Educação e da Saúde plano de reestruturação do hospital universitário, aprovado por seu respectivo

órgão superior, ouvida a instância de governança de que trata o inciso VIII do art. 5º

Parágrafo único. O Plano de Reestruturação do Hospital Universitário deverá conter:

I - diagnóstico situacional da **infraestrutura física, tecnológica e de recursos humanos;**

II - especificação das necessidades de reestruturação da **infraestrutura física e tecnológica;**

III - análise do impacto financeiro previsto para desenvolvimento das ações de reestruturação do hospital;

IV - elaboração de diagnóstico da **situação de recursos humanos;** e

V - proposta de cronograma para a implantação do Plano de Reestruturação, **vinculando-o ao desenvolvimento de atividades e metas.** (BRASIL, 2010a).

Assim, reforçou-se a necessidade de analisar tais pontos focais no contexto da dinâmica da ação REHUF no HU-UFGD. Após descrever esse “percurso”, passemos ao contexto do fenômeno.

1.3 - Contextualizando o problema

A gestão dos HUs passou a ser feita pela EBSERH, a qual passou a ser a gestora do REHUF. Em tendo essa competência, configurou-se como a solução “jurídico administrativa-sustentável” proposta como única possibilidade para que os HUs desempenhassem *plenamente* suas atribuições no contexto do SUS, pelo menos do ponto de vista governamental. Assim, na proposição desse caminho, que utiliza pressupostos gerenciais, fica explícito o viés de administração privada imbricado num espaço público, mesmo sendo administrado por uma empresa que ainda é pública.

O REHUF veio para solucionar a questão da precarização da mão de obra dos HUs, todavia, nessa contratação via concursos regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, o tom da gestão fica explicitamente alinhado com o modelo empresarial, no sentido de cumprimento de metas. Por outro lado, tais servidores não têm direito à estabilidade, posto isso, parece assim gerar uma espécie de fragilidade nesta tipologia de provimento de pessoal.

No entanto, fato relevante é verificar se, após estes 8 anos da ação REHUF, a disponibilização dos serviços de saúde nos HUs se aliou mais ao cumprimento de metas pactuados com os municípios e estados ou, para além desse cumprimento, ofereceu cobertura universal nas demandas de média e alta complexidade¹² e/ou precarizou seu

¹² Segundo o CONASS, conforme a *Coleção Progestores - Para entender a gestão do SUS*, edição de nº 9 - os conceitos da atenção básica e da atenção em média e alta complexidade, podem assim serem

oferecimento de serviço de saúde. Essa mensuração tornar-se-á salutar para medir o desempenho efetivo dessa ação de governo.

Os Hospitais Universitários Federais se fazem presentes na maioria das Unidades da Federação e, em 2018, de um total de 50 hospitais, 40 possuíam contratos com a EBSERH. Portanto, são “cogestados” por essa empresa pública e pela

compreendidos (BRASIL, 2007, p. 16): “A Portaria do Ministério da Saúde n. 648/2006, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), define assim **a atenção básica em saúde**, em seu anexo (...) *A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, e dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (...) A atenção básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde*”. A Coleção (BRASIL, 2007, p. 17) ampara-se na definição de **média complexidade** instituída pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do MS, disponível no sítio eletrônico do governo: “*A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento*”. Ainda, é importante destacar acréscimo à definição trazido na Coleção (BRASIL, 2007, p. 17-18) em face de contribuição oriunda do material de apoio intitulado “O SUS de A a Z”, disponível na página eletrônica do Departamento de Atenção Básica do MS, o qual foi construído em conjunto com o CONASEMS. Acrescenta-se, portanto, a relação dos grupos que compõem os **procedimentos de média complexidade do Sistema de Informações Ambulatoriais (SAI)**: “*procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros profissionais de nível superior e nível médio; cirurgias ambulatoriais especializadas; procedimentos traumatológico-ortopédico; ações especializadas em odontologia; patologia clínica; anatomopatologia e citopatologia; radiodiagnóstico; exames ultrassonográficos; diagnose; fisioterapia; terapias especializadas; próteses e órteses; anestesia*”. E, recorrendo ao mesmo material de apoio, a Coleção (BRASIL, 2007, p. 18-19) traz o conceito de **alta complexidade**, nos seguintes termos: “*Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). Principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, organizadas em redes são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumatologia-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras lábio-palatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e o tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica; terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfeita; fibrose cística e reprodução assistida. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se relacionados na tabela do SUS, em sua maioria no Sistema de Informação Hospitalar, e estão também no Sistema de Informações Ambulatoriais em pequena quantidade, mas com impacto financeiro extremamente alto, como é o caso dos procedimentos de diálise, quimioterapia, radioterapia e hemoterapia.” Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/collec_progestores_livro9.pdf> Acesso em: 12 de fev. 2020.*

universidade de vinculação, o que demonstra o alinhamento com a forma de governar típica do Estado, que se utiliza de instrumentos de reformas administrativas/gerenciais como “soluções” para as crises.

Com esse montante de hospitais existentes no Brasil, torna-se salutar pesquisar o que o REHUF e a EBSEH, em cada nosocômio disposto no território brasileiro, impactaram no atendimento de média e alta complexidade no contexto do SUS (de cunho universal), bem como possíveis “cenários”. Urge mencionar que os HUs sofreram, ao longo de sua história, constantes ações do Estado, o que os diferem dos outros hospitais (EBSEH, 2018; PEREIRA JÚNIOR, 2018).

Ainda, pode-se destacar que:

Apesar da pequena quantidade, os HUFs estão entre as principais instituições de formação de profissionais de nível técnico, de graduação e pós-graduação do país, assim como são importantes centros de referência em pesquisa e inovação tecnológica e em assistência à saúde de média e alta complexidade. (PEREIRA JÚNIOR, 2018, p. 47).

Deste modo, tornam-se um campo e uma materialidade existente propícios à análise de avaliações das ações de governo. Pesquisas sobre ações como o REHUF, ações ora que estão alinhadas aos pressupostos neoliberais, poderão tornar visíveis os impactos produzidos no espaço e na sociedade. E, conforme as análises, subsidiar e/ou redirecionar tais políticas/programas, mas, igualmente, referenciar a luta dos movimentos populares. Segundo Garcia (2001), é preciso medir o desempenho, a eficácia e a efetividade das intervenções estatais, portanto, faz-se necessário um processo contínuo de avaliações dessas ações.

O trabalho verificou que foi construído um arcabouço legal-institucional para a implementação do REHUF e da empresa EBSEH. O programa foi uma estratégia do governo para a resolução da problemática da “crise” da saúde pública através de uma solução de perspectiva gerencial ao utilizar ferramentas da NGP. E isso foi influenciado pela história dos hospitais no mundo e no Brasil.

Destaca-se que a fase atual de ideia central de reformas administrativas/gerenciais busca eficiência e assevera que tudo é problema de gestão. Há divergências de posicionamentos, publicistas veem a EBSEH como gestão moderna, necessária diante da complexidade da organização hospitalar universitária; por outro lado, há quem demonstre preocupação com a perda do caráter público e pela precarização da vinculação celetista, perda da autonomia universitária e alinhamento aos pressupostos mercadológicos.

Tanto o REHUF como a EBSEERH, que se tornou a sua gestora, desde o momento de suas criações figuram como marcos históricos a partir da década de 2010. Em menos de 10 anos da existência dessas estratégias de governo, é inegável a vultosa quantia de recursos advindos do REHUF, como poderá ser observado na tabela que detalha o interstício de 2010–2018 na análise do HU-UFGD. Ademais, percebe-se que o provimento de recursos humanos está a acontecer por concursos ebseerhianos (celetistas), parece ser latente a considerável redução dos vínculos estatutários dos servidores públicos (Lei 8.112, de 1990).

Os recursos do REHUF dão fôlego à administração dos HUFs, posto que, somente com a contratualização com os municípios e a interveniência de seu estado federado, não conseguiriam ser destaque entre os serviços hospitalares, porque é perceptível que constantemente é preciso aporte de recursos humanos, de infraestrutura e de tecnologia para funcionarem eficaz e eficientemente, e estas são balizas de intervenção do REHUF.

O provimento de recursos humanos está acontecendo pela EBSEERH, o que resolve *a priori* o problema histórico da mão de obra precarizada, porém, ainda deixa para o hospital a difícil tarefa de organizar processos e trabalhos com pessoal com vínculos, direitos e deveres assimétricos; há uma miscelânea de força de trabalho nos HUFs.

O Governo Federal não optou em realizar concursos sob o regime jurídico dos servidores públicos (Lei 8.112, de 1990), que tem estabilidade, e optou por contratações via EBSEERH, que não tem direito a este instituto, assim não optando por melhorar a carreira dos técnicos administrativos da área assistencial, vinculados ao Ministério da Educação. A EBSEERH tem remuneração superior ao mercado e atrai mais profissionais, o que gera descontentamento entre profissionais de vínculos diferentes, já que a remuneração não é isonômica. O universo da EBSEERH, portanto, precisa ainda de investigações robustas.

Como a tendência é o provimento via EBSEERH se consolidar, a incógnita, em futuro próximo, essa então forma de publicização, que por enquanto é pública, não seja privatizada — como está idealizada por exemplo para os Correios, no governo Bolsonaro (2019) —, e assim o caráter público se torne restrito e obrigue a contratação de planos privados.

Salutar, portanto, as universidades não deixarem de indicar a direção dos HUFs e não abandonarem seus órgãos suplementares. Sem falar que a presidência da

EBSERH é determinante no julgamento dessa indicação, ou seja, tem-se que passar por esse crivo; portanto, existe um jogo político em ação constantemente.

Uma outra interessante reflexão se faz necessária: a trajetória dessa pesquisa possibilitou que expuséssemos um recorte de nossa pesquisa no III Encontro Internacional de Gestão, Desenvolvimento e Inovação, promovida pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – curso de Administração, do campus de Naviraí (MS).

Nosso artigo — *Hospitais universitários federais e a fase de reformas administrativas/gerenciais iniciadas na década de 2010* — foi apresentado dentro do eixo “Gestão de organizações públicas e privadas”. De alguma forma, o diálogo interdisciplinar que ocorreu nesse Encontro Internacional de Gestão, Desenvolvimento e Inovação – EIGEDIN 2019 nos permitiu uma percepção rica conforme as trocas estabelecidas.

Mais que essas considerações, percebemos que este momento atual da administração gerencial, que coloca o servidor como protagonista deste tempo, ainda não recebeu a receptividade por parte deste, que continua a replicar práticas do modelo de administração burocrática, sem se entender partícipe. E, também compreendemos, que o período contemporâneo demonstra um Estado colocando a culpa nos seus servidores pela crise fiscal, reduzindo direitos, empurrando abonos salariais que não incorporam à aposentadoria, e, assim como explicitado na discussão, ele acaba colocando na tecnologia a solução final. Julgamos que ela sozinha não resolve, e que sem servidor o serviço não ocorre. É, portanto, funcional sua existência.

Uma outra observação a ser feita é de alerta a movimentos com o depósito de expectativas em organizações sociais, como no caso do projeto FUTURE-SE¹³, pois

¹³ O FUTURE-SE — Programa Institutos e Universidades Empreendedoras e Inovadoras — é um projeto do governo Bolsonaro (2019). Q proposta foi lançada pelo MEC em 17 de julho de 2019 e, em resumo, ela visa à contratação de organizações sociais e fomento de financiamento por meio de fundos privados. Por sua vez, ainda é alvo de discussão na comunidade acadêmica, com número expressivo de universidades manifestando-se contrárias. O discurso do governo é que, com o FUTURE-SE, será aumentada a autonomia administrativa das universidades, A proposição surge no momento que essas instituições sofreram contingenciamento orçamentário (o governo alegava crise fiscal para adotar o “contingenciamento”) e assim apontou como “solução” firmar-se parceria entre a União, as universidades e as organizações sociais. Por enquanto, o projeto é apenas um rascunho. Foi aberta consulta pública para sugestões e comentários dos cidadãos. O MEC compilaria e analisaria se faria mudanças no texto a ser apresentado ao Congresso Nacional, em formato de projeto de lei ou de decreto do Poder Executivo. Ocorre que, em 30 de janeiro de 2020, o secretário de Educação Superior do MEC, Arnaldo Barbosa de Lima Júnior, pediu demissão do cargo. Essa secretaria lida com orçamento das federais e com projetos como o FUTURE-SE. O portal de notícias G1, em matéria de 30/01/2020, traz: “No ‘Future-se’, a gestão da universidade passaria a ser feita com o ‘apoio’ de organizações sociais. Em troca, as reitorias passariam a acessar novas fontes de recursos, como fundos de investimento com dinheiro público e privado, cessão dos ‘naming rights’ de edifícios e campi para empresas privadas e programas de inovação e registro comercial de patentes”. Disponível em:

esse cenário coloca em xeque políticas que deveriam ser de Estado, como saúde e educação.

Outra discussão interessante foi sobre o discurso do empreendedorismo, que, na verdade, esconde 4 milhões de pessoas vivendo na informalidade, que não estão empreendendo facultativamente, mas porque foram obrigadas para sobreviver. O que reforça a necessidade de não sermos cétricos aos discursos na área da saúde, mais especificamente sobre sua gestão, modelos que estão propondo “soluções plenas”.

Não deixamos de elencar que essa pesquisa possui limites, mas ela também abre possibilidades para que futuros estudos possam ser feitos numa amplitude de análise maior, pesquisas, por exemplo, que evidenciem a perspectiva de conflito que representou a inserção da EBSEH na UFGD. As diversas escalas, nesse caso, poderão ser melhor investigadas, sem deixar, nessa porventura oportunidade, de ouvir a todos — direita e esquerda — a partir da entrada em cena dessa ossatura material do Estado, seu transcurso, desdobramentos e relações com a UFGD, o SUS, os profissionais da saúde e os usuários.

1.4 - A estrutura da dissertação

No **capítulo 1**, fazemos uma breve revisão histórica dos hospitais no mundo e no Brasil; assim, identificamos as tendências atuais relativas a essa temática.

No **capítulo 2**, a abordagem trazida é sobre os principais momentos históricos dos hospitais universitários, a começar pela relação com as escolas médicas surgidas antes dos hospitais de ensino até chegar-se à fase de reformas administrativas dos HUFs brasileiros. Para além da análise histórica das intervenções que modificaram e sequenciaram as políticas para os hospitais universitários federais, damos destaque para as reformas administrativas e gerenciais, iniciadas na década de 2010 (REHUF e EBSEH).

Ainda, trazemos a abordagem/detalhamento sobre a estrutura presente nos HUFs brasileiros, para assim identificá-los e, no detalhamento constatado em termos de estruturação, poder ratificar seus patamares no âmbito dos hospitais existentes, o que permitiu também os enxergar em relação à sua disposição nas cinco regiões (IBGE) e a

<https://gazetaweb.globo.com/porta1/noticia/2020/01/_96073.php> Acesso em: 30 de jan. 2020. Após duas consultas feitas pela internet, o texto ainda não foi enviado ao Congresso Nacional. Portanto, essa temática merece uma pesquisa específica. Há que se ver, também, os desdobramentos do projeto no ano de 2020.

forma dos perfis existentes. Assim, tem-se feito, neste capítulo, uma espécie de cartografia de atuação sobre o território brasileiro tendo como base a atuação do REHUF e *pari passu* da EBSEH, considerando que esta empresa foi incumbida de ser a gestora do REHUF. Além de uma revisão histórica, há discussão do incremento de políticas específicas para os HUFs brasileiros.

No **capítulo 3**, é apresentado um panorama estabelecido a partir do REHUF e da EBSEH. É abordado o debate/discussão em torno de questionamentos feitos sobre a empresa, o SUS, a Autonomia Universitária, o REHUF, a Adesão, Contratação, a Governança, o Plano de Cargos e Benefícios e a Cessão de Servidores.

No **capítulo 4**, apresentamos o Hospital Universitário da UFGD, ou melhor, abordamos informações que dimensionam o seu porte, sua atuação, enfim, expomos um panorama que evidencia como é a sua prestação de serviços de saúde. E, a partir da verificação da aplicação do REHUF no HU-UFGD, dimensiona-se o impacto empreendido. Sendo, portanto, apresentado como ocorreu a inserção do HU-UFGD no Programa REHUF, e expostos os dados da ação REHUF disponibilizados pelos setores do Hospital Universitário da UFGD na execução do REHUF.

A partir da tabulação periódica da aplicação do REHUF, é possível fazer uma análise sobre como ela está impactando no Hospital Universitário. Por corolário, estabelecemos possíveis “cenários” diante do diagnóstico situacional da ação REHUF no HU-UFGD e da sua relação com a dinâmica hospitalar, compondo, desta feita, as nossas **considerações finais** possíveis perante esta pesquisa, sem deixarmos de expressar que a mesma tem limites e alcances determinados, e que contribui para uma inicial análise do programa REHUF.

Capítulo 1 - Bosquejo histórico sobre os hospitais no mundo

A noção de totalidade é importante para entendermos as partes e para que haja uma compreensão de natureza holística. Dessa forma, com ela, é possível lançarmos um olhar geográfico sobre o fenômeno. Nesse sentido, é oportuno estudar a gênese da historicidade dos hospitais no mundo e no Brasil, buscando explicitar as dinâmicas que os conformaram no espaço.

Dessa maneira, uma breve revisão histórica é salutar. Assim, identificar-se-á as principais tendências atuais, como resumidamente as apresentamos no Quadro 1 subsequente. Há, portanto, um caminho que foi percorrido desde o “lugar para hóspedes” ao lugar de “assistência, pesquisa e ensino”, na relação de hos(til)pitalidade.

Quadro 1 - Alguns marcos da história dos hospitais

Papel central	Momento	Características
Cuidar da saúde	Séc. IV ao VII	Pequenas construções para o abrigo de doentes
Cuidar do espírito	Séc. X ao XVII	Hospitais vinculados a ordens religiosas
Isolar doentes	Séc. XI	Refúgio de doentes que ameaçavam a coletividade
Cuidar dos mais carentes	Séc. XVII	Instituições filantrópicas e do Estado
Curar e ensinar doença	Séc. XVIII ao XIX	Medicalização do hospital; assistência-ensino
Curar, ensinar e buscar a cura	Sec. XX	Natureza biológica da doença; assistência-ensino-pesquisa
Curar, ensinar e buscar a cura e melhoria do sistema de saúde	Séc. XX e XXI	Ensino-pesquisa-assistência Abordagem biológica e social da saúde Humanização e interdisciplinaridade das assistências

Fonte: ARAÚJO e LETA (2014).

O século IV é considerado o marco inicial da história dos hospitais. Eles passaram a ser reconhecidos como as instituições que cuidavam dos enfermos e de suas respectivas enfermidades. Os hospitais bizantinos e romanos tinham como características serem pequenas construções e que serviam para abrigar os doentes. Tais “hóspedes” tinham o cuidado de sua saúde a partir da concepção de que a doença era um fenômeno místico, não natural, originada por ter-se transgredido algo, seja individualmente e/ou coletivamente, e, assim, para controlar e compreender essa iniquidade, tão somente uma entidade (mítica/religiosa) ajudaria. Desta feita, esta visão perdurou por vários séculos, acabando, pois, por favorecer a aproximação física de hospitais e templos religiosos (MILLER, 1985; BRASIL, 1944).

Destaca-se o surgimento de muitos hospitais dos séculos V ao VII, dentro das próprias instituições religiosas, como o Mosteiro Benedito de São Galo, cuja localização, hoje, é na Suíça. Essa associação entre hospital e entidade/ordem religiosa foi mais intensificada nos séculos seguintes, bem como sofreu outros direcionamentos. A determinação advinda das ordens e congregações religiosas era que novos hospitais fossem construídos ao lado das igrejas. Essa posição foi organizada por diversas ações de assimétricas entidades religiosas, todas partindo do entendimento pressuposto de que o corpo do ser humano era à imagem de Deus, e, sendo desse modo, não poderia ser manuseado (aberto) e o tratamento a ser despendido deveria ser sobre o espírito, este se que tornara o principal elemento no processo de cuidado, além do isolamento e separação dos que representariam ameaça à coletividade, como, por exemplo, os portadores de hanseníase (BRASIL, 1944).

Paralelamente a esta vinculação às ordens religiosas, surgiram os hospitais filantrópicos, os quais partiam do mesmo ideário cristão de cura dos doentes e salvamento das almas de pobres e de enfermos, mas ampliando a função, propondo cuidar dos que mais necessitavam. Liderando essa tipologia de proposta, estavam pessoas não religiosas, cuja motivação era oriunda do espírito de caridade e, em outros casos, buscavam a chamada graça divina ou mesmo queriam demonstrar poder e/ou *status* social (HEALY, MCKKE, 2002).

Nesse sentido, até essa temporalidade histórica os hospitais assumiam as atribuições de dar abrigo e realizar o cuidado dos doentes, em especial ao público pobre. Prestavam, portanto, assistência, todavia não havia preocupação com a cura, mas com uma espera para a morte. Tal cenário sofreu uma inflexão no século XVIII, posto que o hospital passou a ser concebido com potencial terapêutico, quer seja, capacitado para intervir na/doença/doente, possibilitando a cura. Assim, o atributo principal a partir dessa concepção é o de hospital médico, decorrente de dois fatores: muda-se o foco da intervenção médica e estabelecem-se regras para o espaço hospitalar (ARAÚJO e LETA, 2014).

Nesse momento, denominado medicalização do hospital, o médico ganhou destaque, como principal sujeito nessa instituição, tornando-se o agente que organiza o espaço e as práticas hospitalares. Há uma tomada de poder pelo médico, como examinou Foucault (1979), conforme a compreensão de Araújo e Leta (2014).

Por conseguinte, essa rotina hospitalar implicou na assunção de um novo papel para o hospital, ou seja, o ensino. Ele se transformou em uma espécie de grande sala de

aula (prática), em que ocorria não somente a liderança de médicos na assistência aos enfermos, como estes tornavam-se reconhecidos profissionais, competentes para realizar o ensino médico. Acompanhar o paciente à beira do leito era considerado fundamental para a formação profissional do médico, e assim o hospital foi passando a ser entendido como lugar de cura e de formação de profissionais. Logo, este conceito de hospital médico repercutiu em todos os continentes, estreitando, dessa maneira, a relação das escolas médicas com os hospitais. De fato, somente mesmo em 1910, por ocasião da difusão do Relatório Flexner, que essa relação ficou bem mais aproximada, surgindo um novo conceito de hospital, formalmente estabelecido junto às escolas médicas e que parte da integração da pesquisa ao ensino e à assistência, outrora se espalhando pelo mundo (ARAÚJO e LETA, 2014).

Nesse contexto, é oportuno frisar que, mundialmente, ocorreram mudanças tanto conceituais como organizacionais nos hospitais. Há, assim, que se destacar, conforme recomendações do Relatório Flexner, que se exigia a criação de hospitais próprios que fossem vinculados às escolas médicas (RELATÓRIO FLEXNER, 2010; PEREIRA JÚNIOR, 2018). O Relatório Flexner, que tinha como financiador a *American Medical Association*, apresentava um vasto panorama que diagnosticava como se situavam as escolas médicas e de educação médica, tanto nos Estados Unidos quanto no Canadá (LAMPERT, 2002; RODRIGUES, 1999).

Como desdobramento, esse documento identificava várias problemáticas relacionadas ao processo de ensino médico, como o não relacionamento entre a formação científica empreendida e o trabalho clínico executado, bem como referenciava a precarização no controle administrativo/organizacional das escolas médicas junto aos hospitais de ensino — campos de prática dos estudantes (LAMPERT, 2002; RODRIGUES, 1999).

A recomendação advinda do Relatório Flexner era no sentido de serem necessárias mudanças curriculares e estruturais: construir hospitais próprios e integrar a pesquisa ao ensino e à assistência. Destaque-se que essa integração tornou-se requisito para se credenciar e avaliar as instituições hospitalares nesses dois países. Essa nova concepção hospitalar, vinculada, desta feita, com as escolas médicas, que tinha como pressuposto a direção sob bases do tripé pesquisa, ensino e assistência, foi sendo mundialmente difundida, passando a coexistir com o modelo anterior existente (LAMPERT, 2002; RODRIGUES, 1999).

Aquele processo intitulado medicalização do hospital e da medicina, que se iniciou no século XVIII os tornou mais especializados, todavia, ao introduzir novas e sofisticadas tecnologias, os serviços no século XX tornaram-se mais complexos, ao passo que se exigiram profissionais com competências diferenciadas, bem como estruturas físicas adequadas para a viabilização dos serviços. A demanda estimulou a construção de hospitais de grande porte, ou os chamados centros de referências, marcando sua introjeção na Europa, a partir do ano de 1950 (ARAÚJO e LETA, 2014).

Ao final do século XX, conforme a Declaração de Alma Ata, a saúde passou a ser concebida como direito de todos, incorporando para, além da abordagem biológica, a social — a assistência à saúde proposta era, portanto, interdisciplinar, visando a integrar diversas áreas do conhecimento (ARAÚJO e LETA, 2014). Para Braga Neto *et al.* (2008), o momento atual é o de formação de um novo modelo de hospital, no contexto de integração a uma rede diversificada de serviços de saúde posta.

A ação dele é restritiva, atuando mais em demandas de casos graves e intensivos de saúde. Por outro lado, é mais responsabilizado pela atividade da educação permanente, por formar profissionais especializados, treinar em gestão de saúde e ser espaço para produzir-se pesquisas e avaliar novas tecnologias em saúde. Assim, as mudanças anteriores descritas indicam as transformações que tornaram o papel do hospital ampliado e o deixaram como peça fundamental (não única) para o sistema nacional de saúde (BRAGA NETO *et al.*, 2008; ARAÚJO e LETA, 2014).

No século XX, particularmente no interregno de 1945–1970, a assistência médico-hospitalar no mundo alcançou o seu auge. O desenvolvimento econômico e também social promovido pelo Estado do Bem-Estar Social na Europa provocou uma expansão de políticas sociais como as de saúde. Em países da Europa, a saúde foi reconhecida como direito de cidadania, criando-se sistemas universais de saúde. Ocorreu a ampliação de acesso a serviços de saúde, bem como de financiamento de políticas vinculadas a estes serviços. Destaque-se que, significativamente, os avanços ocorreram sob bases do modelo hospitalocêntrico, em que o hospital é o centro focado no contexto dos sistemas de saúde. Desta feita, o hospital tornou-se o ponto focal que concentrava moderno parque tecnológico (BRAGA NETO *et al.*, 2012).

O *boom* da medicina, conforme o aumento dos custos assistenciais, fez gerar temor sobre a questão da sustentabilidade financeira dos sistemas nacionais de saúde. Diante da crise econômica mundial de 1970, repercutiu-se uma reorientação das políticas de saúde, no sentido de reduzir-se os investimentos públicos nos sistemas

nacionais do setor. Assim, o tema sobre a gestão hospitalar tornou-se parte da agenda acadêmica e política, desse modo, configurando a busca por modelos gerenciais e administrativos eficientes e que fossem racionalizadores no trato da atenção hospitalar e prática da medicina (BRAGA NETO *et al.*, 2012; SOLLA e CHIORO, 2012).

Em conjunto com a racionalidade financeira, a assistência à saúde passou a seguir um novo modelo, por intermédio dos Sistemas de Integração de Serviços de Saúde, tendo na Atenção Básica o ponto principal (MENDES, 2011). Ademais, a redução de doenças infectocontagiosas, a elevação da expectativa de vida, o envelhecimento populacional e o aumento de agravos crônicos serviram para justificar reformas visando à promoção da saúde e do cuidado integral (PEREIRA JÚNIOR, 2018).

A prática, ou melhor, a tendência que se consolida é a redução de tempo de permanência internado nos hospitais. Os procedimentos estão sendo transferidos para fora do hospital. Surgiram novas modalidades assistenciais, a saber: hospital-escola, a cirurgia ambulatorial, a atenção domiciliar e o centro de enfermagem (BRAGA NETO *et al.*, 2012).

As reformas da gestão hospitalar acompanharam as assistenciais. Assim, utilizando-se tecnologias da informação e ferramentas gerenciais, advindas do setor empresarial, tem-se um contexto de busca por inovações visando profissionalizar a administração nos hospitais. Destaca-se, nesse processo, as abordagens utilizadas para esse fulcro: qualidade total, planejamento estratégico, contratos de gestão e remuneração por meta de desempenho (BRAGA NETO *et al.*, 2012).

Essas transformações impactaram no padrão dos serviços hospitalares no mundo. A Organização para Cooperação do Desenvolvimento Econômico (OCDE) produziu pesquisas que sinalizam considerável queda no tempo de permanência nas internações por situações agudas, em paralelo, relativa redução da oferta de leitos hospitalares. Nesse contexto, a excessividade de leitos justificou políticas de “desospitalização”, e, assim, leitos foram reduzidos, fechados ou fundidos, provocando a conversão de serviços antes hospitalares em casas de enfermagem (PEREIRA JÚNIOR, 2018; BRAGA NETO *et al.*, 2012).

Para abrir a reflexão sob a ótica do conflito, como fez Martins (1997) na obra *Fronteira: a degradação do outro nos confins do mundo*, torna-se necessário iniciar a discussão sob uma perspectiva paradoxal sobre essa instituição. Uma face ambígua na hos(til)pitalidade é a metáfora utilizada na relação que se pode fazer do leito do

Procusto, da mitologia grega, e o serviço hospitalar (hospital), abordada de forma perspicaz por Freire de Souza (2016).

A ambiguidade que Freire de Souza (2016) trouxe para a discussão, amparada em Derrida (2003), é, por um lado, a concepção de que a palavra hospital é derivada do termo em latim “*hospes*”, o qual significa hóspede, que por conseguinte originou dois outros termos, “*hospitalis*” e “*hospitium*”, quer sejam, os locais que tinham a função de realizar a hospedagem, no período da Antiguidade; e, em oposição, “*hospes*”, outrora significou hostil, caracterizando, assim, um inimigo de pouca amistosidade.

Por sua vez, a palavra hospitalidade advém também do latim “*hospes*”, cuja formação deriva de *hostis* (estranho), outrora significando o inimigo estranho (*hostilis*), ou mesmo estrangeiro, tendo reconhecimento como hóspede (*hotê*) e, outras vezes, como inimigo. No ato de hospedar o hospedeiro ao passar pelo processo de acolhimento do outro, acaba metamorfoseando-se em refém. Nesse sentido, existem deveres a serem seguidos tanto pelo hóspede, para que este não se torne um intruso, como pelo hospedeiro, ora refém daquele a qual acolhe — ou seja, como sugere (Freire de Souza, 2016, p. 52), “há limites, critérios, leis e valores a serem obedecidos”. Recorrendo a Soares (2010), conclui-se que “há uma hos(til)pitalidade, pois trata-se de um lugar em que se oferece, ao mesmo tempo, hospitalidade e hostilidade” (FREIRE DE SOUZA, 2016, p. 52).

A hospitalidade incondicional, sem ressalvas, seria a ideal, todavia, ela é reconhecida — esta marca humana — a ocorrer, de fato, diante de condições pré-propostas, ou seja, no contexto de direitos, mas deveres de subordinação. Assim, a hospitalidade incondicional seria quase que utópica, abrindo espaço para a hospitalidade do estrangeiro, outrem diferente, mas que segue as normas propostas, fala a mesma língua, possui *status*, ou visto para a entrada.... Já se o hóspede não fala a mesma língua, não segue as regras, ele é considerado bárbaro. Nesse metiê, ocorre, invariavelmente, uma relação de hos(til)pitalidade. A hospitalidade pressupõe que sejam seguidas as lógicas biomédicas, o modelo “hospitalocêntrico”; ao contrário, se não confluir com esse ordenamento, ocorrerão processos de hostilidade (FREIRE DE SOUZA, 2016).

Essa ambivalência remete ao dito Procusto (esticador), que dava hospitalidade aos viajantes, colocando-os em um leito de cama de ferro, cujo “bondoso” convite para o descanso escondia a intenção de moldar o corpo do hóspede, após prendê-lo acorrentado, para ora esticá-lo, ora ajustá-lo ao tamanho da sua cama, sendo, portanto, indiferente aos diversos tamanhos dos corpos dos hóspedes, posto que a métrica do leito

que deveria vigorar era somente a sua, ou seja, a medida de um leito que era somente seu, pois se ajustava somente a ele mesmo (FREIRE DE SOUZA, 2016).

Assim, o hospital pratica a hospitalidade em seus leitos conforme o modelo de saúde biomédico, que está a aceitar o estranho/estrangeiro conquanto que este aceite a lógica biomédica, presente em seu discurso de linha de frente. Qualquer desvio abrupto a esse modelo pressupõe estranhamentos, e a hospitalidade pode transformar quem é hóspede em estranho, intruso.

Sentimos, como também Freire de Souza (2016), certo estranhamento quando submetemos nosso projeto de pesquisa no HU-UFGD. Como queriam saber quais as perguntas que faríamos, o detalhamento metodológico, ficamos com a impressão de que o Estado, sendo relacional, o povo, governo, ossaturas (i)materiais, território, campo estratégico de disputas, quer controlar o *modus* de pesquisa. Qual seria a necessidade de saber a exatidão semiestruturada de nossas perguntas na entrevista? Se o órgão é público (transparente) por que ter receio do que possa ser perguntado ou de como isso será metodologicamente feito? Por outro lado, o colegiado em questão é composto por diversas pessoas, que carregam consigo suas ideologias, suas formações, e acabam, quando da análise da submissão, evidenciando isso nas suas ponderações. Para conseguir a hospitalidade, adequamos nosso projeto de modo que não se gerassem estranhamentos junto à comissão. Talvez, essa instituição tão respeitada no campo de pesquisa biomédico tenha a tendência de não estranhar projetos de pesquisas que sigam o modelo hegemônico a que ela esteja acostumada.

Nessa hos(til)pitalidade, o Estado esteve nos regulando e está a ordenar os projetos de pesquisa na simbiose política que ele promove em uma espécie de governo implícito. O modelo burocrático de administração pública, portanto, coexiste com o gerencial e ajuda a controlar o próprio saber, e o Estado, por sua vez, a cada decisão de sua ossatura material, está agindo e perpetuando seus modelos “ideais”.

Capítulo 2 - Políticas para os Hospitais Universitários Federais no Brasil

Também como parte de um movimento histórico, impõe-nos contextualizar a especificidade brasileira no trato dispendido, mais particularmente, aos HUFs. Assim, é oportuno, de início, dimensionar resumidamente essa totalidade, como a apresentamos no Quadro 2, abaixo:

Quadro 2 - Momentos históricos dos Hospitais Universitários Federais

Ideia central	Momento	Marcos Históricos
Parceria com as Santas Casas	Séc. XIX e XX	Escolas médicas utilizam as Santas Casas como cenário de prática
Surgimento do Hospital-Escola	Meados séc. XX	Criação de Hospitais próprios das Faculdades de Medicina
Assistência Médica Previdenciária	Década de 1970	Assinatura de convênios com o MEC/MPAS
Reforma Sanitária Brasileira	Década de 1980	Atividades extramuros, AIS, SUDS
Sistema Único de Saúde	Década de 1990	Criação do Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária em Saúde (FIDEPS) para incentivar ensino, pesquisa e assistência
Contratualização e Certificação	Década de 2000	Criação do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino
Reformas Administrativas e Gerenciais	Década de 2010	Criação do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF) e da Empresa Brasileira de Serviços hospitalares (EBSERH)

Fonte: PEREIRA JÚNIOR (2018)

Historicamente, temos o surgimento dos primeiros hospitais brasileiros datando do período colonial, todavia, até o período temporal do início do século XIX, eles não praticavam atividades educacionais, somente as assistencialistas. No ano de 1808, com a chegada da família real ao Brasil, criam-se, portanto, os primeiros cursos médicos-cirúrgicos, o que configurou a inauguração oficial do ensino médico em nosso país. Nos meados iniciais do século XIX, adicionou-se a esse plantel a criação de outros 12 cursos de medicina no Brasil. Entretanto, não existiam, nesta época, hospitais sob a administração das escolas médicas. Nesse sentido, até o início da Segunda Guerra Mundial, as Santas Casas eram utilizadas pelas faculdades de medicina como locais para o ensino (ARAÚJO e LETA, 2014).¹⁴

¹⁴ Segundo Carvalho (2013, p. 7): “A história dos cuidados com saúde do brasileiro passa, necessariamente, pela filantropia. Mais ainda pelo cunho filantrópico religioso, a caridade. As pessoas eram atendidas pelas instituições e médicos filantropos. Paralelamente a isso, o Estado fazia algumas ações de saúde diante de epidemias, como ações de vacinação e/ou de saneamento básico. Assim ocorreu no final do século XIX e início do XX com o saneamento do Rio de Janeiro e a grande campanha de vacinação contra varíola. O Estado cuidava também da intervenção em algumas doenças negligenciadas

Oficialmente, o registro dessa relação entre faculdade e Santa Casa ocorreu em 1982, na ocasião em que a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro usufruiu de leitos da Santa Casa de Misericórdia, no treinamento de estudantes. Todavia, a parceria estabelecida entre essas instituições foi se fragilizando, muito em decorrência de diferenças no que diz respeito aos seus propósitos, como a necessidade de realização de incorporação de tecnologias pelas faculdades de medicina e, por sua vez, a ocorrência de resistência por parte das Santas Casas a esta intenção; por conseguinte, o conflito culmina com as lideranças do ensino médico entendendo ser necessário criar seus próprios hospitais (ZÖLLNER, 2011; CLEMENTE, 1998).

Segundo Costa *et al.* (2008), o primeiro hospital-escola do Brasil foi criado em Belo Horizonte, Minas Gerais — o Hospital São Vicente de Paulo —, sua inauguração ocorreu em 1928 e foi resultante de convênio entre a Escola de Medicina de Belo Horizonte e o Instituto de Assistência e Proteção à Infância de Belo Horizonte. Em 1931, ocorreu a doação oficial dele à Escola de Medicina. Quando se juntou esse hospital com o Hospital São Geraldo e o Instituto Radium, estes também vinculados à Escola de Medicina, originou-se, em 1955, o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina.

Todavia, o pioneirismo mineiro é polemizado na literatura. Há o reconhecimento da Faculdade de Medicina de São Paulo como sendo a primeira escola médica que dispunha de um hospital-escola próprio, o Hospital das Clínicas, que, por sua vez, foi inaugurado na cidade de São Paulo no ano de 1944. Para além “da controvérsia café com leite, é fato que a partir da segunda metade do século XX, dezenas de outros hospitais-escola vinculados às universidades foram fundados por todo o país” (ARAÚJO e LETA, 2014).

Ademais, é mister destacar que os hospitais universitários tiveram influência na sua construção dos ditames da Reforma Universitária da década de 1970, a qual pregava fortalecer tais instituições, entendidas como espaços de destaque para formarem médicos (MASSUDA, 2010; LUZ, 1978).

Em seu surgimento, bem como no seu movimento histórico, os hospitais universitários tinham vinculação com instituições de ensino superior, tanto federais quanto estaduais, porém, apresentavam-se desarticulados da organização sanitária

como a doença mental, a hanseníase, a tuberculose e outras. Só mais tarde começa o atendimento às emergências e às internações gerais. A partir de 1923, com a Lei Elói Chaves, a saúde dos trabalhadores atrelada à previdência passa a ser componente de um sistema para os trabalhadores. De início, as caixas de pensão, depois, os institutos e, finalmente, o grande instituto congregador de todos: o INPS”.

brasileira. Assim, serviam basicamente para formarem profissionais de saúde sob bases do modelo de ensino médico flexeriano. E, para tal, se utilizavam da população não incluída no sistema previdenciário, ora tida como indigente (COELHO, 2016; MASSUDA, 2010; CASTELAR, 1995).

Nesse contexto, organizaram-se processos de trabalho nos hospitais universitários a partir da lógica da estrutura de departamentos das faculdades de medicina. Estas eram divididas por especialidades médicas, e a gestão ficava por conta de docentes médicos. Os objetivos dessas organizações não visavam o atendimento às necessidades do sistema de saúde, o interesse de ensino e pesquisa determinavam a assistência que seria prestada (MASSUDA, 2010).

Outrora, passando-se um tempo, ocorreram iniciativas tentando aproximar os hospitais universitários do sistema de saúde, notadamente, demarcando esse processo, conforme as periodizações a seguir expostas (BARBOSA NETO, 2008).

2.1 - Hospitais Universitários e o Convênio MEC/MPAS

A primeira iniciativa é formalizada mediante a assinatura de convênio entre o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e o Ministério da Educação, no ano de 1974. Havia a necessidade de elevação do financiamento dos hospitais universitários, estes até então financiados pelas instituições de ensino. Gradativamente, os hospitais estavam se tornando polos de referência na chamada atenção hospitalar e especializada para o sistema de saúde. Nesse contexto, iniciou-se a instituição, a partir da década de 1970, de um relacionamento entre os HUs e estruturas político-administrativas tanto do ensino universitário quanto da assistência à saúde (MASSUDA, 2010; BARBOSA NETO, 2008).

Escorel (1999), adverte-nos que, no período entre 1971 e 1974, ocorreu uma luta para que acontecessem mudanças na relação estabelecida entre os Hospitais de Ensino e a Previdência Social. O conflito se materializava pelos interesses privatizantes hegemônicos do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) e, de outro lado, pelos privatizantes e/ou pessoais dos hospitais de ensino. Efetivamente, somente a partir de 1971 é que ocorreu a realização de convênios entre essas instituições. O problema era que estes instrumentos de pactuação não diferiam dos firmados com o setor privado, pois também tinham como base de pagamento as chamadas “Unidade de Serviço” – (US).

Concentrando a maior fração de recursos financeiros, controlando o maior montante de serviços de saúde e empregando elevado número de profissionais, a Previdência Social justificava sua contribuição para a formação de recursos humanos para o setor da saúde. Por sua vez, o que importava para os hospitais universitários era sobreviver, posta a necessidade de recursos advindos do INPS para se manterem. Contudo, os convênios adotando o pagamento por US propostos pelo INPS deixavam os hospitais universitários e os privados sob a mesma avaliação e o mesmo controle. Dessa forma, foram estabelecidos parâmetros iguais para assistências com qualidades assimétricas: os hospitais privados objetivavam prestar assistência médica, mas de pior qualidade; por outro lado, os hospitais universitários prestavam melhor assistência e eram incumbidos de formar recursos humanos, além de realizar pesquisas. Assim, um imbróglgio conflituoso se formou (ESCOREL, 1999).

Tinha-se a proposta de transformar essa relação com a Previdência Social por intermédio de um convênio global, desta feita, com maior montante de recursos, abrangendo as especificidades dos hospitais universitários e de ensino; entretanto, por outro lado, existiam médicos que faziam uso de vantagens de caráter pessoal, já que recebiam, além do salário advindo da universidade, pagamento oriundo do INPS por prestação de serviço (ESCOREL, 1999).

Nesse ínterim, o INPS apresentou nova proposta junto à Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), contemplando seus setores publicistas, bem como os racionalizadores dos hospitais de ensino. Ou seja, seriam priorizados tanto os hospitais universitários como os de ensino no que tange a contratos e convênios junto ao INPS, diferindo-as da iniciativa privada, incluindo não apenas atividades assistenciais, mas didáticas e de pesquisas a compor os parâmetros de avaliação. Conseqüentemente, ocorreu a assinatura de um protocolo entre o MEC e o MPAS objetivando a integração dos hospitais de ensino nos programas de Assistência Médica da Previdência. O acordo implicava no IPNS mensalmente contribuir com o Hospital de Ensino consoante o número e o tipo de altas ocorridas no período. Assim, inaugurou-se a modalidade de convênio global. Porém, o setor privado contratado manifestou-se, protestando sob a justificativa de esse tipo de convênio estar privilegiando o setor público (ESCOREL, 1999).

Todavia, os interesses hegemônicos privatizantes, somados aos interesses pessoais de alguns professores universitários, reduziram o ritmo de integração dos hospitais universitários à Previdência Social (firmados via convênios MEC/MPAS). O

panorama de 1978 mostrava que apenas 25 das 75 escolas pactuaram o convênio. Entretanto, o convênio MEC/MPAS tornou-se a bandeira de luta do setor publicista frente aos interesses privatizantes (ESCOREL, 1999).

2.2 - Hospitais Universitários e a Reforma Sanitária Brasileira

Temos uma segunda tentativa de aproximação ao sistema de saúde durante os anos 1980, no seio da então Reforma Sanitária Brasileira.¹⁵ Nesse sentido, o convênio MEC/MPAS passou por inclusão de critérios e parâmetros de valorização quanto ao quesito desempenho; assim, no ano de 1987, a melhoria na pactuação adveio da associação à atividades “extramuros”, bem como integração regional dos hospitais junto à rede de serviços, aos procedimentos de alto custo, à avaliação de tecnologias de saúde e à incorporação tecnológica (MASSUDA, 2010; BARBOSA NETO, 2008).

¹⁵ Há um grupo expressivo de autores que investigam a temática da Reforma Sanitária. Aqui, elencamos alguns, sem, todavia, esgotar a questão. Iniciemos com Campos (2017, s.p.), que menciona: “É importante pontuar que a política de saúde brasileira sempre foi marcada pelo predomínio de interesses de grupos particulares seguindo o modelo médico-assistencial-privatista. A hegemonia desse modelo na assistência à saúde foi amplamente questionada nos anos de 1970 através do Movimento de Reforma Sanitária (MRS) brasileiro. O MRS passa a propor uma reforma social centrada na democratização da saúde, do Estado e da sociedade (...) e a concretizar, em diferentes momentos históricos, ações que expressam a concepção de saúde como direito de todos/as e dever do Estado, portanto, constrói com apoio das massas, um novo projeto de saúde, de Estado e de sociedade para o país”. Por sua vez, Santos, N.R. (2009, p. 22), corrobora com a análise ao nos ensinar que: “O movimento da Reforma Sanitária Brasileira surge na segunda metade dos anos 1970 no âmago do movimento maior que se ampliava em todos os segmentos da sociedade, ou seja, o das lutas pelas liberdades democráticas contra a ditadura”. Paim (2007, p. 97) assevera, apropriadamente, que: “(...) pode-se concluir que a RSB [Reforma Sanitária Brasileira] é uma ‘reforma social’ centrada na democratização ‘da saúde’ por meio da elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes e do reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, garantindo o acesso universal e igualitário ao SUS e participação social no estabelecimento de políticas e na gestão. É uma reforma ‘do Estado’ e dos seus aparelhos quando defende a descentralização do processo decisório, o controle social e o fomento da ética e da transparência nos governos. É, também, uma reforma ‘da sociedade e da cultura’ quando se propõe a alcançar os espaços da organização econômica e cultural mediante a produção e distribuição justa da riqueza, uma ‘totalidade de mudanças’ em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, articulado a uma reforma intelectual e moral”. Por fim, mas não menos importante, para o CONASS (Brasil, 2006, p. 25): “Dentre as muitas lições aprendidas no movimento de reforma sanitária, uma merece ser destacada: a mudança foi alcançada por um longo e duro movimento de politização da Saúde que articulou movimentos sociais, profissionais de saúde, partidos políticos, universidades, instituições de saúde e políticos, especialmente parlamentares”. Matta e Lima (2008, p. 27-28), refletindo acerca dessa questão, igualmente atestam: “Originalmente, (...), o projeto da Reforma Sanitária está imbricado com a perspectiva de reforma social, com a construção de um Estado democrático, para além de uma reforma setorial. Não bastava superar, entre outros, o intenso processo de privatização capitaneado pela medicina previdenciária, a dicotomia curativo-preventivo e o corporativismo na saúde, que caracterizava o modelo anterior. Aliado à reestruturação institucional e do processo de trabalho, a partir da redefinição do modelo assistencial, eram necessárias mudanças no conteúdo e na forma de pensar e fazer saúde, que se expressa na ampliação do conceito de saúde, e avançar a consciência sanitária acerca dos problemas de saúde, suas causas e as lutas por sua transformação”.

Destaca-se que, para além disso, foi criada, perante o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS, uma ferramenta de planeamento intitulada Programação-Orçamentação Integrada – POI, cujo objetivo era definir a função das instituições de saúde pertencentes ao MEC em face das outras unidades que compunham a rede de serviços de determinada região (MASSUDA, 2010; BARBOSA NETO, 2008).

Na Constituição de 1988¹⁶, o movimento de reforma sanitária¹⁷ conseguiu a conquista do direito universal à saúde. Dessa maneira, ficaram estabelecido princípios e diretrizes para a organização do Sistema Único de Saúde (SUS),¹⁸ e este ficou incumbido do papel de formar recursos humanos para a área da saúde.¹⁹ Por outro lado, os hospitais universitários nesse momento, então, não se perceberam como componentes do SUS, nem com função significativa na sua construção e consolidação (BARBOSA NETO, 2008).

Dessa maneira, diante da implantação do SUS, os HUs não faziam parte do sistema. Na verdade, a relação estabelecida entre essas instituições foi definida pela Lei nº 8.080/1990, que dispõe que os Hospitais Universitários e de Ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde **mediante convênio**, preservada a sua autonomia administrativa em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão, nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados (BRASIL, 1990).

¹⁶ De acordo com o art. 196 da CF: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Analisando essa temática, Gomes (2018, p. 42) assevera que: “Essa Carta Magna fora uma ruptura com os governos anteriores, especialmente os 21 anos de ditadura militar”.

¹⁷ Santos, N.R. (2009, p. 22), acerca do contexto histórico nacional, argumenta: “Todos estes eventos dos anos 1980 só foram viáveis com mobilização, organização, que articulou o pluralismo partidário, as diferentes matizes ideológicas e os corporativismos da época em torno do ideário republicano (coisa pública) dos direitos sociais e papel do Estado. Houve consciência suficiente de quais eram os principais interesses e setores contra a criação e força política provenientes da condução fortemente progressista da ampla frente política pelas liberdades democráticas e democratização do Estado do SUS, e obviamente, das alianças capazes de superá-los”.

¹⁸ Ocké-Reis (2010, p. 102) assevera que: “A criação do SUS é um legado das crenças democráticas e socialistas que surgiram durante a redemocratização do Brasil, em meados dos anos de 1980, com o apoio dos partidos políticos progressistas e dos movimentos sociais e intelectuais da esquerda, inspirados nas experiências universalistas dos sistemas nacionais de saúde (...)”. Complementa o autor: “um modelo redistributivo, inspirado nas premissas igualitárias do Estado de bem-estar social europeu” OCKÉ-REIS (2010, p. 101).

¹⁹ Ribeiro (2015, p. 113), refletindo sobre o SUS, afirma que: “Estando materialmente integrado a um amplo território, o SUS ultrapassa em muitos aspectos, pelo menos tendencialmente, diversos tipos de fronteiras (...): políticas, econômicas e de conhecimento”.

2.3 - Hospitais Universitários e o início do Sistema Único de Saúde²⁰

Temos uma terceira tentativa de aproximação dos HUs junto ao sistema de saúde a partir da criação do chamado Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária em Saúde (FIDEPS), normatizado pela Portaria nº 15, de 8 de janeiro de 1991. Tal proposição atendia exclusivamente os Hospitais Universitários e acrescentava percentagem de 25 a 50% no repasse financeiro no faturamento das internações, consoante critérios prévios do programa, como argui Pereira Júnior (2018, p. 33), a saber: “a existência de cursos de Medicina e outros cursos da área da saúde, programas de residência médica e de pós-graduação *strictu senso* (mestrado e doutorado)”. Todavia, ocorreu distorção de seus objetivos, e os recursos que deveriam ser utilizados no apoio ao ensino e à pesquisa passaram a ter como destino o custeio geral dos nosocômios (PEREIRA JÚNIOR, 2018).

Financeiramente, o FIDEPS ajudou os hospitais universitários, mas gradativamente ocorria sua desvalorização. A avaliação do Ministério Saúde era que, diante da não ocorrência de fiscalização do cumprimento dos seus objetivos, muitos hospitais recebiam o recurso mas não executavam atividades de ensino e pesquisa e, em certos casos, o recebimento era desproporcional, face às atividades empreendidas (PEREIRA JÚNIOR, 2018).

Outro normativo importante criado no ano de 1991 foi a Portaria nº 357, que regulamentou a primeira definição de Hospital de Ensino (HE), aplicando essa intitulação ao conjunto dos Hospitais Universitários, Hospitais-Escola e Hospitais Auxiliares de Ensino (BRASIL, 1991).

A década de 1990 foi marcada pelas políticas neoliberais do governo de Fernando Henrique Cardoso, que incidiu sobre os hospitais universitários, em especial os pertencentes às universidades federais, alvos de retração orçamentária. Nesse diapasão, o cenário de crise era vasto, pois era institucional, de sustentabilidade, de identidade, de hegemonia e também de legitimidade na assistência, na pesquisa, no ensino e na gestão. As dívidas dos HUFs estavam acima de R\$ 300.000.000,00 (trezentos milhões de reais) em suas fundações de apoio, muitos deles encontravam-se com serviços desativados face à falta de recursos humanos e de materiais (BARBOSA NETO, 2008; LOBO *et al.*, 2008).

²⁰ “(...) SUS transformou-se no maior projeto público de inclusão social em menos de duas décadas (...)” SANTOS, Néelson Rodrigues (2009, p. 17).

O contexto de mudanças no currículo do ensino médico, movimentadas pela CINAEM (Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico), pela nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) e pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de medicina, propiciou um processo de articulação interinstitucional para a superação da crise vivenciada pelos hospitais de ensino. Nesse momento, o governo Lula buscava aproximar os Ministérios da Saúde, da Educação, do Planejamento e da Ciência e Tecnologia com as entidades da sociedade civil que representavam tanto os hospitais como escolas médicas, além de gestores e trabalhadores/usuários do SUS (BARBOSA NETO, 2008; PEREIRA JÚNIOR, 2018).

Esse processo de integração precisaria de mais um salto, que seria a necessidade de formalização, e, assim, a partir dos instrumentos de contratualização e certificação dos hospitais de ensino, o envolvimento junto ao sistema de saúde seria mais encorpado. Destarte, a próxima seção esboça tal tentativa de aproximação.

2.4 - Contratualização e certificação dos Hospitais de Ensino

O início da quarta fase de integração dos hospitais universitários junto ao SUS se configurou com a publicação da Portaria Interministerial nº 562, de 12 de maio de 2003; esta, responsável por constituir comissão interinstitucional objetivando avaliar e diagnosticar a situação dos Hospitais Universitários e de Ensino brasileiros. Como produto, essa avaliação mostrou ser necessária uma maior integração dos hospitais de ensino aos sistemas locais de saúde, também indicou o déficit de financiamento desses hospitais e a carência de capacitação para fazer gestão de recursos (LOBO *et al.*, 2009).

Com efeito, o estudo sobredito e em associação a outros estudos culminaram com a publicação pelos Ministérios da Saúde e da Educação da Portaria Interministerial nº 1000, de 5 de abril de 2004, que, por sua vez, estabeleceu os critérios para a certificação dos hospitais de ensino (BRASIL, 2004a). Ademais, por intermédio da Portaria nº 1702, de 17 de agosto de 2004, criou-se o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no contexto de atuação do SUS (BRASIL, 2004b), um prenúncio do que viria à frente: o REHUF.

Com o programa em ação, ocorreu o aporte considerável de recursos financeiros junto aos hospitais de ensino no Brasil, tendo uma orçamentação global para os procedimentos de média complexidade, entretanto, os de alta complexidade ainda permaneceram financiados conforme a produção. Alguns estudos apontam que esse

programa elevou em mais de 50% o financiamento destes hospitais de ensino (COELHO, 2016; LOBO *et al.*, 2009).

O objetivo do programa era qualificar e desenvolver a assistência, a gestão, o ensino, a pesquisa e a avaliação tecnológica em saúde, fazendo a integração dos hospitais de ensino ao SUS. Especificamente, no campo assistencial, destaca-se a diretriz no sentido de aumento de procedimentos tanto de média como de alta complexidade e, em paralelo, a diminuição das ações da ação básica (estas deveriam acontecer fora do hospital), a utilização de modalidades de assistências que propiciassem a diminuição do tempo de internação, a disponibilização da oferta da percentagem de 100% (totalidade) de leitos para o SUS, a ocorrência de inserção dos hospitais no sistema de urgência e emergência, entre outras. Já no campo gerencial, a recomendação era no sentido de inserção de estruturas colegiadas, bem como de planejamento participativo (BRASIL, 2004a; BRASIL 2004c).

Chioro dos Reis e Cecílio (2009) enfatizam que, como resultado, os processos de contratualização e certificação representaram fôlego diante da crise financeira desses nosocômios e aumentaram a governabilidade do dirigente hospitalar, propiciando a este a possibilidade de indução de mudanças no espaço organizacional. Todavia, eles observam que essa política foi barrada, deveras, por configurações de tensões oriundas da micropolítica de determinado hospital.

Apontam-se, na análise da crise crônica dos hospitais universitários, que a não suficiência de recursos e a não definição sobre o seu financiamento são características sempre presentes na história desses nosocômios, explicitados por não se conseguir atender os usuários e pela carência de recursos, o que gerou intervenções governamentais paliativas, cuja marca é o tom de política provisória. Mesmo diante da crise, ocorreu a expansão e consolidação dessas organizações, compondo estas, portanto, a estrutura de organização do sistema assistencial público, além de tornarem-se espaço com destaque no que tange à formação profissional (COELHO, 2016; MASSUDA, 2010; VASCONCELOS, 2004).

Zeferino (2019), ao trabalhar a “contratualização” do HU-UFGD no mestrado profissional de Administração Pública da UFGD, nos apresenta uma prática vivenciada na administração pública como um todo, e mais recentemente aplicada aos hospitais, em tese, concedendo maior autonomia administrativa e financeira a estas instituições, além de controlar suas ações e seus resultados — prática comumente chamada de “contrato SUS”, representando, nessa sinonímia, as diversas intitulações dos instrumentos

contratuais, que se destacam por serem ora focados em resultados. Ademais, possuem as denominações de “contratos de gestão”, “contrato por resultado”, ou “contratualização de resultado”.

Para Ferro e Carvalho (2015), os interesses públicos, complexos e plurais compelem que o Estado atue para a coletividade, e para isso ele precisaria introduzir inovações nos instrumentos contratuais com fulcro no atingimento da finalidade pública, o que reverbera uma elevação de contratualização complexa. A contratualização por resultado foi instituída em 1960 e constituiu-se como o pilar das gestões que têm por base a NGP (HENRIQUES, 2011).

A chamada “revolução global”, ideia de redução do Estado propalada em 1980, difundiu-se pelo mundo. Ao passo que reformas do Estado e da administração pública aconteciam, a NGP se consolidava, o que abriu espaço para implementar a ferramenta gerencial chamada contratualização. Esse ideário de redução do Estado e de melhoria do desempenho rapidamente foi também esparramado e concomitantemente introduzido sob bases do gerencialismo — ou *managerialism* —, que representava, desta feita, a utilização de práticas do setor privado no público, bem como a separação das funções de prestação de serviços públicos, das de regulação, financiamento e outras, promovendo uma espécie de nova forma de coordenação a vigorar (LIMA, 2009).

Vislumbrava-se, nos países centrais e nos periféricos, o combate ao baixo desempenho e carência das prestações de contas no âmbito da administração pública. Essa contratação, ora visando resultados, demonstrava-se ambiciosa, buscando aprimoramento de coordenação, prestação de contas (ou *accountability*) e melhorias na efetiva prestação de serviços públicos (LIMA, 2009; PERDICARIS, 2012).

Em paralelo, tínhamos, no Brasil, o seguimento da tendência internacional, quando se optou por instituir um modelo de gestão da administração pública em sintonia com os princípios da NGP. A partir de 1990, iniciou-se a reforma do Estado brasileiro. Em 1995, sob coordenação do ex-ministro Luiz Carlos Bresser-Pereira, ocorreu a implementação do Plano Diretor de Reforma do Aparelho de Estado (PDRAE), objetivando, primordialmente, à ampliação da capacidade administrativa, atuando-se em atividades que fossem, exclusivamente, de natureza pública, desvinculando-se das que não detinham tal prerrogativa e das que se voltavam ao mercado (BRASIL, 1995).

A contratualização no setor de saúde, no período contemporâneo, representa o processo de estabelecimento de metas quantitativas e qualitativas de serviços de atenção e gestão hospitalar, pactuadas entre o gestor municipal/estadual (conforme o caso) e o

representante legal da instituição hospitalar. A formalização se dá tanto por convênio, ou contrato, ou mesmo termo de ajuste, pode ser por Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP), entre outros (BRASIL, 2018).

É, assim, um recurso atrativo, constitui-se em uma forma que ora garante que o enfoque esteja em resultados mensuráveis, aloquem-se eficientemente recursos financeiros, incremente-se autonomia de gestão, descentralize-se a tomada de decisões e dê potência para concorrência, aumentando a eficácia/eficiência dos serviços/ações de saúde (ESCOVAL *et al.*, 2010).

Todavia, essa ferramenta ainda externa problemas, posta a evidência de serem frágeis os níveis de negociação, bem como de supervisão e coordenação destes contratos; eles são sensíveis frente às rupturas e/ou situações de instabilidade da administração pública, há falta de capacitação de sujeitos presentes no processo de contratualização, ainda, soma-se a não suficiência e não eficácia de meios de monitoramento e de avaliação (TORRES, 2007; ESCOVAL, 2010).

O experienciado no Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no contexto de atuação no SUS, associado ao *status* mantido das dificuldades financeiras, de assistência, de estrutura, da academia dos Hospitais de Ensino, além da pressão advinda das lideranças políticas e acadêmicas e das sindicais junto às IFES, a somar-se ainda à fiscalização dos órgãos federais de controle, foram situações que fizeram com que o Governo Federal pensasse na construção de políticas específicas para os hospitais das universidades federais, a serem abordados na seção subsequente (LIMA e RIVEIRA, 2012).

2.5 - As Reformas Administrativas e Gerenciais nos Hospitais Universitários Federais (criação do REHUF e da EBSEH)

No Brasil, historicamente, a partir de 2010, iniciou-se a nova fase dos HUFs, tendo sido intitulada por Pereira Júnior (2018) como “Reformas Administrativas e Gerenciais”, e tem, conforme esse autor, alinhamento com conceitos e diretrizes da NGP. Em suas palavras: “são implementadas estratégias e ferramentas gerenciais que buscam profissionalização da gestão dos HUFs, maior eficiência, transparência e responsabilidade no uso dos recursos públicos” (PEREIRA JÚNIOR, 2018, p. 36).

Nesse contexto, as ações governamentais adotadas para os HUFs, visam, segundo discurso, adotar estratégias programáticas de modernização gerencial. No

interior desse processo foi lançado o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF) e criada a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), sobre os quais discorreremos a partir de agora.

Em 2010, teve-se o início dessa nova fase. O governo Lula (2º mandato, 2007–2010) agiu por intermédio da criação de uma comissão interministerial em que a principal incumbência era avaliar e diagnosticar a situação dos Hospitais Universitários e de Ensino no Brasil, com o objetivo de reorientar e formular uma nova política em âmbito nacional para os HUFs. Essa estratégia do governo foi regulamentada pelas Portarias nº 40 e 41, de 8 de janeiro de 2010 (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2010b).

Por conseguinte, por meio do Decreto nº 7.802, de 2010, o governo instituiu o REHUF, com a finalidade de revitalizar e reestruturar os HUFs. O REHUF tem uma orientação vinculada com mecanismos adequados de financiamento compartilhados entre as áreas da educação e da saúde; com a melhoria de processos; adequação da estrutura física; modernização do parque tecnológico; reestruturação do quadro de recursos humanos; e com o aprimoramento das atividades ligadas ao ensino, pesquisa e extensão, assim como a assistência à saúde, com base em avaliação permanente e incorporação de novas tecnologias em saúde (BRASIL, 2010c).

Para a realização dos objetivos do REHUF, consoante às diretrizes subscritas, algumas medidas foram tomadas pelo Governo Federal: alocação de recursos oriundos dos Ministérios da Saúde e da Educação, para que ocorressem reformas de prédios, bem como a construção de novas unidades; aquisição de equipamentos de saúde e a substituição dos equipamentos obsoletos; implantação de processos de melhoria de gestão de recursos humanos; incremento do potencial tecnológico e de pesquisa; instituição de processos permanentes de avaliação; implantação de sistema gerencial de informações e indicadores de desempenho; criação de mecanismos de governança; e modernização da gestão dos HUFs. Tudo isso tendo como princípios basilares a transparência e a responsabilidade, adotando-se, como regra geral a ser seguida protocolos clínicos e padronização de insumos médico-hospitalares (Brasil, 2010c).

Por outro lado, o Governo Federal fez a exigência da elaboração, por parte dos hospitais, de um plano de reestruturação, o qual deveria conter o diagnóstico de cada instituição, com as seguintes informações: diagnóstico situacional de infraestrutura física, tecnológica e de recursos humanos; detalhamento das necessidades de reestruturação da infraestrutura física e tecnológica; análise do impacto financeiro projetado no desenvolvimento das ações de reestruturação do hospital; e proposta de

cronograma para a implantação do Plano de Reestruturação, vinculando-o ao desenvolvimento de atividades e metas (BRASIL, 2010c).

Ainda no Decreto nº 7.802/2010, foi prescrita a necessidade de formalização do regime de pactuação global entre os hospitais universitários federais com o Ministério da Educação, o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, o Ministério da Saúde e demais gestores do SUS, condicionando repasses financeiros do programa em observância ao pacto estabelecido dos HUFs com o Governo Federal no que diz respeito às metas anuais de assistência, gestão, ensino, pesquisa e extensão (BRASIL, 2010c).

Também em 2010, a ossatura material do Estado agiu, e ocorreu a edição da Portaria Interministerial nº 883, de 5 de julho de 2010, que regulamenta o decreto que criou o REHUF. Nesse sentido, a portaria objetivou definir os 46 hospitais integrantes do programa (Quadro 3), bem como os mecanismos de governança, o regime de pactuação global e o seu financiamento (BRASIL, 2010d).

Quadro 3 - Relação dos Hospitais do REHUF

Nº	UF	Município	IFES	Hospital
1	AL	Maceió	UFAL	Hospital Universitário Professor Alberto Antunes
2	AM	Manaus	UFAM	Hospital Universitário Getúlio Vargas
3	BA	Salvador	UFBA	Hospital Universitário Prof. Edgard Santos
4	BA	Salvador	UFBA	Maternidade Climério de Oliveira
5	CE	Fortaleza	UFC	Hospital Universitário Walter Cantídio
6	CE	Fortaleza	UFC	Maternidade Escola Assis Chateaubriand
7	DF	Brasília	UNB	Hospital Universitário
8	ES	Vitória	UFES	Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes
9	GO	Goiânia	UFG	Hospital das Clínicas
10	MA	São Luís	UFMA	Hospital Universitário
11	MG	Juiz de Fora	UFJF	Hospital Universitário
12	MG	Belo Horizonte	UFMG	Hospital de Clínicas
13	MG	Uberaba	UFTM	Hospital Escola
14	MG	Uberlândia	UFU	Hospital das Clínicas
15	MS	Dourados	UFGD	Hospital Universitário
16	MS	Campo Grande	UFMS	Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian
17	MT	Cuiabá	UFMT	Hospital Universitário Júlio Müller
18	PA	Belém	UFPA	Hospital Universitário João de Barros Barreto

19	PA	Belém	UFPA	Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza
20	PB	Campina Grande	UFCG	Hospital Universitário Alcides Carneiro
21	PB	João Pessoa	UFPB	Hospital Universitário Lauro Wanderley
22	PE	Recife	UFPE	Hospital das Clínicas
23	PI	Teresina	UFPI	Hospital Universitário
24	PR	Curitiba	UFPR	Hospital de Clínicas
25	PR	Curitiba	UFPR	Maternidade Vitor Ferreira do Amaral
26	RJ	Niterói	UFF	Hospital Universitário Antonio Pedro
27	RJ	Rio de Janeiro	UFRJ	Instituto de Psiquiatria
28	RJ	Rio de Janeiro	UFRJ	Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira
29	RJ	Rio de Janeiro	UFRJ	Hospital Universitário Clementino Fraga Filho
30	RJ	Rio de Janeiro	UFRJ	Hospital Escola São Francisco de Assis
31	RJ	Rio de Janeiro	UFRJ	Maternidade Escola
32	RJ	Rio de Janeiro	UFRJ	Instituto de Doenças do Tórax
33	RJ	Rio de Janeiro	UFRJ	Instituto de Ginecologia
34	RJ	Rio de Janeiro	UFRJ	Instituto de Neurologia Deolindo Couto
35	RJ	Rio de Janeiro	UNIRIO	Hospital Universitário Gaffrée e Guinle
36	RN	Natal	UFRN	Hospital de Pediatria Prof. Herberto F. Bezerra
37	RN	Natal	UFRN	Maternidade Escola Januário Cicco
38	RN	Natal	UFRN	Hospital Universitário Onofre Lopes
39	RN	Santa Cruz	UFRN	Hospital Universitário Ana Bezerra
40	RS	Rio Grande	FURG	Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Júnior
41	RS	Porto Alegre	HCPA	Hospital das Clínicas de Porto Alegre
42	RS	Pelotas	UFPEL	Hospital Escola
43	RS	Santa Maria	UFSM	Hospital Universitário
44	SC	Florianópolis	UFSC	Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago
45	SE	Aracaju	UFS	Hospital Universitário
46	SP	São Paulo	UNIFESP	Hospital São Paulo

Fonte: Adaptação do Anexo I da Portaria Interministerial nº 883, de 05 de julho de 2010, publicada no D.O.U de 06 de julho de 2010. Adaptado por: LEITE (2018).

Autores como Martins (2011), Santos e Oliveira Júnior (2016) apontam que, como efeito, o REHUF trouxe ganhos para a administração dos HUFs, principalmente no tocante a uma maior transparência de informações, eficiência e na produtividade e diminuição de custos na aquisição de insumos e materiais quando da utilização de pregões eletrônicos centralizadores nos processos licitatórios de compras.

Convém alertar que um problema histórico dos HUFs é a gestão de sua força de trabalho. O significativo déficit de recursos humanos e em associação à necessidade de substituição dos trabalhadores terceirizados contratados pelas fundações de apoio, consoante determinações tanto do Tribunal de Contas da União (TCU) quanto do Ministério Público Federal (MPF), exigia uma resolução célere para a questão. O REHUF, nesse momento, por meio do uso da gestão da informação, conseguiu dimensionar a problemática (destaca-se que as tratativas anteriores eram pontuais entre determinada universidade e o Governo Federal, sem buscar-se a gestão global dos HUFs). A gestão da informação com o REHUF possibilitou, dessa maneira, evidenciar o significativo fechamento de leitos, a constante diminuição de procedimentos realizados nos HUFs e uma menor condição de acesso aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), restringindo-se, portanto, os atendimentos de demandas de média e alta complexidade. A conclusão era que esses problemas decorriam da falta de recursos humanos (PEREIRA JÚNIOR, 2018; BARROS, 2013).

Nesse ínterim, os Ministérios do Planejamento e da Educação, na 2ª Exposição de Motivos criada sobre esse assunto – EM Interministerial nº 00127/2011/MP/MEC, enviaram à presidenta da República, Dilma Rousseff (1º mandato, 2011–2014), o diagnóstico realizado, o qual constatou que a força de trabalho dos hospitais universitários era composta por 70.373 (setenta mil, trezentos e setenta e três) profissionais, dos quais 26.556 (vinte e seis mil, quinhentos e cinquenta e seis) eram recrutados por intermédio das fundações de apoio das universidades, sob diversos formatos legais: pelo regime celetista (CLT), por contratos de prestação de serviços (terceirização) e outros formatos que caracterizam vínculos precários sob a forma de terceirização irregular (BRASIL, 2011a).

A forma de disposição dos recursos humanos nos HUFs não gerava sustentabilidade jurídica, colaborando para um passivo das Fundações de Apoio das Universidades, na relação contratual estabelecida, de difícil gestão perante órgãos de controle e o Poder Judiciário, já que as formas precárias de admissão e o fato de ter-se que gerir os diferentes vínculos num mesmo local tornavam a gestão complexa e deficitária (PEREIRA JÚNIOR, 2018).

Uma distorção também constatada foi a inversão de papéis entre universidades e fundações de apoio, ou seja, estas, que deveriam atuar em complementação e alinhadas àquelas, acabaram exercendo papéis de responsabilidade pelas gestões

orçamentárias, financeira, assistencial e administrativa, e assim substituíam ou contrapunham-se às próprias direções das universidades (PEREIRA JÚNIOR, 2018).

Esse processo situacional de vulto nacional foi analisado, contestado e considerado ilegal pelo Tribunal de Contas da União desde 2006, que redigiu o Acórdão 1.520/2006, determinando a substituição gradativa de terceirizados irregulares por servidores concursados efetivos, que no início tinha como prazo para cumprimento a data de 31 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2006, *apud* FERNANDES, 2017).

Por intermédio do Aviso Interministerial 425/MEC/MP, de 23 de março de 2011, alegando em seus argumentos prejuízos nas demissões em massa, o que implicaria no sustento de milhares de famílias e reflexos imediatos na redução de uma vez na oferta de serviços à saúde, foi solicitada prorrogação no prazo de execução do determinado, por mais dois anos, lavrando-se o Acórdão 2.681/2011 (BRASIL, 2011b; FERNANDES, 2017).

No aviso supraelencado, houve a menção da Medida Provisória (MP) nº 520, de 31 de dezembro de 2010, em que ficava autorizada a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)²¹. A MP foi assinada pelo ex-presidente Lula no último dia de seu governo, em atenção à 1ª Exposição de Motivos (EMI nº 00383/2010/MP/MEC, de 23 de dezembro de 2010), gerada para justificar a criação da EBSERH (BRASIL, 2010e; BRASIL, 2010f; FERNANDES, 2017). Com a Medida Provisória na ambiência do Congresso Nacional, destaca-se o papel importante de resistência da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde Pública²², movimento importante, desde 2010, na resistência a retrocessos e na luta pela defesa da saúde pública, estatal e sob administração direta do Estado (FERNANDES, 2017).

Nessa época, como bem explica Fernandes (2017), o Conselho Nacional de Saúde (CNS), maior instância deliberativa no SUS, posicionou-se contrário à aprovação da MP. A MP editada no último dia de governo do então presidente Luiz Inácio Lula da Silva foi aprovada na Câmara dos Deputados, porém derrubada no Senado Federal, devido ao término do prazo estabelecido para votação.

²¹ O Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior (ANDES-SN) confeccionou o Dossiê Nacional nº 3, em publicação especial, em novembro de 2013, o qual contém várias críticas à instituição da EBSERH.

²² A Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, de caráter suprapartidário, compõe-se de militantes dos fóruns de saúde municipais e estaduais, sindicatos, partidos políticos, movimentos sociais, entidades, entre outros, cuja orientação é pela defesa da saúde pública nos termos da reforma sanitária. *Site* da FNCPS: <<http://www.contraprivatizacao.com.br>> / Posicionamento da FNCPS, disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/0B55E03eNUSwpeDQ5cnZlaF9SSktPTjFlaHV2VHZpQQ/view>> Acesso em: 17 de fev. 2018.

Destarte, ficando em “modo de espera”, a proposta voltou à cena por intermédio do Projeto de Lei (PL) nº 1.749/2011, durante o Governo Dilma Rousseff, e foi aprovado nos termos da Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, sob o discurso de regularizar o vínculo dos trabalhadores, em realidade servindo para criar a empresa (BRASIL, 2011c; BRASIL, 2011d; FERNANDES, 2017).

Na Exposição de Motivos (EM) Interministerial nº (00127/2011/MP/MEC), que encaminhou o PL supraelencado, é possível visualizar o discurso produzido pelos ministros de Estado do Planejamento, Orçamento e Gestão e da Educação, que exararam na intenção interministerial a motivação que os levaram a encaminhar à presidenta da República tal instrumento para apreciação, que visava à criação da EBSERH, e, em 20 de junho de 2011, propunha-se um modelo de gestão “melhor” do que o vigente à época, conforme reza o prescrito (BRASIL, 2011a):

[...] O Projeto propõe nova modelagem jurídico-institucional para as atividades e os serviços públicos de assistência médico-hospitalar e ambulatorial executados pelos hospitais das universidades públicas federais, **com o objetivo de viabilizar um modelo de gestão mais ágil, eficiente e compatível com as competências executivas desses hospitais**, além de oferecer **solução jurídico-administrativa sustentável** que solucione as crescentes dificuldades operacionais e os inúmeros questionamentos do Tribunal de Contas da União e do Ministério Público Federal a respeito do atual funcionamento dessas instituições [...]. (BRASIL, 2011a, grifos nossos).

Desse modo, o Governo Dilma, em 2011, expunha seus motivos para criar a EBSERH, uma empresa pública de direito privado, detentora de patrimônio próprio e de vinculação com o Ministério da Educação; instituição cujo objetivo foi ser solução jurídico-institucional para os HUFs, substituindo a atuação das fundações de apoio nos serviços administrativos e assistenciais nesses hospitais. O modelo sugerido dessa empresa tinha como premissa permitir maior autonomia financeira, regulação de normas e procedimentos nos processos de compras e de contratações e possibilitar contratar pessoas com remuneração compatível com os praticados no mercado de trabalho (BRASIL, 2011a).

A proposição tinha inspiração em experiências vivenciadas por dois hospitais da administração federal, quais sejam: o Hospital das Clínicas de Porto Alegre (HCPA), uma empresa pública com vínculo com o Ministério da Educação; e o Grupo Hospitalar Conceição (GHC), uma sociedade de economia mista cuja vinculação era estabelecida com o Ministério da Saúde. Em comum, tinham autonomia financeira, bem como

administrativa e orçamentária, além de uma gestão profissionalizada e possuírem governança colegiada (BRASIL, 2011a).

Inicialmente, quando a EBSEH foi implementada, ela tornou-se o elemento de debate tanto no âmbito acadêmico quanto nos setores de controle social vinculados ao SUS. A crítica tinha como base que os HUFs possivelmente fossem privatizados, era também sobre perder-se a autonomia universitária e sobre a precarização do trabalho, posto que o provimento não seria estabelecido pelo regime jurídico dos servidores públicos federais, mas pelo celetista (PEREIRA JÚNIOR, 2018).

O Sindicato Nacional dos Professores das Instituições de Ensino Superior (ANDES-SN) elaborou, na edição especial nº 3, de novembro de 2013, um dossiê em face deste documento em que é possível observar, frente ao texto voltado à discussão sobre a EBSEH, um posicionamento crítico dessa instituição em relação à empresa. Houve conflitos em várias universidades devido ao processo de adesão à empresa, com constantes tensões em reitorias e órgãos colegiados universitários (ANDES-SN, 2013).

Com base no relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde, nota-se a aprovação de propostas, dentro da diretriz gestão pública para a saúde pública. Com relação, especificamente, à proposta de nº 6, ocorre a proposição no sentido de rejeição da criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH). Depreende-se, ainda, que as proposições sinalizavam a busca por uma gestão pública estatual, totalmente pública e declinava sobre a utilização de OSs, OSCIPs e Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP), além de visar o empoderamento do SUS. É possível observar esse viés nas 14 propostas aprovadas nesse eixo:

1 Garantir que a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) em todas as esferas de gestão e em todos os serviços, seja 100% pública e estatual, e submetida ao Controle Social. 2 Rejeitar a cessão da gestão de serviços públicos de saúde para as Organizações Sociais (OSs), e solicitar ao Supremo Tribunal Federal que julgue procedente a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIn) nº 1.923/98, de forma a considerar inconstitucional a Lei Federal nº 9.637/98, que estabelece esta forma de terceirização da gestão. 3 Rejeitar a cessão da gestão de serviços públicos de saúde para as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs). 4 Rejeitar a proposição das Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP), contida no Projeto de Lei nº 92/2007, e as experiências estaduais/municipais que já utilizam esse modelo de gestão, entendido como uma forma velada de privatização/terceirização do SUS. 5 Repudiar quaisquer iniciativas, em qualquer esfera de gestão, de gerar “dupla-porta” – acesso diferenciado para usuários com e sem planos de saúde privados – ao Sistema Único de Saúde. **6 Rejeitar a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH), impedindo a terceirização dos hospitais universitários e de ensino federais.** 7 Respeitar a constituição e as leis orgânicas do SUS, de forma a restringir a participação da iniciativa privada no SUS ao seu caráter complementar; que as três esferas de gestão garantam o investimento necessário para a redução progressiva e continuada

da contratação de serviços na rede privada até que o SUS seja provido integralmente por sua rede própria. 8 Criar mecanismos de fortalecimento da regulação, controle e avaliação dos contratos realizados com prestadores de serviços com periodicidade preestabelecida para a apresentação da relação de procedimentos realizados no controle social e colegiados microrregionais de controle social. 9 Garantir o direito dos usuários de planos privados de saúde à indenização por danos morais e materiais quando os mesmos não assegurarem assistência em seus equipamentos próprios, levando-os a utilizar o SUS, sem prejuízo ao ressarcimento ao fundo de saúde correspondente. 10 Instituir a efetiva profissionalização da gestão do SUS em todos os níveis, com os cargos ocupados por profissionais de carreira concursados, com formação e perfil necessários para atenderem às necessidades do SUS e da população brasileira. 11 Extinguir os subsídios públicos de planos privados de saúde, a exemplo do ressarcimento à assistência à saúde suplementar dos servidores públicos e dedução de gastos com a assistência à saúde no imposto de renda, com destinação desses recursos para o SUS. 12 Exigir que todos os hospitais universitários públicos atendam a 100% SUS, ampliando a oferta de leitos (AIHS e UTI), de procedimentos e exames de alta complexidade, com fluxos de referência e contrarreferência bem definidos e articulados com hospitais públicos regionais e microrregionais, além de divulgar em portais de transparência as auditorias realizadas e os recursos destinados às entidades públicas, privadas e filantrópicas. 13 Criar e implantar cadastro negativo nacional, nas três esferas de governo, para coibir a permanência de pessoas e empresas que fazem mau uso dos recursos e cargos públicos da saúde. 14 Intensificar o papel regulador do Estado, no setor Saúde, mediante políticas de indução de investimento tecnológico na indústria farmacêutica, de modo que sejam orientadas pelas reais necessidades da população, e não por imposição do mercado como rotineiramente ocorre (RELATÓRIO FINAL DA 14ª CONFERÊNCIA NACIONAL DA SAÚDE, 2014, p. 36-38, grifo nosso).

Nesse sentido, autores como Santos e Pinto (2017) também explicitam que formas gerenciais, com viés de gestão indireta, criadas pelo Governo Federal, a incluir a EBSEH, não dialogam com o que foi deliberado nas Conferências Nacionais de Saúde, a contar a partir da nona edição. Destaca-se que a legislação ordinária que cria a EBSEH foi publicizada, tendo, assim, efeito em apenas dez dias depois de encerrada a 14ª edição da Conferência Nacional de Saúde, cujo relatório concluiu a rejeição do formato de empresa, para que se impedisse a terceirização dos HUFs.

Por outro lado, há autores, segundo Pereira Júnior (2018), que elencam que a EBSEH modifica a lógica de governança dos HUFs: ela estaria trazendo mais autonomia e estaria a colocar para o Estado o papel de controlador, e não o de quem executa diretamente. “Para os defensores publicistas da proposta, não se trata de privatização dessas instituições, pois a Empresa é vinculada ao poder público e presta serviços exclusivamente ao SUS.” (PEREIRA JÚNIOR, 2018, p. 39).

Segundo Pereira Júnior (2018), ao tentar alternativas de desvencilhamento da administração direta, já que esta impusera tanto rigidez como excesso de burocracia,

gestores públicos estão buscando novos modelos de gestão. A busca é por modelos que gerem eficiência, controle financeiro, descentralização e qualidade.

Assim, segundo Pereira Júnior (2018, p. 39) a empresa propiciaria:

[...] implantar um modelo de gestão administrativa, orçamentária e financeira baseado em resultados e em efetivo controle de gastos, dotados de instrumentos mais eficazes e transparentes de relacionamento entre o hospital, a universidade e a EBSEH. [...] a EBSEH é uma empresa pública federal criada por força de autorização legal como instrumento de ação do Estado, e que, embora tenha personalidade de direito privado, submete-se a certas regras especiais devido seu **papel coadjuvante da ação governamental**. [...] gestores e especialistas advogam por um modelo de gestão mais ágil, eficiente e compatível com as competências executivas desses hospitais. (PEREIRA JÚNIOR, 2018, p. 39-40).

A dupla função dos hospitais universitários, de assistência à população e de apoio ao ensino e à pesquisa, os diferencia dos demais hospitais públicos e concede maior complexidade à sua gestão, que exige um nível de agilidade, flexibilidade e dinamismo incompatíveis com as limitações impostas pelo regime jurídico de direito público próprio da administração direta e das autarquias, especialmente no que se refere à contratação e à gestão da força de trabalho (BRASIL, 2011a).

É ressaltado por Pereira Júnior (2018, p. 40) que a EBSEH “pode resgatar, em alguma medida, parte da autonomia das universidades federais, reduzida pela insegurança jurídica a que foram submetidas, com a intervenção recorrente de órgãos de controle externo”. Estas, originadas pela não existência de condições administrativas necessárias para o funcionamento de suas atividades assistenciais, o que prejudica o acesso dos usuários à assistência hospitalar nos nosocômios (PEREIRA JÚNIOR, 2018).

Por outro lado, Cardial (2013, p. 35) tem uma visão crítica e, sobre o Brasil, elenca que, afora suas características de país periférico e de industrialização retardatária, “a crise capitalista e a reconfiguração neoliberal do Estado *impactaram intensamente a política de saúde*, culminando, nessa área, com a criação da *EBSEH*, que representa o atendimento governamental aos ditames do capital”.

A autora nos leva, com isso, a refletir sobre se, com a instituição da EBSEH, o trato dispendido à saúde não seria uma ação que se alinha com os pressupostos e modos de agir que dão notoriedade à gestão da iniciativa privada, e ao tentar o governo “ser empresário” — criando uma empresa pública para cuidar da saúde, ainda que de natureza pública mas de regime jurídico de direito privado —, aquela perspectiva de reforma do Estado de 1995 parece estar viva, e um serviço não-exclusivo, como esse, se

apresenta como corolário para atingimento de diretrizes do PDRAE [Plano Diretor de Reforma do Aparelho de Estado] brasileiro; sendo que, a nível mundial, correlaciona-se com o movimento das políticas de restrição de gastos nas políticas sociais e discursos sobre uma certa necessidade de “melhor gestão” e/ou “crise”, em que recursos precisam ser otimizados.

Por sua vez, Fernandes (2017) enfatiza que, ao ser criada a empresa EBSEH, vinculada ao Ministério da Educação, ela não só se apresenta como alternativa aos hospitais universitários (HUs) como também se torna, com o instituto da Portaria MEC, nº 442, de 25 de abril de 2012, a gestora do REHUF — o que serviu de instrumento de pressão às universidades para firmar pactuação com a EBSEH. Nesse sentido, a autora produziu um gráfico representativo do panorama dos contratos firmados entre a EBSEH e as universidades federais e demonstrou preocupação sobre o fato de muitas das pactuações firmadas pelas universidades federais terem superado o prazo de 10 anos, chegando ao período de 20 anos a sua vigência, além de significativas quantidades que foram instrumentalizadas por período indeterminado (FERNANDES, 2017).

Nesse sentido, a EBSEH tem como responsabilidade “a gestão de 40 Hospitais Universitários Federais (HUFs) vinculados a 32 Instituições Federais de Ensino Superior (IFES). As universidades aderiram gradativamente à Empresa, a partir de 2013. A última adesão foi realizada pela Universidade Federal de Uberlândia”, ou seja, em 80% dos HUFs brasileiros a gestão está a cargo da EBSEH, como demonstra o Quadro 5 (PEREIRA JÚNIOR, 2018, p. 40).

Quadro 4 - IFES com Hospitais Universitários Federais

FASES	IFES	HUFs
TOTAL	35	50
Com contrato	32	40
Sem contrato	02	09
Empresa Pública/RS	01	01

Fonte: EBSEH. Elaboração: LEITE; SOUZA (2019).

Abordando a estrutura dos HUFs brasileiros, Pereira Júnior (2018, p. 47), elenca que eles “apresentam uma distribuição geográfica desigual, com concentração de

68% das unidades nas regiões Sudeste e Nordeste”. Todavia, ao analisar a distribuição populacional do Brasil, ele constata verossimilhança com a distribuição dos HUFs, como pode ser examinado na Tabela 1 subsequente:

Tabela 1 - Quantidade de Hospitais Universitários Federais e de Habitantes, por região do Brasil (2018)

Região	HUFs		Habitantes	
	nº	%	nº	%
Centro-Oeste	5	10,0	16.085.885	7,7
Nordeste	17	34,0	56.760.780	27,2
Norte	4	8,0	18.182.253	8,7
Sudeste	17	34,0	87.711.946	42,1
Sul	7	14,0	29.754.036	14,3
Total	50	100,0	208.494.900	100,0

Fonte: PEREIRA JÚNIOR (2018). Elaboração: SCNES; IBGE (2018).

Em que pese a necessidade de uma visão global da problemática objeto dessa pesquisa, ou de analisar o local sem perder de vista a totalidade, bem como as partes e o todo, é oportuno refletir como a intervenção governamental converge com a ideologia que sustenta o *modus operandi*.

Teixeira e Oliveira (1996, p. 22), analisando criticamente o liberalismo, argumentam que ideologicamente se propaga o discurso de que:

Para que o mercado possa cumprir a sua função de alocação eficiente dos recursos da economia (...) e, assim, alcançar um ponto ótimo de equilíbrio, a interferência do Estado deve ser a mínima possível. Cabe ao poder estatal unicamente a função de determinar as regras do jogo, interpretá-las e fazer vigorar as regras estabelecidas.

Assim, incumbe ao Estado, além de proteger a liberdade dos indivíduos, preservar a lei e a ordem, reforçar/garantir os contratos privados e promover o mercado competitivo. “Sataniza-se” o Estado, ao mesmo tempo, as virtudes do mercado são exaltadas. Nesse contexto, o processo de construção e mudanças das legislações no Brasil demonstra a relação entre os setores governamentais e econômicos privados mediante a implementação de um “modelo neoliberal” ascendente no país, preparando as amarras legais para colocar o Estado a serviço dos interesses privados.

Uma inferência possível de ser feita é que existe um arcabouço legal constituído para a inserção do REHUF na política de saúde brasileira. Assim, a Lei nº

8.080, de 19 de setembro de 1990²³, ao dispor sobre as bases para promover, proteger, recuperar a saúde e organizar os serviços correspondentes, regula, conforme contido em sua disposição preliminar, quer seja, no art. 1º, que serão: “em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou **Privado**” (BRASIL, 1990, grifo nosso).

Esse normativo (lei ordinária) está de acordo com a Constituição de 1988²⁴, que elencou a saúde como “direito fundamental” do ser humano e “universal”, bem como que o Estado tem o “dever” de promover as condições indispensáveis para o seu “pleno” exercício, o que pode ser verificado pelo seguinte excerto extraído de tal lei, conforme o dizer de seu art. 2º, § 1º:

O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação [...]. (BRASIL, 1988).

No que diz respeito aos Hospitais Universitários (HUs), essa lei ordinária suprarreferenciada traz, ainda em suas disposições finais e transitórias, elementos que ajudam a compreender sua inserção no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), como vemos no art. 45:

Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio, **preservada a sua autonomia** administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados [...]. (BRASIL, 1990, grifo nosso).

O Programa REHUF foi implementado sob o viés de um compartilhamento no financiamento, os Ministérios da Educação e da Saúde responsabilizavam-se pelo suporte financeiro (BRASIL, 2010). Os HUFs prestando, pois, assistência em saúde e proporcionando ensino parecem inscrever como justa a união desses ministérios para prover a programação orçamentária. As ações/serviços de saúde disponibilizados pelos HUFs são prestados por eles, órgãos suplementares, vinculados ao organograma de universidades federais (estas são ora autarquias, outrora fundações públicas). A EBSEH, em sendo uma empresa pública de direito privado ao pactuar com as universidades, passou a administrar esses órgãos suplementares e, em sendo a gestora do REHUF, gere os recursos do programa.

²³ Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm> Acesso: em 20 de nov. 2017.

²⁴ Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acesso em: 29 de jun. 2017.

Como observaram Sodré *et al.* (2013, p. 371), no tocante ao financiamento dos hospitais de ensino, foi estipulada “a partilha igualitária entre Ministério da Educação (MEC) e Ministério da Saúde (MS) nas despesas dos HUFs²⁵, em que a Saúde e a Educação necessitam de uma programação orçamentária para cumprir as parcelas cabíveis respectivamente”. Nesta partilha, para os autores, estaria havendo intenção de redução participativa do MEC no orçamento dos hospitais universitários e ampliação de provimento orçamentário por parte do MS. A lógica, como inferida pelos autores, é que, ao partilhar o orçamento, o governo sinalizava que saúde e educação seriam áreas/pastas de grande dispêndio governamental — e, no caso da instituição do REHUF, buscava-se repartir o ônus.

Utilizaram-se da inferência de Drago (2011) para mostrar que essa proposta era uma espécie de redesenho dos hospitais universitários, principalmente no aspecto voltado ao *financiamento* e à *multi-institucionalidade* (SODRÉ *et al.*, 2013). Apontaram, então, que o REHUF “sugere, nas entrelinhas, uma alteração e um embate de discussão de quem é o dono do hospital universitário”. E que essa partilha entre MEC e MS é vista como um apontamento do governo para um modelo de “hospital-escola”, que, por sua vez, amplia o papel da assistência e reduz o da formação, ensino e pesquisa (SODRÉ *et al.*, 2013, p. 371).

O REHUF foi implantado via decreto, e tal espécie de *ato administrativo*, segundo o *website* jus.com.br²⁶, utilizando a concepção de Hely Lopes Meirelles (2012), explicita-se pelo seguinte conceito:

[...] Decretos, em sentido próprio e restrito, são atos administrativos da competência exclusiva dos Chefes do Executivo, destinados a prover situações gerais ou individuais, abstratamente previstas de modo expresse, explícito ou implícito, pela legislação. Comumente, o decreto é normativo e geral, podendo ser específico ou individual. Como ato administrativo, o decreto está sempre em situação inferior à da lei e, por isso mesmo, não a pode contrariar. O decreto geral tem, entretanto, a mesma normatividade da lei, desde que não ultrapasse a alçada regulamentar de que dispõe o Executivo.

O que nos leva logo a perceber que o (REHUF) é oriundo de uma *política* implementada por ato do Poder Executivo federal, e não do rito das leis ordinárias, que, em tese, têm um maior debate, por passarem pelas duas casas do Congresso Nacional.

²⁵ O decreto estipulou a progressão dos percentuais de cada ministério envolvido, até que, em 2012, ambos contribuam de forma igual. Para fins de financiamento, serão considerados: despesas dos HUFs, o montante das despesas correntes alocadas para esses hospitais e os custos para sua reestruturação e modernização, excluindo-se deste montante as despesas com inativos e aposentados (Brasil, 2010).

²⁶ Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/33146/atos-administrativos>> Acesso em: 12 de fev. 2018.

O capítulo I da Portaria Interministerial nº 883, de 5 de julho de 2010, publicada no Diário Oficial da União (D.O.U) de 6 de julho de 2010, que regulamenta o Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010, ao abordar a *governança* do (REHUF), nos mostra que foi criado o *Comitê Gestor*, com a finalidade de desenvolver *estratégias* para a implementação do REHUF. Foram indicados para sua composição os seguintes representantes (titular e suplente) dos seguintes órgãos:

- I – **Ministério da Educação**, que o presidirá;
- II – Ministério da Saúde – MS;
- III – Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – MP;
- IV – Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior – ANDIFES;
- V – Hospitais Universitários Federais – HUs relacionados no anexo I (adaptamos no Quadro I);
- VI – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS; e
- VII – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS. (BRASIL, 2010).

A esse Comitê Gestor, foram incumbidas as seguintes competências, considerando o enorme escopo de atuação que a reestruturação almejada representava e que por sua vez precisava de uma estrutura de governança à altura para acompanhar a sua implementação, a saber:

- I - analisar e aprovar as ações propostas no âmbito do REHUF e o respectivo Pacto Global de Desempenho; II - definir metas adicionais, além das especificadas no Anexo II, e monitorar os resultados do Pacto Global de Desempenho dos Hospitais Universitários; III - monitorar a implementação do REHUF; IV - avaliar, aprovar e monitorar os recursos transferidos aos HUs, no escopo do financiamento global; V - definir os parâmetros de desempenho para o conjunto dos hospitais universitários e diretrizes para negociação dos Pactos Globais com cada HU; e VI - manifestar-se sobre os parâmetros propostos pela Unidade Executiva do Programa para definição do quantitativo de pessoal dos HUs e encaminhá-los para apreciação do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. (BRASIL, 2010).

Esse normativo também trouxe, no seu Anexo II, os indicadores que o REHUF consolidou e metas para os anos de 2010, 2011 e 2012 e outras adicionais para além dessas a serem definidas pelo Comitê Gestor do REHUF. Sobre pactos globais, o capítulo II dessa portaria os explicita, quando trata do regime de pactuação global, trazendo no §1º e §2º, do art. 6 a explicação:

- [...] § 1º O Pacto Global de Desempenho do REHUF, criado por esta Portaria, representa o instrumento pelo qual o Ministério da Educação explicita as metas e os resultados anuais de assistência, gestão, ensino, pesquisa e extensão, e se compromete com o alcance das mesmas perante o Comitê Gestor.

§ 2º O Anexo II desta Portaria define as metas anuais de gestão, ensino, pesquisa e extensão que compõem o Pacto Global de Desempenho do REHUF e as diretrizes para elaboração dos pactos globais entre as Unidades Hospitalares e os gestores locais do Sistema Único de Saúde - SUS, formalizado mediante instrumento de contratualização conforme legislação vigente, com a interveniência do MEC, MS e MP. (BRASIL, 2010).

O pacto global foi consubstanciado como *elemento estrutural* do REHUF, representado por um documento legal que define as metas e os resultados esperados nas áreas de assistência, gestão, ensino, pesquisa e extensão. A pactuação global é, desta feita, planejada para o interstício de 4 (quatro) anos, com projeção de metas e resultados anuais, bem como também o dever de revisão anual (BARROS, 2014). Diante da complexidade e amplitude do programa, foi necessária essa estruturação interna de governança, instrumentalizada pelo Comitê Gestor e, além deste, pela Unidade Executiva e pelas comissões consultivas²⁷ (BARROS, 2014).

Fernandes (2017) asseverou que o SUS surgiu e consolidou-se num contexto histórico de profundas contradições. Alves (1996, p. 133), acerca desse processo, afirma que “a adoção de políticas neoliberais no Brasil é tardia”. Na sua visão, a década de 1980 foi de resistência às propostas neoliberais. Nesse caso, a “Constituição Cidadã” é um exemplo dessa resistência.

Assim, tinha-se o reconhecimento do direito à saúde, todavia, ocorrido num contexto em que o neoliberalismo impunha limites às recentes conquistas da classe trabalhadora, que foram conquistados historicamente, de forma lenta, e com grandes dificuldades em sua concretização, sinalizadas desde a inscrição na Constituição de 1988. Fernandes (2017) elenca que, ao propagar as privatizações e o processo de mercantilização da vida como estratégias do direcionamento/ideário neoliberal, se evidencia a frenagem imediata ao projeto de reforma sanitária que, além dessas, encontrariam outras barreiras para sua efetivação.

Destarte, a autora explica a hierarquização dos Hospitais Universitários consoante previsão no sistema público de saúde, que, além de destinados a cobrir com prioridade os níveis de média e alta complexidade, caracterizam-se “pela dimensão de hospital-escola, espaço destacado na formação de recursos humanos na área da saúde fundado na integração de ensino, pesquisa, extensão e atendimento à população” (FERNANDES, 2017, p. 100).

²⁷ Para maior detalhamento sobre o instituto da governança no âmbito do REHUF, consultar Barros (2014).

Esses Hospitais Universitários, ligados às Instituições Federais de Ensino Superior (IFES) e reconhecidos pela excelência, enfrentaram, desde sua gênese e em proporções variadas, a crise a qual o SUS foi submetido nas três décadas de sua existência (FERNANDES, 2017).

A intervenção prescrita no Decreto nº 7.802/2010 tinha como foco/escopo: investir em infraestrutura, equipamentos e atividades-fim das instituições; reestruturar o quadro de profissionais; estabelecer mecanismos adequados de financiamento compartilhados entre os Ministérios da Saúde e da Educação; e *modernizar a gestão*. Inspirado em documento do Banco Mundial de 2007²⁸ como “receita de bolo para o sucesso”, além de ser seu financiador (FERNANDES, 2017).

Segundo Fernandes (2017), a situação deficitária de profissionais, acumulada ao longo dos anos foi sendo resolvida paulatinamente pelos HUFs através da contratação precarizada de trabalhadores, para ao menos amenizar o risco de não ter profissionais para atividades mínimas. Todavia, essa tratativa, não encontrando amparo legal, reivindicava ação célere do Governo Federal para a resolução da problemática de recursos humanos.

Na Exposição de Motivos²⁹ (EM) que encaminhou o PL objetivando a criação da EBSEH, é possível visualizar o discurso produzido pelos ministros de Estado do Planejamento, Orçamento e Gestão e da Educação, que explicitaram, na intenção interministerial, a motivação que os levou a encaminhar à presidenta da República, Dilma Rousseff, tal instrumento para apreciação que visava à sua criação, que já em 20 de junho de 2011 propunha um modelo de gestão “melhor” do que o vigente à época.

Assim, a formatação da criação de uma empresa pública foi sugerida como condicionante necessária para a implantação de um “modelo de gestão” baseado em resultados, em obtenção de ganhos em escala e especialização em diversos processos (FERNANDES, 2017).

Com relação aos hospitais de tipologia pública (os Hospitais Universitários Federais) mantidos pelas universidades públicas, eles compõem o Sistema Único de Saúde e contribuem para pesquisa nessa referida área. Representavam, em 2014, a maior rede do sistema público: à época, contavam com 47 hospitais em toda a extensão

²⁸ Disponível em: <<http://siteresources.worldbank.org/BRAZILINPOREXTN/Resources/3817166-1185895645304/4044168-1186326902607/19GovernancaSUSport.pdf>> Acesso em: 17 de fev. 2018.

²⁹ Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Projetos/ExpMotiv/EMI/2011/127-MP%20MEC.htm> Acesso em: 17 de fev. 2018.

do território brasileiro e compunham 12% das internações do sistema brasileiro de saúde – SUS (OLIVEIRA, 2014).

Tais hospitais apresentam um histórico de problemas de *financiamento*, com destaque principal para o momento que deixaram de ser instituições meramente de ensino e passaram a ser “*referência em assistência em saúde*” (OLIVEIRA, 2014, p. 98).

Oliveira (2014, p. 98) ainda destaca que “o período dessa modificação coincide com o auge das ideias ultraliberalistas no Brasil, dos anos de 1990, que enxuga o financiamento para as áreas sociais”. A pesquisadora assevera que isso teve como resultante um déficit de profissionais por causa da falta da realização de concursos públicos, o que produziu uma enorme precarização dos serviços. Nesse sentido, ela enfatizou que as universidades federais optaram pela contratação de mão de obra terceirizada, via fundações de apoio, que conseqüentemente gerou o endividamento desses hospitais. Em 2007 a dívida era de R\$ 440 milhões (OLIVEIRA, 2014).

Todavia, em 2006, como destacou Oliveira (2014), o TCU já havia produzido documento observando o problema das terceirizações (mais de 27 mil trabalhadores terceirizados estavam em situação irregular nos HUs) e decidido que a reparação dessa situação deveria ocorrer até o ano de 2010 com a realização de concursos públicos, o que não ocorreu. Para solucionar essa problemática, criou-se, então, a Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), que tinha como proposta *mecanismos de financiamento e de melhoria na gestão* destes hospitais.

O governo não aumentaria o recurso dos hospitais, o que ele exprimia era o discurso de que tais problemas de ordem financeira se resumiam à má gestão. Tal argumento foi explicitado na Medida Provisória (MP) que instituiu a EBSEH, no final de 2010, com a justificativa de “melhorar a gestão” das instituições, logo depois se transformou em Projeto de Lei e, em 2012, conformou-se em lei, com a aprovação e a promulgação do Legislativo (OLIVEIRA, 2014).

Oliveira (2014) analisa que o REHUF, como uma resposta ao Acórdão de 2009, acaba por apresentar os mesmos problemas citados no documento. Para ela, o “REHUF também vai ao encontro das ideias de cunho gerencial, principalmente quando observa a necessidade de indicadores de desempenho, de estabelecimento de metas, estabelecendo um enfoque mais voltado para os resultados” (OLIVEIRA, 2014, p. 117).

A questão do declínio do número de servidores estatutários foi apresentada por Oliveira (2014), que confeccionou uma tabela mostrando a força de trabalho no serviço

público federal, desta feita evidenciando que, num interstício de 16 anos, ou seja, de 1989 a 2005, o quantitativo de servidores ativos e empregados das estatais decaiu de 1.488.608 para 893.798, conforme dados do Boletim Estatístico de Pessoal – MP/SRH, de dezembro de 2005. Houve uma redução considerável de concursados nesse período temporal, quer seja de 594.810 mil trabalhadores. Diante dessa realidade, a proposta do TCU foi a substituição gradativa dos trabalhadores terceirizados.

A Seguridade Social, representada pelos pilares Saúde Pública, Assistência Social e Previdência Social, conforme reza o *caput* do art. 194 da Carta Magna brasileira, foi visionada num contexto constituído por um arcabouço legal e principiológico a ser seguido: buscando sua concepção e consecução dentro de um regime de governo democrático, direcionado pelo sistema de governo presidencialista que elegemos em 1988, cuja forma de Estado é a Federação. O objetivo promulgado na Constituição brasileira “rígida”, escrita e “cidadã” teorizou que o brasileiro deveria viver dignamente, ser amparado na velhice, ter reduzido o risco de doenças, disponibilizados serviços básicos de saúde (BRASIL, 1988).

A luta em busca de uma reforma sanitária que promovesse os referenciais de universalidade e integralidade adscritos nos pilares do Sistema Único de Saúde pode ser considerada uma resistência dos dominados, e sua inserção na Constituição de 1988 demonstrou uma atuação do Estado capitalista em termos estratégicos. Logo, em algum momento ele precisa ceder para poder continuar dominando *ad aeternum*.

E, conseqüentemente, vão se moldando as práticas sociais e, assim, não podendo sancionar e reproduzir o domínio político diretamente via ato repressivo, se torna imperativo dominar os dominados pela propagação da ideologia, que no caso em tela consubstanciou-se pelo modelo “ultraliberalista de Estado”.

Propôs-se uma solução “jurídico-sustentável” para não se realizar concursos públicos via regime jurídico único e criou-se uma empresa pública brasileira “prestadora de serviços hospitalares” que realiza reposições e seleções via concurso regido pela Consolidação das Leis Trabalhistas, numa perspectiva velada de privatização dos serviços públicos de saúde, orientada nos pressupostos do PDRAE de 1995, de viés gerencialista, de inspiração da NGP.

Percebe-se um movimento para desresponsabilizar o Estado no cuidado da saúde pública e redirecioná-la gradativamente ao mercado, posto que até mesmo a tipologia empresa pública atuar dentro dos órgãos suplementares vinculados às universidades federais públicas parece uma inversão/entrega do público ao privado. E

também um caminho para ir se esquivando de promover o tão almejado sistema de saúde público universal, e esse movimento, por sua vez, em sintonia poder-se-á redirecionar outros órgãos públicos de saúde para a gestão privada, que busca resultados e que pode deixar o usuário sem a totalidade de cobertura necessitada.

Inferimos que se buscou reestruturar uma estrutura que não estava funcionando. E não funcionou porque os HUs/Universidades Federais não conseguiam repor sua força de trabalho para auxiliar a assistência à saúde, cuja atribuição extra os direcionou para a conformação do Sistema Único de Saúde na década de 1990.

Assim, o MEC não recebeu sinal verde do Ministério do Planejamento para que, via concurso das universidades federais, recompusesse a força de trabalho precarizada, e, desse modo, estas utilizaram-se de suas fundações de apoio para continuarem, mesmo que via contratualizações precárias, prestando serviços públicos. Assim, o contexto apresentado responde nossa indagação sobre o porquê da criação do REHUF. Para, além disso, temos a atuação do Estado num contexto de hegemonia neoliberal que prioriza soluções gerencialistas e vê práticas da iniciativa privada como salvadoras e referenciais da gestão da *res publica*.

Esse Estado ultraliberalista que tem na EBSERH um expoente — como o são as Organizações Sociais (OSs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) e Parcerias Público-Privadas (PPPs) — vem após a crise do Estado do Bem-Estar Social repercutir direcionamentos no sentido de um Estado mero regulador e promotor do mercado, como sendo força motriz do tempo/espaço. Resta saber se os ideários propostos não serão objetos de resistências da classe popular no momento que perceberem o solapamento da saúde pública no decurso do tempo.

2.6 - Detalhando a estrutura física dos Hospitais Universitários Federais brasileiros

Para compreendermos os Hospitais Universitários Federais e assim os analisar, convém “radiografar” suas estruturas e, na medida do possível, correlacionar esses dados no contexto regional, a participação deles em relação aos demais estabelecimentos brasileiros, o número de leitos que detêm e o reflexo da participação destes hospitais a partir da gestão EBSERH. Nesse sentido, será este o exercício aqui proposto a partir de agora.

Começaremos pela distribuição dos Hospitais Universitários Federais no Brasil. Assim, conforme o obtido na data-base de outubro de 2018, por meio da pesquisa de Pereira Júnior (2018), ao consultar a base de dados do Sistema de Cadastro Nacional de estabelecimentos (SCNES), tinha-se no Brasil 7.773 estabelecimentos de saúde com leitos de internação; destes, apenas 2,6% eram hospitais de ensino, e estes, por sua vez, encontravam-se vinculados às unidades ou organizações de ensino privadas, públicas, municipais, estaduais e federais. Já os Hospitais Universitários Federais representavam a cifra reduzida de 0,6%, considerando o universo total de estabelecimentos identificados nesse ano. A Tabela 2, a seguir, detalha tal constatação:

Tabela 2 - Quantidade de estabelecimentos de saúde com internação, Hospitais de Ensino e Universitários Federais no Brasil (2018)

Tipo de Hospital	Nº	Porcentagem %
Estabelecimentos de saúde com internação	7.773	100,0 %
Hospitais de Ensino	203	2,6 %
Hospitais Universitários Federais	50	0,6 %

Fonte: PEREIRA JÚNIOR (2018). Base de dados da fonte: SCNES (2018).

Mesmo sendo os representantes de uma cifra relativamente pequena diante do número absoluto de estabelecimentos de saúde com internação, Pereira Júnior (2018) elenca que os HUFs brasileiros são considerados materialidades da área da saúde que “estão entre as principais instituições de formação de profissionais de nível técnico, de pós-graduação do país, assim como são importantes centros de referência em pesquisa e inovação tecnológica e em assistência à saúde de média e alta complexidade” (PEREIRA JÚNIOR, 2018, p. 47).

Ao analisar os HUFs, é possível verificar que eles apresentam distribuição geográfica punctiforme, nota-se que as Regiões Sudeste e Nordeste concentram 68% das unidades hospitalares, conforme pode ser observado na Tabela 3 (a seguir), por outro lado, interessante é que essa desigualdade tem compatibilidade com a própria distribuição populacional.

Tabela 3 - Quantidade de Hospitais Universitários Federais e de Habitantes, por região (2018)

Região	HUFs		Habitantes	
	Nº	%	Nº	%
Centro-Oeste	5	10,0	16.085.855	7,7%
Nordeste	17	34,0	56.760.780	27,2
Norte	4	8,0	18.182.253	8,7
Sudeste	17	34,0	87.711.946	42,1
Sul	7	14,0	29.754.036	14,3
Total	50	100,0	208.494.900	100,0

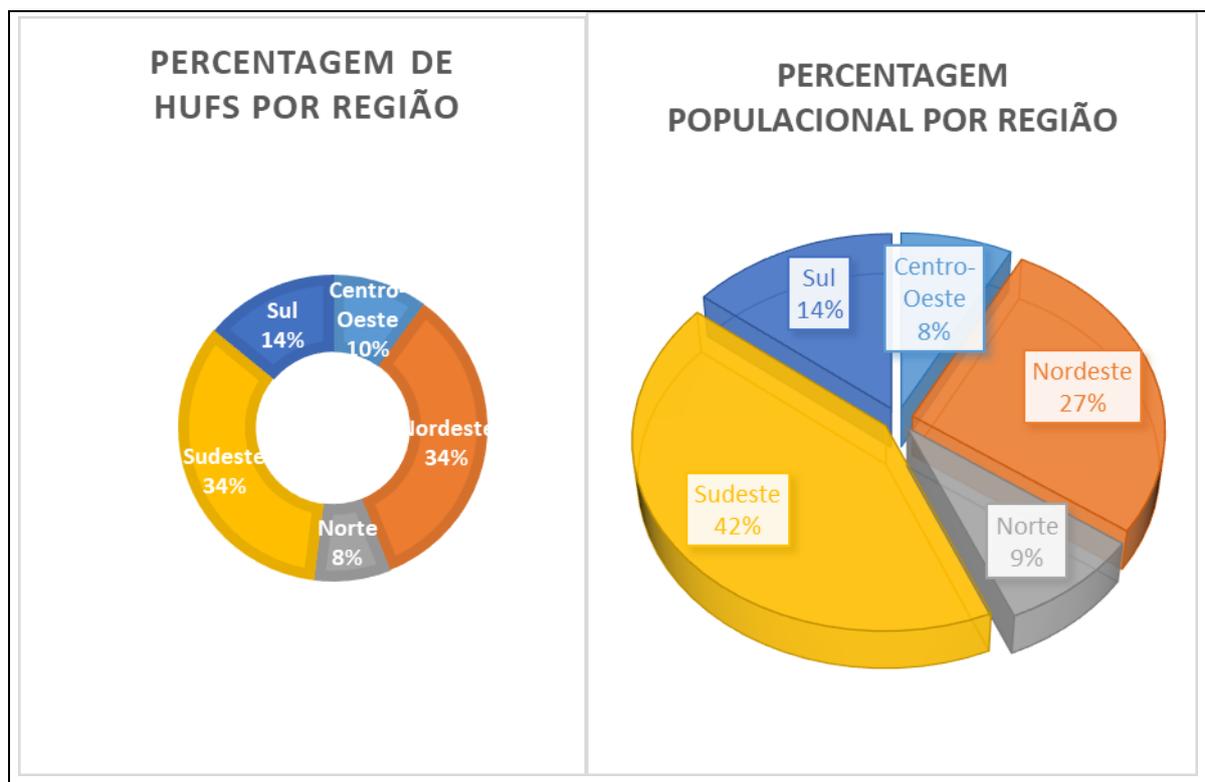
Fonte: PEREIRA JÚNIOR (2018). Base de dados da fonte: SCNES, (2018); IBGE, (2018).

Na Região Centro-Oeste, tem-se 7,7% da população brasileira, e ao mesmo tempo encontram-se 10% dos HUFs. A Região Norte apresenta população de 8% e HUFs na proporção de 8,7% e, na Região Sul, temos 14,3% de população e 14% de HUFs. Portanto, nota-se, nessas três regiões, verossimilhança da percentagem de HUFs com a de distribuição populacional.

Nas maiores regiões brasileiras, em níveis de extensão, também há diferenças mais significativas entre distribuição de HUFs e de população. Ou seja, no Nordeste, enquanto tem-se a representatividade populacional de 27,2%, há 34% dos HUFs, assim, há um desvio percentual de quase 7%. Pereira Júnior (2018) destaca que isso é produto, em boa parte, da expansão do ensino superior federal promovido a partir de 2003, impulsionando a abertura de novas universidades federais e de novos câmpus das já existentes, ocorridas, com destaque, no Nordeste. De uma maneira geral, ocorreu ampliação de cursos e de matrículas em todo o Brasil, no ensino superior em âmbito federal, propiciadas por diversas políticas governamentais da União, com destaque para o Programa de Reestruturação das Instituições Federais de Ensino Superior (REUNI).

Na análise da Região Sudeste a diferença é invertida, no sentido de ter-se maior percentagem de número populacional, quer seja 42,1%, em detrimento do número percentual de HUFs, qual seja 34%. Sobre esse aspecto, Pereira Júnior (2018) aborda que essa diferença é compreensível, posto a região em questão ter a presença considerável de importantes universidades estaduais, a destacar, o estado de São Paulo, que detém enormes complexos universitários estaduais (USP, Unesp e Unicamp).

Gráfico 1 - Representação da percentagem de HUFs e de Habitantes por região brasileira (2018)



Fonte: PEREIRA JÚNIOR (2018). Base de dados da fonte: SCNES (2018); IBGE (2018).

Outro recorte necessário a ser analisado no tocante à estrutura física dos Hospitais Universitários Federais diz respeito à mensuração de como é o porte hospitalar da totalidade de nosocômios universitários federais. Assim, a Tabela 4, abaixo, é interessante nesse dimensionamento. Nela, apresentaremos a classificação usada por Pereira Júnior (2018), que utilizou a convergência da classificação normatizada pela Portaria 2.224/2002 do MS, da Portaria 1.044/2014 advinda da Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte e da literatura especializada.

Tabela 4 - Quantidade de HUs, por porte hospitalar (2018)

Leitos	Porte	Nº	%
<30	Pequeno Porte	5	10,0 %
30 – 149	Médio Porte	13	26,0 %
150 – 500	Grande Porte	26	52,0 %
>500	Capacidade Extra	6	12,0 %
Total		50	100

Fonte: PEREIRA JÚNIOR (2018). Base de dados da fonte: SCNES (2018).

Como resultado, evidencia-se que, concernente ao parque de Hospitais Universitários Federais, tais instituições são compostas por unidades de grande porte, ou seja, 64% (52% + 12%) dos HUFs possuem acima de 150 leitos, tão somente 10% são hospitais de pequeno porte. Observa-se, portanto, a partir dessa análise, que o perfil identificado dos HUFs os diferencia dos demais hospitais brasileiros, haja vista que estes significativamente se apresentam como de pequeno porte (39%) e possuem poucos hospitais considerados de grande porte, destacando-se que somente 7% dos hospitais do Brasil têm o número de mais de 200 leitos (BRAGA NETO *et al.*, 2012).

Gráfico 2 - Proporção de HUFs, por porte hospitalar (2018)



Fonte: PEREIRA JÚNIOR (2018). Base de dados da fonte: SCNES (2018).

Assim, o perfil dos HUFs brasileiros apresenta semelhança com o vivenciado em âmbito mundial, especialmente os hospitais da Europa, em que ocorrem políticas que racionalizam da oferta hospitalar, reduzindo-se a totalidade de leitos, fechando-se e fundindo-se hospitais e convertendo-se os menores em casas de enfermagem. Essas transformações fazem reduzir o número de hospitais, tornando-os de porte maior e com maior concentração tecnológica (BRAGA NETO *et al.*, 2012).

Uma análise que pode ser feita também é com relação à distribuição por regiões conforme o porte hospitalar. Assim, pela Tabela 5, a seguir, notam-se diferenças. Na Região Centro-Oeste, os hospitais de grande porte representam 80%, por outro lado, os de médio porte são 20%. Destaca-se, ainda, ela não ter hospitais de pequeno porte e de capacidade extra. O Nordeste tem, com seus hospitais de grande porte 47,1%, e os de capacidade extra, 5,9%, configurando um cenário de mais de 50% dos seus HUFs com capacidade vultosa. Entre as regiões brasileiras, é esta que concentra o maior percentual dos HUFs de porte médio: 41,2%.

Tabela 5 - Quantidade e proporção de HUFs, por região e porte hospitalar (2018)

Região	<30		30 – 149		150 – 500		>500		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Centro-Oeste	0	0	1	20,0	4	80,0	0	0	5	100,0
Nordeste	1	5,9	7	41,2	8	47,1	1	5,9	17	100,0
Norte	1	25,0	1	25,0	2	50,0	0	0	4	100,0
Sudeste	3	17,6	3	17,6	8	47,1	3	17,6	17	100,0
Sul	0	0	1	14,3	4	57,1	2	28,6	7	100,0
TOTAL	5	10,0	13	26,0	26	52,0	6	12,0	50	100,0

Fonte: PEREIRA JÚNIOR (2018). Base de dados da fonte: SCNES (2018).

A Região Norte apresenta-se tanto com 25% de hospitais de pequeno porte como nos de médio. Por outro lado, os de grande porte são 50%. E, na mesma situação da Região Centro-Oeste, esta não tem hospitais acima de 500 leitos.

Já a Região Sudeste tem 47,1% de grande porte, e igualdade na representatividade dos de pequeno, médio e capacidade extra, quer seja 17,6%. Por fim, temos a Região Sul com 85,7% de hospitais grandes na associação dos de grande porte e capacidade extra, por sua vez, não havendo hospitais de pequeno porte, e os de médio equivalem a 14,3% dos seus HUFs.

Não podemos deixar de situar a distribuição dos leitos hospitalares do Brasil em 2018, no sentido de se evidenciar a capacidade concernente à utilização em demandas que necessitam de leitos de internação (UTI). Desta feita, a verificação da disponibilização desse elemento e qual a percentagem de vinculação com o SUS são salutaras, destarte, a Tabela 6, abaixo, auxilia nessa compreensão:

Tabela 6 - Quantidade e percentual de leitos gerais e de UTI que atendem ou não o SUS no Brasil (2018)

Tipo	Existentes	SUS		Não SUS		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Leitos Gerais (sem UTI)	424.006	88,1	296.698	90,7	127.311	82,5
Leitos de UTI	57.377	11,9	30.312	9,3	27.062	17,5
Total de Leitos	481.383	100,0	327.010	100,0	154.373	100,0

Fonte: PEREIRA JÚNIOR (2018). Base de dados da fonte: SCNES (2018).

O panorama explicita o número de 481.383 leitos nos hospitais brasileiros, considerando, no cálculo, os sem e os com Unidade de Terapia Intensiva. Destes, 67,9% atendem ao Sistema Único de Saúde, sejam hospitais públicos ou privados.

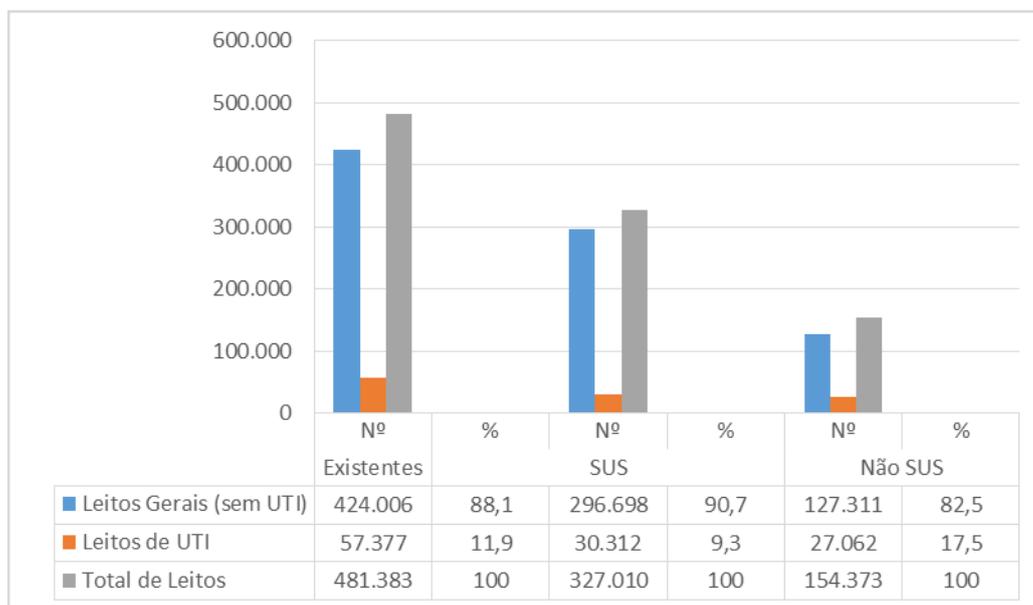
Porém, segundo dados de agosto de 2018, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), é apontado o fato de que 24,4% da população brasileira dispõe de determinado plano privado de saúde. Isso acaba gerando uma disparidade, posto que, de um lado, 75,6% do contingente populacional brasileiro que faz uso exclusivo do SUS tem o direito de acesso a apenas 67,9% dos leitos hospitalares disponíveis no Brasil. Já a parcela dos 24,4% populacional que contrataram planos privados podem barganhar para além dos seus 32,1% de leitos, exclusivamente privados, os leitos da rede pública, de cunho de acesso universal, quer seja, $(32,1\% + 67,9\% = 100\%)$ (PEREIRA JÚNIOR, 2018).

Nesse momento, portanto, paramos para refletir se a tão sonhada equidade existe, existirá ou é utópica. Quem pode pagar, nesse momento, é quem mais tem acesso aos serviços de saúde. A realidade parece demonstrar que a saúde é mais um reflexo de como o capitalismo promove desigualdades.

Outra desigualdade que pode ser percebida é com relação ao acesso aos leitos de internação (UTIs). Nota-se que, no contexto dos leitos do SUS, a percentagem de UTI é relativa a 9,3%, já nos leitos privados a percentagem é de 17,5%. Ou seja, quem possui um plano privado acaba podendo, em caso de necessidade, ter acesso aos leitos privados e aos leitos de acesso universal, assim perfazendo acesso a 27,2% dos leitos de internação brasileiros.

Se analisarmos a percentagem somente dentro dos leitos de cada setor, ou seja que atendem no âmbito público (SUS) ou privado (não SUS), observa-se que a diferença proporcional é de 88,1% no acesso aos leitos de internação entre cada segmento. Os leitos de atendimento SUS de UTI não chegam a 10% do total de leitos disponíveis, e os hospitais privados ultrapassam os 17% dos disponíveis.

Gráfico 3 - Quantidade e percentual de leitos gerais e de UTIs que atendem ou não o SUS no Brasil (2018)



Fonte: PEREIRA JÚNIOR (2018). Base de dados da fonte: SCNES (2018).

Continuando nosso exercício de análise no tocante à estrutura disponível nos Hospitais Universitários Federais, é oportuno, pois, o estudo da distribuição, em 2018, de habitantes e de HUFs por região, bem como do número de leitos regionais e a verificação da disponibilidade regional com relação aos leitos de UTI. Destarte, torna-se importante observar a Tabela 7, abaixo:

Tabela 7 - Quantidade e percentual de habitantes, HUFs, total de leitos e leitos de UTI, por região geográfica (2018)

Região	Habitantes		HUFs		Total de Leitos HUFs		Leitos de UTI HUFs	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Centro-Oeste	6.085.885	7,7	5	10,0	1.023	9,0	187	11,0
Nordeste	56.760.780	27,2	17	34,0	3.380	29,0	525	30,0
Norte	18.182.253	8,7	4	8,0	536	5,0	37	2,0
Sudeste	87.711.946	42,1	17	34,0	4.000	35,0	607	35,0
Sul	29.754.036	14,3	7	14,0	2.526	22,0	379	22,0
Total	208.494.900	100	50	100,0	11.465	100,0	1.735	100,0

Fonte: PEREIRA JÚNIOR (2018). Base de dados da fonte: SCNES (2018); IBGE (2018).

A partir da configuração disposta na Tabela 7, é perceptível que a região Centro-Oeste apresenta uma situação interessante, posto que, ao representar 7,7% da população brasileira, concentra 10% dos HUFs, e esse patamar percentual praticamente permanece indiferente em relação ao total de leitos dos HUFs (9%), bem como na disponibilidade de leitos de UTI nos HUFs (11%).

Outra região que apresenta condição favorável é a Nordeste, que, com uma população residente correspondente a 27,2% da população brasileira, dispõe de 34% dos HUFs brasileiros, detêm 29% dos leitos desses nosocômios universitários e concentra, ainda, 30% dos leitos de UTI.

Todavia, na Região Norte encontramos uma situação desfavorável, visto que, ao estarem a representar 8,7% da população, tão somente detêm 5% dos leitos dos HUFs e apenas 2% de leito de UTI. Já a Região Sudeste detém 34% do contingente de HUFs brasileiros, 35% dos leitos totais dos HUFs e 35% dos leitos de UTI, no entanto, a região apresenta-se concentrando 42% da população brasileira. E, por fim, o Sul brasileiro pode ser considerado a região mais favorecida, posto concentrar 14,3% da população, 14% dos HUFs, 22% dos leitos totais e 22% dos leitos de UTI.

Uma análise sobre a frequência em termos absolutos e relativos de leitos de UTI, conforme as regiões brasileiras, também contribui para visualizar um panorama que agrega contribuição para a reflexão. Assim, a Tabela 8, abaixo, expõe tais dados:

Tabela 8 - Quantidade e percentual de leitos gerais, leitos de UTI e total de leitos, por região geográfica (2018)

Região	Leitos gerais (sem UTI)		Leitos de UTI		Total de Leitos	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Centro-Oeste	836	81,7	187	18,3	1.023	100,0
Nordeste	2.855	84,5	525	15,5	3.380	100,0
Norte	499	93,1	37	6,9	536	100,0
Sudeste	3.393	84,8	607	15,2	4.000	100,0
Sul	2.147	85,0	379	15,0	2.526	100,0
Brasil	9.730	85,0	1.735	15,0	11.465	100,0

Fonte: PEREIRA JÚNIOR (2018). Base de dados da fonte: SCNES (2018).

Da totalidade dos leitos dos HUFs em 2018, constata-se que 85% deles são gerais e apenas 15% são de terapia intensiva. Assim, Nordeste, Sudeste e Sul têm percentagens muito próximas, porém, ocorre variação considerável destes percentuais na Região Centro-Oeste, que apresenta a presença de (18,3%) de leitos de UTI. E, no Norte, os 6,9% de leitos de UTI evidenciam a menor percentagem em relação ao contido nas outras regiões, demonstrando, assim, o difícil acesso a esses leitos de complexidade na região, diante da oferta da rede hospitalar universitária federal.

Para além da dimensão regional, é imperioso verificar a evolução dos leitos dos Hospitais Universitários Federais de 2005 a 2018, utilizando dados do SCNES, para avaliar como ocorreu esse processo no parque hospitalar universitário. Desta feita, a Tabela 9 e o Gráfico 4, a seguir, demonstram aumento no número total de leitos dos 50 HUFs, ou seja, tem-se uma elevação, no período de 2005 a 2018, de 11,6%. Importante observar pontos sazonais: de 2005 a 2009, a tendência foi de crescimento, contrastando com o período entre 2010 e 2013, em que ocorreu redução, voltando a crescer a partir de 2014 até o ano de 2018.

É possível, ainda, visualizar disparidades regionais. No Nordeste e no Sul cresceu em mais de 17% o número de leitos hospitalares. Já o Sudeste atingiu elevação em 12%. Todavia, a Região Centro-Oeste praticamente manteve estabilidade, crescendo apenas 1,2%. E no Norte a redução foi acima de 20% (esse drástico número pode ser explicado pela redução brusca de 50% dos leitos da então maior unidade desta região, o Hospital Universitário Getúlio Vargas, da Universidade Federal do Amazonas).

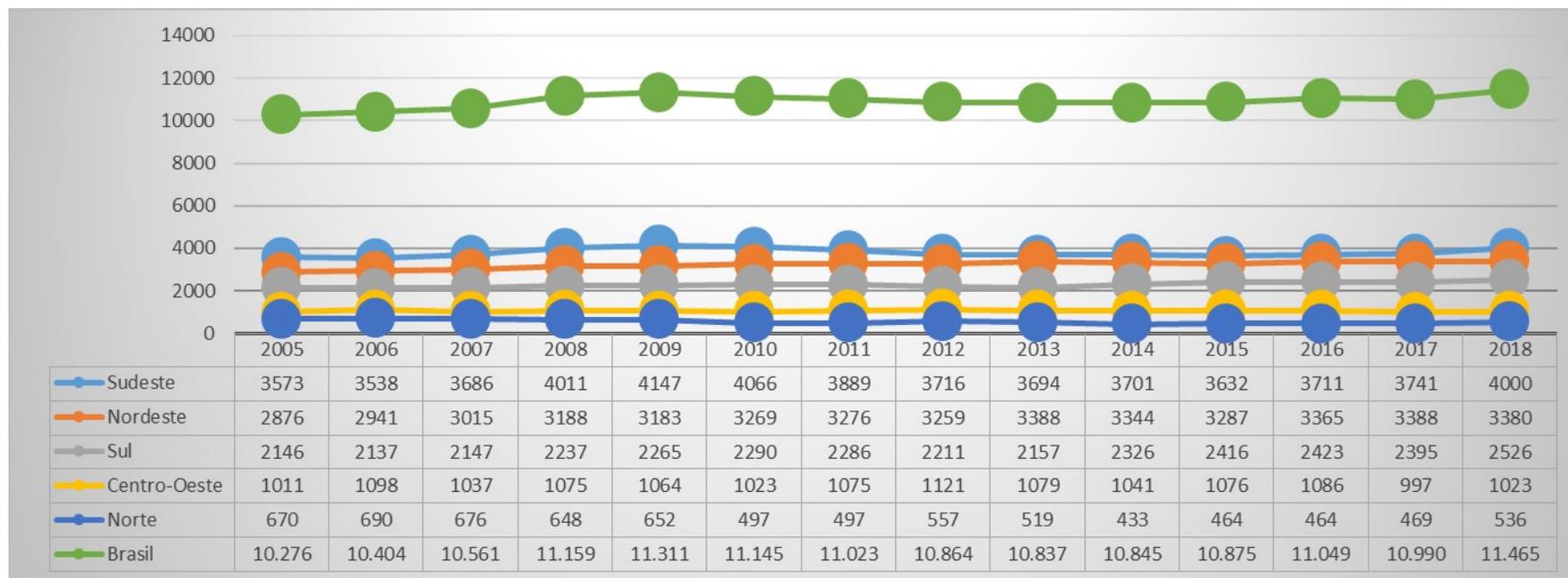
O SCNES apontou que, no ano de 2009, o hospital tinha 317 leitos; em 2010, o número reduziu-se para 162, o qual foi mantido até 2018.

Tabela 9 - Quantidade de leitos hospitalares dos HUFs, por região e ano (2005 a 2018)

Região	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	%
Sudeste	3573	3538	3686	4011	4147	4066	3889	3716	3694	3701	3632	3711	3741	4000	12,0
Nordeste	2876	2941	3015	3188	3183	3269	3276	3259	3388	3344	3287	3365	3388	3380	17,5
Sul	2146	2137	2147	2237	2265	2290	2286	2211	2157	2326	2416	2423	2395	2526	17,7
Centro-Oeste	1011	1098	1037	1075	1064	1023	1075	1121	1079	1041	1076	1086	997	1023	1,2
Norte	670	690	676	648	652	497	497	557	519	433	464	464	469	536	-20,7
Brasil	10.276	10.404	10.561	11.159	11.311	11.145	11.023	10.864	10.837	10.845	10.875	11.049	10.990	11.465	11,6

Fonte: PEREIRA JÚNIOR (2018). Base de dados da fonte: SCNES (2018).

Gráfico 4 - Quantidade de leitos hospitalares dos HUFs, por região e ano (2005 a 2018)



Fonte: PEREIRA JÚNIOR (2018). Base de dados da fonte: SCNES (2018).

A análise da dinâmica histórica dos hospitais universitários federais pode ser feita com base na vinculação da entrada em cena da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), bem como outras formas jurídicas que também administram os HUFs. Do contingente de 50 HUFs brasileiros, os que aderiram à EBSERH até a competência novembro de 2018 eram 40. Com relação aos demais, existem oito que têm vinculação junto à Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), esta que utiliza sua fundação de apoio para a gestão do complexo hospitalar; temos, também, o Hospital Universitário de São Paulo (UNIFESP), cuja administração é feita pela Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM); e o Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, que é uma empresa pública, esta que inspirou a própria criação da EBSERH.

Tendo em vista que ocorreu crescimento dos leitos dos HUFs no período compreendido entre 2005 e 2018, a indagação proeminente é se a vinculação jurídico-administrativa impactou nessa elevação. A Tabela 10 e o Gráfico 5, a seguir, ajudam a responder à questão. Destaque-se que os leitos vinculados à EBSERH tiveram elevação de 16,5% no período de 2005 a 2018.

Já com relação aos não vinculados à EBSERH, observa-se que os que tinham vinculação com a UNIFESP e com a UFRJ, nesse mesmo período (2005 a 2018), tiveram os leitos reduzidos em 8,7%, entretanto, durante o interstício de 2013 a 2018 — período em que a EBSERH começou a pactuar com os HUFs —, esses hospitais críticos e a empresa tiveram aumento do número de leitos em 3,11%. Por sua vez, houve aumento expressivo dos leitos do HCPA/UFRGS, em 36,6%, entre 2005 e 2018.

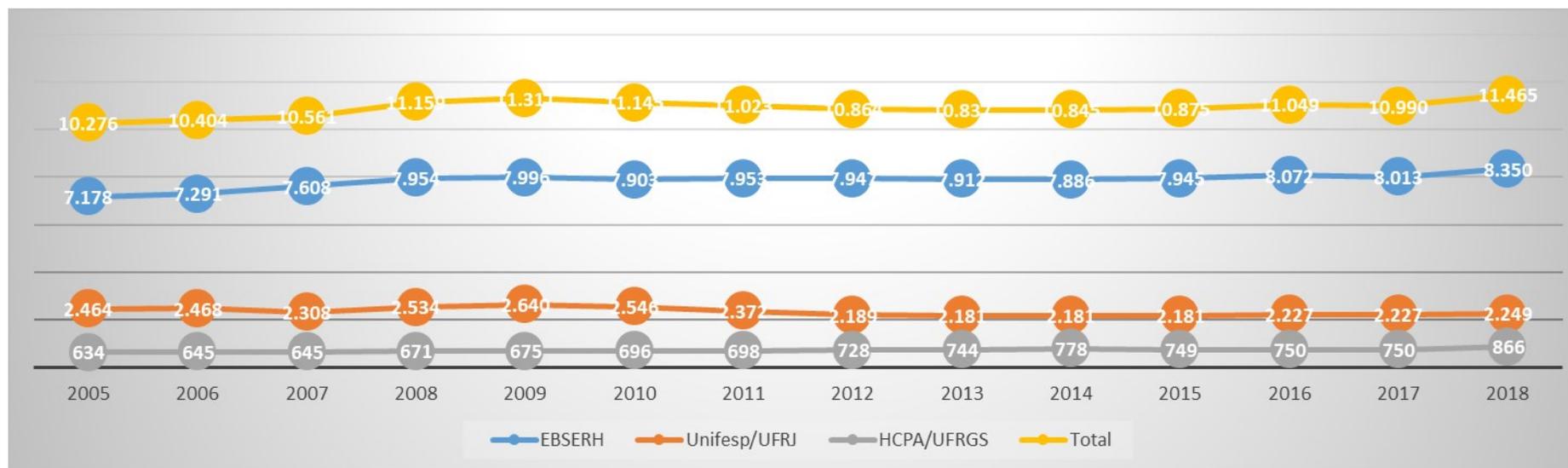
Os dados demonstraram que o Governo Federal dispendeu prioridade política no sentido da adesão dos HUFs ao modelo jurídico, representado pela EBSERH, bem como também ampliou o apoio junto ao HCPA/UFGRS. Desse modo, esses hospitais conseguiram expandir seus leitos, ao passo que os hospitais da UNIFESP e da UFRJ, estes não aderentes à EBSERH, sofreram (e sofrem) para manterem ativos seus leitos.

Tabela 10 - Quantidade de leitos hospitalares dos HUFs, vinculados e não vinculados à EBSERH, por ano (2005 a 2018)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	%
EBSERH	7.178	7.291	7.608	7.954	7.996	7.903	7.953	7.947	7.912	7.886	7.945	8.072	8.013	8.350	16,3
Unifesp/UFRJ	2.464	2.468	2.308	2.534	2.640	2.546	2.372	2.189	2.181	2.181	2.181	2.227	2.227	2.249	-8,7
HCPA/UFRGS	634	645	645	671	675	696	698	728	744	778	749	750	750	866	36,6
Total	10.276	10.404	10.561	11.159	11.311	11.145	11.023	10.864	10.837	10.845	10.875	11.049	10.990	11.465	11,6

Fonte: PEREIRA JÚNIOR (2018). Base de dados da fonte: SCNES (2018).

Gráfico 5 - Quantidade de leitos hospitalares dos HUFs, vinculados e não vinculados à EBSERH, por ano (2005 a 2018)



Fonte: PEREIRA JÚNIOR (2018). Base de dados da fonte: SCNES (2018).

2.7 - Não partindo somente de um ritmo linear: considerações sobre o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (MRSB)

Na contemporaneidade, o Brasil tem, mesmo em termos mundiais, uma política pública de saúde notória. Referimo-nos ao Sistema Único de Saúde (SUS)³⁰. Sendo, pois, referência para o mundo, ela é produto de disputas conflituosas, que culminaram em conquistas após intensas lutas que deram, nas palavras de Zeferino (2019, p. 21), “o colorido especial que a Saúde no Brasil possui atualmente”.

Consoante às problemáticas de gestão e insuficiência de recursos financeiros, está ocorrendo a proposição da utilização de ferramentas para suprir flagelos na saúde. Diversos programas também foram instituídos na tentativa de solver a saúde pública. Oportuno, portanto, iniciarmos a discussão historicizando e/ou problematizando a Reforma Sanitária Brasileira, pois ela foi o pilar para a implantação do SUS na Constituição de 1988, e possibilitou, destarte, o surgimento de uma inflexão basilar no setor.

Em 1948, a Organização Mundial de Saúde (OMS) produziu uma inflexão significativa ao realizar o rompimento paradigmático do conceito de saúde ao atribuir novidade asseverando que a concepção estava associada, na verdade, à garantia de bem-estar físico, mental e também social. De natureza um tanto quanto utópica, o conceito sofreu críticas, considerando sua intangibilidade do ponto de vista técnico, representando, assim, mais uma simbologia de compromisso e não um exequível na prática (SCLiar, 2007).

Para Scliar (2007), após os desdobramentos do pós-guerra, a implantação desse modelo ultrarrevolucionário de saúde, dada a conjuntura no nível político, econômico e social, não era favorável. Especificamente, sobre o Brasil, destaca-se que, mesmo antes

³⁰ “O SUS constitui infraestruturas da vida cotidiana das pessoas. Em maior ou em menor grau, mas em alguma medida, se faz presente no dia a dia das pessoas, ainda que não tenhamos consciência dessa dependência e dessa incidência. Compreendê-lo como macrossistema de saúde permite apreendê-lo como dimensão espacial do cotidiano e desvendar as intencionalidades e projetos que acompanham os discursos e as ações de atores e agentes no campo da saúde.”

E segue o autor: “Levantamento do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Sistema de Indicadores de Percepção Social - Sips/Ipea) publicou, em 2011, que 34,3% da população brasileira afirmou nunca ter usado o SUS. Para De Lavor *et al.* (2011) é muito pouco provável que esse dado faça sentido e que corresponda à realidade. O SUS está presente no cotidiano de toda a população brasileira, contudo também se faz presente na vida diária das pessoas a produção de uma *invisibilidade* do SUS que responde a alguns interesses e intencionalidades, sobretudo daqueles vinculados à mercantilização e privatização da saúde”. RIBEIRO (2015, p. 103, grifo do autor).

desse *momentum*, não existia um sistema de saúde que fosse capaz de realizar a absorção frente à nova concepção de saúde oriunda da OMS.

Historicamente, diversas instituições vinculadas à saúde brasileira foram criadas, como a Diretoria Nacional de Saúde Pública (DNSP), no ano de 1920; as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) — embrião do Seguro Social e os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) —, entre meados do ano de 1920; a Revolução de 1930; e o próprio Ministério da Saúde, criado em 1953. Citamos, ainda, a junção das IAPs, ocorrida em 1966, que deu origem ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS); já em 1977, ocorreu a criação do Sistema Nacional de Previdência Social e Assistência Social (SINPAS), este que passou a englobar o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), entre outros que formam as materialidades que sazonalmente referenciaram quando o assunto era relacionado à saúde (BAPTISTA, 2007; FIGUEIREDO NETO *et al.*, ZERMIANI, 2017).

Embora com características singulares, e demarcando traços sazonais de um dado período, o desdobramento foi a produção de um sistema de saúde segregador e com dispêndio de recursos do erário de forma elevada, e que promoveu, por sua vez, uma cobertura populacional muito restrita, de pouco resolutividade³¹ na análise de aplicação considerando o longo prazo. Esse período apresentava poucas políticas públicas de saúde, corroborando para o aumento da injustiça social, já que o direito à saúde estava mantido como um privilégio de alguns, na simbiose de um tipo de cidadania que era regulada e excluía (WAILLA, 2017, FALLETI, 2010).

Nesse contexto, em que interesses da classe empoderada do país eram prioritários em oposição à situação de condições mínimas na sociedade brasileira, é que se organizaram os primeiros movimentos reformistas para a saúde, mais especificamente, a partir da redemocratização do país (WAILLA, 2017).

Para Correia *et al.* (2010), a saúde sofreu atuação estatal, que construiu um modelo médico privatista no período do governo militar, todavia, isso impulsionou a crítica, ou a possibilidade do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), já que

³¹ A palavra resolutividade aparecerá neste trabalho com duas conotações, conforme o contexto a ser abordado. Quando não envolver diretamente os princípios do SUS, refere-se à capacidade de resolver e/ou finalizar um processo. Ao ser usada na discussão associada aos princípios do SUS, partimos da concepção da definição de resolutividade advinda do Ministério da Saúde (BRASIL, 1990, p. 10): “a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência”.

a política existente era praticada por ações de reduções, paulatinas do orçamento do Ministério da Saúde, que cuidava das ações coletivas de saúde e aumentava, de forma progressiva, o orçamento do INAMPS, o qual responsabilizava-se pela saúde ora de seus segurados. De um lado, o Estado se responsabilizava pela recuperação de saúde de parte do contingente populacional e, paradoxalmente, provocava dinamização e enriquecimento via recursos públicos do setor capitalista, qual seja, produtivo de saúde.

Assim, formou-se um embate sobre as ideias do movimento reformista que propunha que se expandisse a assistência médica da previdência para toda a sociedade. O conflito era entre quem apoiava a RSB e forças exógenas que temiam perder o poder da já institucionalizada elitização da saúde na Previdência Social e no setor privado (BAPTISTA, 2007).

O contexto, conseqüentemente, permitiu a realização, em 1980, da VII Conferência Nacional de Saúde, provocando a ocorrência de debates tanto oficiais como não-oficiais a respeito da proposição de reforma sanitária. Por conseguinte, com o fim do regime militar, abriram-se brechas — conquistadas nas lutas — que propiciaram o lapidamento das ideias e a arregimentação de militantes de diversos segmentos, num propósito único ora que comungavam: o direito à saúde, consolidando, pois, o Movimento de RSB (WAILLA, 2017).

Desta feita, contra políticas que, embora não provocaram transformações radicais de cenário, contribuíram para instrumentalizar um projeto de remodelagem da saúde pública brasileira: a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS). Esta, considerada significativa e reformuladora do Sistema Nacional de Saúde, posto que se incluiu a perspectiva do “usuário”, e não somente dos profissionais, prestadores de serviços e de quadros técnicos e burocráticos do setor da saúde (SCOREL, 2012, PAIM, 2007).

O momento político da redemocratização tornava a opinião pública um importante instrumento, estimulando a sociedade a lutar através de mobilizações por seus direitos, e foi nesse contexto que se realizou, em 1986, a referida conferência, cuja estrutura tinha os seguintes pilares: a saúde como um direito inerente à própria cidadania, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento do setor de saúde (PAIM, 2007).

Sem resultados imediatos, a 8ª Conferência teve como desdobramento a realização de observações das suas propostas em meio à discussão da Assembleia Nacional Constituinte 1987/88.

A conferência não logrou nenhuma proposta de texto para a Constituição, mesmo após recomendação do presidente Sarney de que ela era uma “pré-Constituinte da saúde”, entretanto, o relatório final dela, ao consolidar todas as propostas do movimento sanitário — formalizando, dessa maneira, um projeto de reforma —, tornou-se o pilar que sedimentou nessa Constituinte a saúde como um direito de todos e dever do Estado, princípio tal qual central de defesa do RSB (MENICUCCI, 2007).

É durante o processo da Constituinte brasileira que aquele conceito da OMS sobre a saúde ganhou tangibilidade. Mesmo com resistência, num primeiro momento, de prestadores de serviços privados e da própria medicina autônoma, bem como associados ainda a conflitos intragovernamentais entre reformistas do Ministério da Saúde e da Previdência Social, que, a princípio, impeliram que se definissem políticas de financiamento, de regulamentação do setor privado, descentralização e unificação do sistema, dentre outras de relevância para a reforma sanitária. O fato é que não conseguiram barrar a aprovação do Sistema Único de Saúde, bem como de seus princípios direcionadores, outrora redefinindo a saúde, que passou a ser formada por condições de alimentação, habitação, lazer e educação, e não simplesmente pela ausência de doença (FARIA, 1997, *apud* BAPTISTA, 2007, p. 50).

Com sua inscrição na CF 88, a saúde rompeu paradigmas de exclusão e de marginalização advindos do passado e selou compromisso com a democracia. Dar acesso igualitário e universal à saúde, no sentido de direito de todos e dever do Estado, instituiu um modelo de proteção social (BRASIL, 1988, Art. 196).

Nessas três décadas de novo *status* para a saúde — tal roupagem não somente de tom constitucional, mas também social —, várias estratégias romperam obstáculos tanto no campo legislativo-parlamentar como no técnico-institucional, contudo, apresenta-se limitada, em termos de eficácia, no contexto de uma consciência sanitária, cidadania na saúde e de promoção de melhorias nas condições de vida (*idem* saúde) da massa populacional (PAIM, 2007; SILVA, 2014).

A proposta da RSB é de uma reformulação geral, e está, deveras, longe de sua conclusão. Todavia, a RSB contribuiu na difusão da consciência do direito à saúde, bem como, na reforma democrática do Estado. As propostas de participação social e da existência de controle público — do Estado e do governo — advêm de conquistas a partir desse movimento (PAIM, 2007).

A RSB constituiu, portanto, o movimento histórico/coletivo da sociedade pelo ideário de justiça social, equidade e universalidade: princípios que subsidiaram a

discussão da Constituinte de 1987/1988 e que sagraram a inscrição no texto constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado. Ela representa a luta de classes na disputa por uma concepção de saúde não mais elitizada, mas que visa o bem-estar físico, mental e social; é a visão de mudança do padrão de saúde, que a partir de então passou a considerar as condicionantes sociais como definidoras de saúde. Ainda, é a transcendência de limites de uma reforma administrativa ou financeira, ou seja, é mais profunda, propõe a reformulação da concepção de saúde e ação institucional, revisando, pois, a legislação da promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1986).

Capítulo 3 - Um panorama estabelecido a partir do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais e da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

No segundo capítulo, foi abordado, com um primeiro olhar, o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino. Como resultantes de apontamentos oriundos do dito programa, duas ferramentas de gestão foram implementadas, quer sejam, a contratualização e a certificação, mas elas ainda não respondiam às problemáticas ora enfrentadas pelos HUFs. Consoante o contexto já discorrido anteriormente e, portanto, numa linearidade de programas, o Governo Federal lançou mão de estratégias administrativas/gerenciais (REHUF e EBSEH), a partir da década de 2010, assim mostrando alinhamento à NGP, sobretudo ao PDRAE brasileiro de 1995³².

O problema de financiamento dos HUFs, ao longo de seus marcos históricos, foi sendo, portanto, objeto de intervenções. Com esse pressuposto, focaremos a abordagem, neste momento, sobre essas estratégias de “reestruturação” para entendermos o concatenamento de suas inserções.

De início, destaca-se os hospitais de ensino e os hospitais universitários serem espaços focados por políticas e pesquisas, porque são referências de tecnologia nas suas regiões, desta feita, tais papéis de destaque corroboraram para eles serem visados e objetos de intervenções governamentais (SILVA; COSTA, 2003).

³² Segundo o PDRAE de 1995, no Aparelho do Estado seria possível se diferenciar quatro setores: “NÚCLEO ESTRATÉGICO. Corresponde ao governo, em sentido lato. É o setor que define as leis e as políticas públicas, e cobra o seu cumprimento. É portanto o setor onde as decisões estratégicas são tomadas. Corresponde aos Poderes Legislativo e Judiciário, ao Ministério Público e, no poder executivo, ao Presidente da República, aos ministros e aos seus auxiliares e assessores diretos, responsáveis pelo planejamento e formulação das políticas públicas. ATIVIDADES EXCLUSIVAS. É o setor em que são prestados serviços que só o Estado pode realizar. São serviços em que se exerce o poder extroverso do Estado - o poder de regulamentar, fiscalizar, fomentar. Como exemplos temos: a cobrança e fiscalização dos impostos, a polícia, a previdência social básica, o serviço de desemprego, a fiscalização do cumprimento de normas sanitárias, o serviço de trânsito, a compra de serviços de saúde pelo Estado, o controle do meio ambiente, o subsídio à educação básica, o serviço de emissão de passaportes, etc. SERVIÇOS NÃO EXCLUSIVOS. Corresponde ao setor onde o Estado atua simultaneamente com outras organizações públicas não-estatais e privadas. As instituições desse setor não possuem o poder de Estado. Este, entretanto, está presente porque os serviços envolvem direitos humanos fundamentais, como os da educação e da saúde, ou porque possuem ‘economias externas’ relevantes, na medida que produzem ganhos que não podem ser apropriados por esses serviços através do mercado. As economias produzidas imediatamente se espalham para o resto da sociedade, não podendo ser transformadas em lucros. São exemplos deste setor: as universidades, os hospitais, os centros de pesquisa e os museus. PRODUÇÃO DE BENS E SERVIÇOS PARA O MERCADO. Corresponde à área de atuação das empresas. É caracterizado pelas atividades econômicas voltadas para o lucro que ainda permanecem no aparelho do Estado como, por exemplo, as do setor de infra-estrutura [sic]. Estão no Estado seja porque faltou capital ao setor privado para realizar o investimento, seja porque são atividades naturalmente monopolistas, nas quais o controle via mercado não é possível, tornando-se necessário no caso de privatização, a regulamentação rígida”. (PDRAE, 1995, p. 41-42).

Considerando a importância dos HEs e dos HUFs, em 2003, criou-se uma Comissão Interministerial com fulcro em diagnosticar as suas situações e reorientar a política voltada para esses hospitais (BRASIL, 2012; LIMA, 2009). O resultado dos trabalhos da Comissão foi o surgimento de uma política em torno da reestruturação dos hospitais de ensino, que foi formalizada pelas seguintes regulamentações: Portaria nº 1.006/MEC/MS, de 27 de maio de 2004, que criou o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do MEC no SUS, e Portaria nº 1.702/MS, de 17 de agosto de 2004, que criou o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do SUS (LIMA, 2009). Produtos, pois, de uma mesma política que se desmembrou, as regulamentações eram simétricas, à exceção de que a “interministerial” era exclusivamente voltada à totalidade dos hospitais de ensino das IFES. Por outro lado, a Portaria nº 1.702/MS, de 2004, tinha como destinatários outros hospitais que não eram federais, ou seja, os estaduais e municipais (públicos ou privados).

O programa era estruturado pelas balizas da contratualização e da certificação, já detalhadas no segundo capítulo. Mas, de sorte, é necessária atenção com o contexto da correlação política com as suas implementações. De adesão voluntária, entretanto, o normativo de regulamentação condicionava que deveriam realizar-se tais etapas para ingressar no programa (LIMA, 2009).

Essa ferramenta gerencial/administrativa (contratualização) surgiu como uma maneira diferente de remuneração diante da então vigente. Propositava que esta não mais acontecesse por procedimento ou por internação e que fosse consubstanciada por um modelo misto: um orçamento por metas e indicadores de desempenho, bem como de resultados e produção diante dos procedimentos tidos como de alta complexidade (BRIZOLA *et al.*, 2011).

Ampliando a análise e não cotejando apenas a necessidade de aumento de recurso financeiro, em meio ao processo de evolução do SUS, Dussault (1992, p. 9), afirmou que simplesmente o “aumento de recursos não vai, de per si, elevar a eficácia e eficiência dos serviços. Maior volume de recursos administrados de uma maneira insuficiente resultará no aumento dos custos sem melhoria significativa do impacto dos serviços”. A contratualização foi projetada para além do aspecto financeiro e foi instituída como meio de planejamento, de monitoramento, bem como de avaliação e de regulação aplicável no campo hospitalar, com o viés de otimizar a gestão dos recursos financeiros, outrora objetivando também melhorar, além do acesso, a qualidade na saúde (BRIZOLA *et al.*, 2011).

Como pontuaram Ferreira e Mendonça (2009), a contratualização é paradoxal, ou seja, se apresenta como espécie de fôlego no quesito financiamento junto às instituições aderentes. Ela implica obrigações no sentido de mudanças na gestão dos hospitais; estes aprimoramentos não ocorrem de maneira eficaz, por conseguinte, não colaborando para gerar as transformações visionadas. O ideário pensado para o programa não aconteceu na prática, dessa maneira, a forma de gestão dos HUs ainda permaneceu marcada pelas pequenas flexibilidade, agilidade e autonomia (BARROS, 2014).

Buscando então, em tese, profissionalizar a gestão dos HUs e produzir avanços frente a facetas não contempladas nas ações anteriores por ele instituídas, o Governo Federal lançou mão de ações que prometiam inserir qualificadamente os hospitais junto ao SUS. E, assim, em 2010, ele promulga a primeira delas, qual seja, o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF) — o financiamento dos HUFs passaria a ser compartilhado entre os Ministérios da Saúde e da Educação (BRASIL, 2010).

Para Azevedo (2007), o surgimento do REHUF ocorreu na missão de empreender mudanças estruturais tanto no modelo de gestão como no financiamento que passou a ser partilhado entre MEC e MS, seguindo uma progressividade, além de estabelecer a pactuação global de desempenho através de instrumentais de contratualização, inserindo, desta feita, metas na assistência, na gestão, no ensino, na pesquisa e na extensão, com o compromisso de produção de resultados já no triênio 2010/2012, ou seja, no curto prazo.

Segundo Azevedo (2007), o REHUF foi lançado com um caráter de programa reformador, porém, à exceção da vultosa quantia de recurso disponibilizado aos HUs, ele apenas agiu de maneira paliativa, não propiciando transformações efetivas, principalmente estruturais, tendo em vista não ter agido no escopo central dos problemas ora vivenciados nesses hospitais.

Uma própria ossatura material do Estado, o TCU, evidentemente carregado de tensões, conflitos e interesses, consoante auditoria feita em 2014, verificou o não cumprimento de regras e diretrizes do REHUF. O tema da orçamentação global dos HUFs representava uma inovação orçamentária trazida no art. 4º do Decreto nº 7.082/2010, o qual assim rezava: “o financiamento como sendo o montante total das despesas correntes alocadas para esses hospitais, bem como as despesas de capital necessárias à sua reestruturação e modernização, excluindo-se deste montante as

despesas com inativos e pensionistas”. No rateio desses custos, por parte do MS haveria a alocação de recurso na ordem de 85% em relação ao valor contido no orçamento anual do MEC planejado para o programa. Dessa maneira, haveria uma progressão, de forma que, em 2012, o MS completaria paridade com o orçamento do MEC, quer seja 100% de repasse, a atingir-se naquele ano. O fato é que essa progressividade não foi seguida (AZEVEDO, 2017; BRASIL, 2010).

O TCU também, nessa auditoria, apontou que a ação do REHUF no sentido de reestruturar o quadro de recursos humanos, ou seja, efetuar a substituição dos terceirizados, não foi realizada. Sendo que a adequação necessária a ser feita no quadro funcional dos HUs foi propalada até o mês de dezembro de 2012 (lembrando que o programa foi implementado em fevereiro de 2010). Destaca-se que o cenário de demissões instantâneas — com uma conseqüente crise em decorrência dos efeitos possíveis, principalmente riscos a ações e serviços de saúde, como o fechamento de leitos e a imediata indisponibilidade de determinados serviços da saúde — foi pensado e determinante para a extensão do prazo para regularização da questão do quadro de recursos humanos (AZEVEDO, 2017).

Nesse contexto, em que a exigência por ações céleres era premente, logo são lançadas duas alternativas. A primeira proposição foi a ampliação do número de Adicional por Plantão Hospitalar (APH). Optar por esse caminho fez esbarrar-se na eficácia para a resolutividade do problema, já que somente era possível determinada carga horária de APH, respeitando os limites adstritos na lei (PESSOA, 2010).

A segunda proposta foi a criação da EBSEH. O Congresso Nacional, pois, foi de acordo com a criação da empresa e, em 15 de dezembro de 2011, promulgou a Lei nº 12.550, que, por sua vez, autorizou o Executivo a criá-la, tendo como finalidade a prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêuticos à comunidade. Ficou com a missão de formar pessoas no âmbito da saúde pública, e seguiria respeitando a autonomia universitária, nos termos do art. 207 da Carta Magna de 1988 (BRASIL, 2011).

Essa proposta ventilou uma assunção a modelos privatistas em face de um momento em que os HUFs encontravam-se, que era de recuperação; assim, o conflito era iminente: entidades sindicais (como o ANDES) vinculadas ao setor da educação e movimentos que defendiam a saúde pública — de qualidade e gratuita — lutaram para que fosse declarada a inconstitucionalidade da propositura (PESSOA, 2018; AZEVEDO, 2017).

Segundo Pessoa (2018), essa contratualização “maior” feita junto à EBSERH repercutiu nos aspectos de gestão dos HUFs e de processos de trabalho nesses hospitais. Ela figurou como a esperança, ou seja, a totalidade de problemas de gestão dos HUFs, e a insuficiência de recursos financeiros seriam, em tese, resolvidos a partir da sua operacionalização.

O transcurso após a criação da EBSERH ocorreu de forma turbulenta. Diante de incertezas, diversas possibilidades e de uma gama de arranjos, ambientaram-se novas discussões. Mais uma vez, novos modelos de gestão foram apontados como necessários para melhorar a tomada de decisões e propiciar a garantia de saúde de qualidade para a população (MARQUEZ, 2015).

Vamos, resumidamente, assinalar algumas ocorrências para entender a dinâmica evolutiva sobre o financiamento dos HUFs, tendo em vista que tais políticas atuam simultaneamente e muitas vezes imbricam-se.

Com fulcro na reorganização e qualificação da atenção hospitalar no SUS, o Governo Federal lançou a Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013, regulamentando a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP).

Inicialmente, temos uma controvérsia que a PNHOSP soluciona, que é a definição de competência para o contratante efetuar as regulações das ações, serviços e responsabilidades dos contratados no que diz respeito à assistência, ao ensino e à pesquisa, ao cumprimento dos compromissos/metabolismos de serviços contratualizados e também o monitoramento, avaliação e auditoria (BRASIL, 2013; SANTOS e PINTO, 2017).

Essa política regeu que a contratualização a ser formalizada entre o gestor público e os hospitais vinculados ao SUS dará prioridade para os hospitais públicos, na seguinte ordem de preferência: federais, estaduais, distritais ou municipais. Na constante busca por melhoria no financiamento e na qualidade da assistência no âmbito hospitalar, a Portaria GM/MS nº 3.410/2013 revogou diversas normas sobre a contratualização e preconizou uma congruência de encaixe com a PNHOSP (NEVES, 2017).

Ainda consoante às orientações da portaria supracitada, a contratualização passou a ser entendida como um processo, constituído de fases. Mas, cabe destacar, por ora, as modalidades que podem ser pactuadas: a orçamentação parcial³³ e/ou a

³³ Orçamentação parcial: Financiamento cuja composição é de um valor pré-fixado e outro é pós-fixado, em outras palavras, uma parte é fixa e a outra é variável. A fixa é formada por recursos para o custeio de

orçamentação global³⁴. Dados da EBSEH, de 2017, apontam que, dos 39 hospitais vinculados/conveniados a ela, 33 utilizaram orçamentação parcial (Zeferino, 2019). Essa informação converge com o preconizado nessa norma regulamentadora, a qual estipula que hospitais públicos e os privados sem fins lucrativos teriam financiamento, de preferência, via orçamentação parcial (Ar. 16, Port. GM/MS nº 3.410/2013).

Ao mesmo tempo que tal portaria estipula que caberia aos próprios hospitais produzir estratégias para realizar monitoramento e avaliação tanto de compromissos quanto de metas, pactuados na contratualização, ela amplia tal responsabilidade, disciplinando que cabe a todas as esferas de gestão do SUS a responsabilidade pelo monitoramento e pela avaliação dos serviços dispendidos pelos hospitais contratualizados, respeitando a competência de cada uma das esferas de gestão. O espaço para esse controle ocorrer já vem identificado, quer seja, a Comissão de Acompanhamento de Contratualização – CAC (BRASIL, 2013).

O intuito de termos avançado até a política mais recente que reflete/regulamenta o financiamento dos HUFs é demonstrar que a dinâmica hospitalar na busca por melhorias é constante, e sempre diante da necessidade de mais aporte financeiro, de modelos de gestão e em tornar o SUS um sistema com mais acesso e com mais qualidade. Talvez o que seja importante é manter vivo esse movimento de análise indagativa sobre se a justiça social, a equidade, a política de Estado, ou a política de Governo, estão se sobressaindo. Assim, o colorido especial poderá ser sempre reemergido quando direitos estiverem sendo sobrepujados em face de privilégios ocultados e/ou exclusões sendo promovidas, ou mesmo inclusões servindo de máscaras.

Antes de centralizarmos a análise, convém, pois, versarmos sobre uma descoberta que fizemos que se situa importante diante de nossa híbrida formação (Administração/Geografia). A administração pode ser entendida como um processo administrativo/organizacional: planejamento, organização, direção e controle. Sob este viés, serve para inúmeras situações, ou seja, desde organizar uma apresentação de *slides*

procedimentos de média complexidade, adicionados de incentivos. A variável forma-se de recursos para o custeio de procedimentos de alta complexidade e dos financiados via Fundo de Ações Estratégicas de Compensação (FAEC). A parte pré-fixada condiciona-se ao cumprimento de metas quantitativas/qualitativas, já a pós-fixada vincula-se à maneira antiga de repasse, condiciona-se à produção (BRASIL, 2013).

³⁴ Orçamentação global: O total de recursos é provisionado. Os procedimentos de média e alta complexidade estão juntos, e o repasse, por sua vez, condiciona-se ao cumprimento de metas de média e alta complexidade, à exceção dos recursos FAEC, que seguem a lógica de condicionamento relacionado à produção (BRASIL, 2013).

ou uma festa até uma excursão ou rotina administrativa. Não precisaria ser um bacharel para estar utilizando tais categorias administrativas.

Segundo o Dicionário Online de Português³⁵, administração também é entendida como: “Ação de administrar, de dirigir os negócios públicos ou privados, de gerir bens”; ou: “Gestão dos negócios públicos; governo”; ainda, é: “Corpo administrativo que tem a seu cargo a administração pública: a administração do Estado”; bem como: “Maneira de governar, de gerir um negócio (público ou particular); direção, gerência”. Além destes significados, tem-se outros, ou seja, há uma gama de possibilidades diante dessa palavra.

Uma outra importante dimensão é que ela etimologicamente remete à “dominação”. Talvez, aqui, o caráter referenda uma apreensão crítica no sentido de olhar as lutas de classes, entre dominantes e explorados em diversas escalas. Para poder-se administrar, a história nos demonstra que determinados povos dominaram outros povos, outras culturas, a fim de ditarem as direções, quer seja, passaram a ser os administradores.

Não extrapolando muito os níveis que podem ser refletidos, voltemos ao nosso escopo. A nossa pesquisa bibliográfica revelou que, até hoje, inexistiu uma teoria própria da administração pública, o que há é uma teoria da administração privada aplicada à administração pública, e esta prática se coaduna com o viés do próprio Programa REHUF e tantos outros modelos de gestão, que partem da base de uma administração privada replicada no contexto da administração pública. Gestão, por sua vez, conforme nossas pesquisas, passou a ser usada na área da saúde em alternativa a fazer-se menção à administração: utilizar a terminologia “gestão” ganhou, neste setor, credibilidade, passou a ser chique, ter *status* de necessidade e salvamento; passou, enfim, a ser uma palavra “mágica” nos contextos de ajustes fiscais.

Para Marcelo Lopes de Souza (2013) os conceitos são “unidades explicativas” e, nesse sentido, diríamos que, além disso, são também usados dentro da organização social — em um contexto espacial — visando uma intencionalidade. Arriscamos dizer que atualmente são utilizados na “psicoesfera”, ou seja, não mais somente no campo dos objetos, mas das ações.

Essa transformação conceitual supraelencada está a serviço do reforço de discursos e práticas discursivas, tais que dão brilho no seu apontamento, como sinônimo

³⁵ Disponível em: <<https://www.dicio.com.br/administracao/>> Acesso em: 15 de out. 2019.

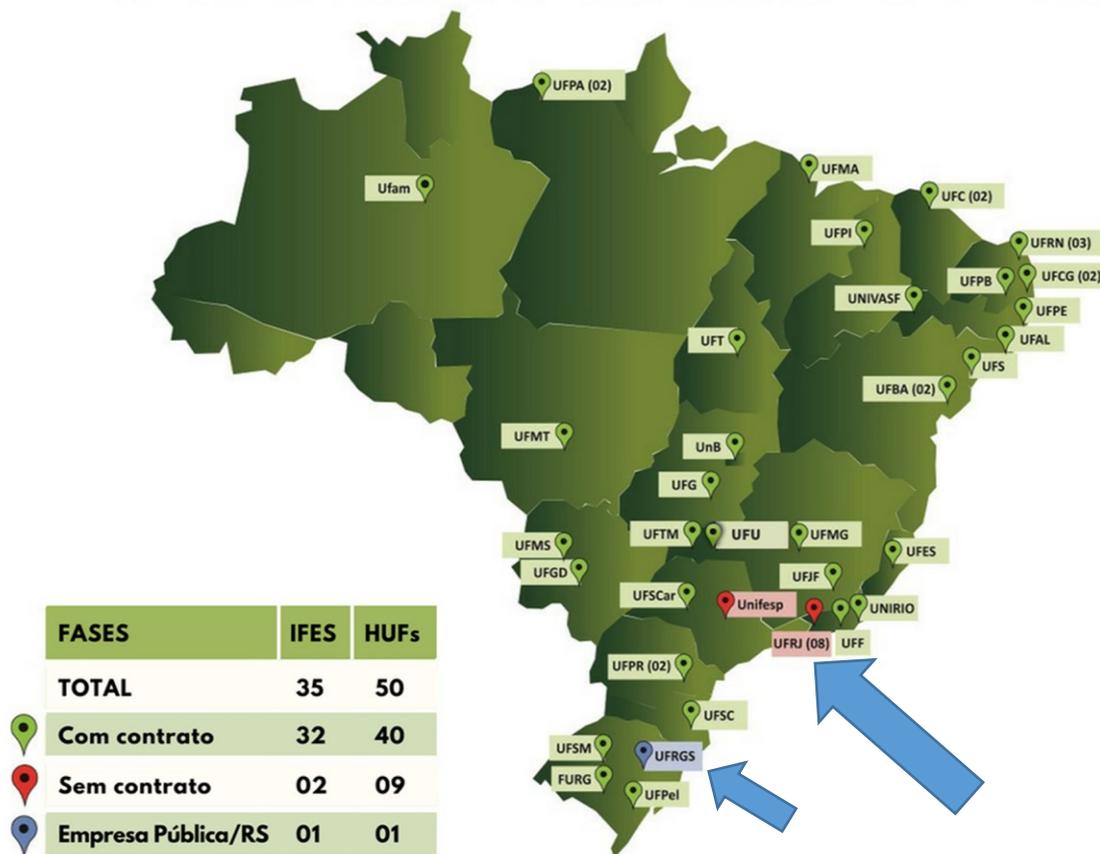
de resolubilidade, de solução proposta, mas que esconde a essência de estar direcionando para um único modelo, o ideal, o que reforça uma “crise” necessitar de gestão para ser resolvida. Que gestão seria essa? Ela respeita os princípios e referenciais de um pacto social pela saúde ou é só mais um clichê ideológico sendo usado?

Como já mencionamos, a EBSEH tornou-se a gestora do REHUF; assim, é preciso, imagetivamente, verificarmos a sua presença (Figura 1). Ela administra, na contemporaneidade, 80% dos HUFs. O HCPA/FURGS, modelo para a construção da EBSEH, é uma empresa pública e soma-se ao plantel existente de HUFs que são geridos por empresas públicas de direito privado.

Representando HUFs críticos ao modelo de gestão EBSEH, temos, portanto, 8 HUFs vinculados à UFRJ e o Hospital São Paulo da UNIFESP, que também não é gerido pela EBSEH. Destaque-se que o Hospital São Paulo, ao se tornar instituição filantrópica, passou a não receber repasses do REHUF, diferente dos que optaram por não aderir à gestão EBSEH, mas continuam públicos, assim continuam a receber recursos do REHUF.

Figura 1 - IFES com HUFs

IFES COM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS



Fonte: site da EBSEH.

Depois dessa dimensão, passemos a entender como se deu essa dinâmica de inserção dos HUFs à EBSEH. Com a publicação do Relatório de Gestão do exercício 2017 da EBSEH, conforme publicização de 2018, consegue-se observar o panorama do quantitativo de universidades federais, seus respectivos órgãos suplementares (Hospitais Universitários Federais) e a identificação da data exata em que foram assinados os contratos de gestão pactuados com a EBSEH, conforme é apontado no Quadro 5, a seguir.

Quadro 5 - Universidades, Hospitais Universitários Federais e a data de assinatura dos contratos de gestão com a EBSEH*

Nº	IFES	SIGLA DA IFES	Nº	NOME DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO FEDERAL	SIGLA DO HUF	DATA DA ASSINATURA DO CONTRATO
1	Universidade Federal do Maranhão	UFMA	1	Hospital Universitário da UFMA	HU-UFMA	17/01/2013
2	Universidade Federal do Triângulo Mineiro	UFTM	2	Hospital de Clínicas da UFTM	HC-UFTM	17/01/2013
3	Universidade de Brasília	UnB	3	Hospital Universitário de Brasília	HUB-UNB	17/01/2013
4	Universidade Federal do Piauí	UFPI	4	Hospital Universitário do Piauí	HU-UFPI	08/04/2013
5	Universidade Federal do Espírito Santo	UFES	5	Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes	HUCAM-UFES	15/04/2013
6	Universidade Federal do Rio Grande do Norte	UFRN	6	Hospital Universitário Ana Bezerra	HUAB-UFRN	29/08/2013
			7	Hospital Universitário Onofre Lopes	HUOL-UFRN	29/08/2013
			8	Maternidade Escola Januário Cicco	MEJC-UFRN	29/08/2013
7	Universidade Federal da Grande Dourados	UFGD	9	Hospital Universitário da Grande Dourados	HU-UFGD	26/09/2013
8	Universidade Federal de Sergipe	UFS	10	Hospital Universitário da UFS	HU-UFS	17/10/2013
			11	Hospital Regional de Lagarto	HRL-UFS	16/12/2015
9	Universidade Federal do Amazonas	UFAM	12	Hospital Universitário Getúlio Vargas	HUGV-UFAM	06/11/2013
10	Universidade Federal de Mato Grosso	UFMT	13	Hospital Universitário Júlio Müller	HUJM-UFMT	12/11/2013
11	Universidade Federal do Ceará	UFC	14	Hospital Universitário Walter Cantídio	HUWC-UFC	26/11/2013
			15	Maternidade Escola Assis Chateaubriand	MEAC-UFC	26/11/2013
12	Universidade Federal da Bahia	UFBA	16	Hospital Universitário Professor Edgard Santos	HUPES-UFBA	02/12/2013
			17	Maternidade Climério de Oliveira	MCO-UFBA	02/12/2013
13	Universidade Federal de Pernambuco	UFPE	18	Hospital das Clínicas da UFPE	HC-UFPE	11/12/2013

14	Universidade Federal de Minas Gerais	UFMG	19	Hospital das Clínicas da UFMG	HC-UFMG	12/12/2013
15	Universidade Federal da Paraíba	UFPB	20	Hospital Universitário Lauro Wanderley	HULW-UFPB	17/12/2013
16	Universidade Federal de Santa Maria	UFSM	21	Hospital Universitário de Santa Maria	HUSM-UFSM	17/12/2013
17	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul	UFMS	22	Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian	HUMAP-UFMS	18/12/2013
18	Universidade Federal do Vale do São Francisco	Univasf	23	Hospital de Ensino Dr. Washington Antônio de Barros	HU-UNIVASF	07/01/2014
19	Universidade Federal de Alagoas	UFAL	24	Hospital Universitário Professor Alberto Antunes	HUPAA-UFAL	14/01/2014
20	Universidade Federal de São Carlos	UFSCar	25	Hospital Escola de São Carlos	HU-UFSCAR	14/10/2014
21	Universidade Federal de Pelotas	UFPEL	26	Hospital Escola da UFPEl	HE-UFPEL	30/10/2014
22	Universidade Federal do Paraná	UFPR	27	Hospital de Clínicas da UFPR	CHC-UFPR	30/10/2014
		UFPR	28	Maternidade Victor Ferreira do Amaral		30/10/2014
23	Universidade Federal de Juiz de Fora	UFJF	29	Hospital Universitário da UFJF	HU-UFJF	19/11/2014
24	Universidade Federal de Goiás	UFG	30	Hospital das Clínicas da UFG	HC-UFG	29/12/2014
25	Universidade Federal de Tocantins	UFT	31	Hospital de Doenças Tropicais	HDT-UFT	25/02/2015
26	Fundação Universidade Federal do Rio Grande	FURG	32	Hospital Universitário Doutor Miguel Riet Corrêa Júnior	HU-FURG	23/07/2015
27	Universidade Federal do Pará	UFPA	33	Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza	HUBFS-UFPA	13/10/2015
			34	Hospital Universitário João de Barros Barreto	HUJBB-UFPA	13/10/2015
28	Universidade Federal de Campina Grande	UFCG	35	Hospital Universitário Alcides Carneiro	HUAC-UFCG	09/12/2015
			36	Hospital Universitário Júlio Bandeira	HUJB-UFCG	09/12/2015
29	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro	Unirio	37	Hospital Universitário Gaffrée e Guinle	HUGG-UNIRIO	16/12/2015
30	Universidade Federal de Santa Catarina	UFSC	38	Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago	HU-UFSC	16/03/2016
31	Universidade Federal Fluminense	UFF	39	Hospital Universitário Antonio Pedro	HUAP-UFF	06/04/2016

*Dados até 31/12/2017.

Fonte: Relatório de Gestão do exercício 2017 – EBSERH (2018).

Este documento, portanto, evidencia um rol de 39 instituições hospitalares (HUs) que permitiram que sua administração ficasse a cargo da EBSERH. Este Quadro,

ainda, expressa que 21 dos 39 hospitais (ou seja, 53,84% deles), identificados no ano de 2013, firmaram a pactuação por intermédio de sua autoridade máxima (Reitor/a) da universidade, competente para tal ato administrativo, junto à empresa.

Assim, apenas nesse ano, especificamente mais de 50% do total dos HUFs gestados pela EBSEH, considerando a data-base de 31/12/2017, já haviam aderido à gestão da empresa, esta que foi fundada em 15 de dezembro de 2011. Mais 8 hospitais aderiram em 2014, somando-se a mais 8 em 2015 e 2 no ano de 2016.

Importa, também, dimensionar o panorama do quantitativo das instituições que não estabeleceram contrato com a EBSEH. De fato, estas explicitando um número bem menor em relação aos que pactuaram a gestão com a empresa, e também há que se destacar a concentração dos não aderentes vinculados à UFRJ, conforme podemos observar no Quadro 6 subseqüente:

Quadro 6 - Universidades e Hospitais Universitários Federais sem contrato de gestão com a EBSEH*

Nº	IFES	SIGLA DA IFES	Nº	NOME DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO FEDERAL	SIGLA DO HUF
32	Universidade Federal de Uberlândia	UFU	40	Hospital de Clínicas de Uberlândia	HC-UFU
33	Universidade Federal do Rio de Janeiro	UFRJ	41	Hospital Universitário Clementino Fraga Filho	HUCFF-UFRJ
			42	Hospital Escola São Francisco De Assis	HESFA-UFRJ
			43	Instituto de Doenças do Tórax	IDT-UFRJ
			44	Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira	IPPMG-UFRJ
			45	Instituto de Ginecologia	IG-UFRJ
			46	Instituto de Neurologia Deolindo Couto	INDC-UFRJ
			47	Instituto de Psiquiatria	IPUB-UFRJ
			48	Maternidade Escola da UFRJ	ME-UFRJ
34	Universidade Federal de São Paulo	UNIFESP	49	Hospital São Paulo	HSP-UNIFESP
35	Universidade Federal do Rio Grande do Sul	UFRGS	50	Hospital de Clínicas de Porto Alegre**	HCPA-UFRGS

* Dados até 31/12/2017.

** Empresa pública.

Fonte: Relatório de Gestão do exercício 2017 – EBSEH (2018).

Para além dessa cartografia, que demonstra a presença e a não presença da EBSEH nas IFES, outra dimensão importante para ser analisada, e que ajuda a entendermos esse movimento, são os questionamentos feitos sobre a empresa, o SUS, a Autonomia Universitária, o REHUF, a Adesão, Contratação, a Governança, o Plano de Cargos e Benefícios e a Cessão de Servidores. Assim, escolhemos discutir tais

temáticas, posto nosso entendimento de que agregam à pesquisa objeto desta dissertação.

Nesse sentido, observa-se que, no sítio eletrônico da EBSEH, na aba Acesso à Informação, encontramos algumas “perguntas frequentes” com suas respectivas respostas (ver nos Anexos), que são apresentadas aos leitores da página eletrônica, e, como são indagações recorrentes, possivelmente, estão disponíveis devido à alta demanda em que são reiteradas. Na verdade, refletem a visão governamental sobre as indagações, e nesse sentido é interessante apresentarmos-las, pois expressam a visão do governo sobre as interpelações, dessa forma, podem contribuir para o nosso estudo. Assim, passamos ao exercício da discussão que elas suscitam.

A partir da análise das respostas das questões frequentes dispostas no *site* da EBSEH, podemos verificar a posição do governo, esta adstrita nas considerações da EBSEH, uma empresa pública posicionada dentro do organograma do Ministério da Educação. Nesse sentido, passamos a inferência que estabelecemos consoante às informações da página eletrônica.

Logo de início, observa-se que a empresa é categórica, relacionando o motivo de sua criação: a EBSEH integra **“um conjunto de medidas adotadas pelo Governo Federal para viabilizar a reestruturação dos hospitais universitários federais”**. Ainda, destaca que o REHUF representa o meio para empreender **“ações no sentido de garantir a reestruturação física e tecnológica e também de solucionar a necessidade de recomposição do quadro de profissionais dos hospitais”** (EBSEH, 2019, grifos nossos).

A EBSEH, portanto, define-se como:

(...) uma empresa pública vinculada ao Ministério da Educação, criada pela Lei Federal nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, que tem como finalidade a prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, assim como a prestação às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres de serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, observada, nos termos do art. 207 da Constituição Federal, a autonomia universitária. (EBSEH, 2019). Disponível em: <www.ebserh.gov.br>. Acesso em: 14 de dez. 2019.

Concernente a esta definição, a indicação expressada pela empresa é que ela é pública, tem relação organizacional de subordinação com o Ministério da Educação, foi criada por lei no ano de 2011, seu objetivo é de prestação de serviços gratuitos e no

âmbito da saúde pública, e agirá respeitando a autonomia universitária, conferida pela Carta Magna brasileira.

As leis explicitam como será a ação, o agir, a adesão, regulamentam, normatizam e, ademais, expressam uma política de governo. Num primeiro momento, parece ser evidente o caráter público da EBSEH, porém, situações atuais como a propensa projeção de programas como o FUTURE-SE nos deixam com um certo grau temerário, pois tem-se intenção em modificar artigos da Lei nº 12.550/2011. Assim, o momento contemporâneo gera certa apreensão.

A minuta do Projeto de Lei que visa instituir o Programa Institutos e Universidades Empreendedoras e Inovadoras – FUTURE-SE produz preocupações e temeridades com o caráter público da EBSEH, consoante pretensas alterações pensadas para os Hospitais Universitários, pois traz, em seu art. 42, a menção de alteração da lei que disciplina atualmente a EBSEH, que passaria a ter a seguinte redação:

[...] Art. 3º § 1º As atividades de prestação de serviços de assistência à saúde de que trata o *caput* estarão inseridas no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.
..... § 4º Os hospitais universitários poderão aceitar convênios de planos privados de assistência à saúde” (NR). Disponível em: <<https://www.adufabc.org.br/future-se-conheca-a-minuta-do-projeto-de-lei-que-o-mec-nao-divulgou/>> Acesso em: 14 de dez. 2019.

Nesse viés, a dúvida sobre as intenções do FUTURE-SE é no sentido de que esse projeto prejudique o futuro dos que somente contam com o Sistema Único de Saúde, diminuindo leitos que seriam usados pelos que não dispõem de planos privados, assim aumentando a desigualdade no acesso em maiores patamares.

A questão que permanece é, portanto, se, consoante a afirmação expressada pela EBSEH, de ela **“ser uma empresa pública, o hospital manterá toda a prestação de serviços à saúde da população 100% no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e funcionará com recursos 100% públicos”**, este viés de fato permaneça (EBSEH, 2019, grifo nosso).

O momento sinaliza cada vez mais para cenários de redução de investimento em saúde, posto a recente PEC/55, a Reforma Trabalhista, a Reforma da Previdência e o projeto do FUTURE-SE trabalhar na ótica de políticas de ajustes fiscais, diminuição da participação direta do Estado nas orçamentações e a busca constante por alternativas de gerenciamento/gestão com balizas da administração privada. Como as leis podem ser

modificadas conforme sejam as intenções, é preciso ficar atento a como o SUS será posicionado nesse contexto.

A EBSEERH é sediada em Brasília, e é da capital brasileira que suas decisões tendem a repercutir nas regiões que são por ela administradas. Cada governo e cada gestão da EBSEERH ditam rumos conforme suas ideologias, isso é evidente.

O discurso exposto pelo governo era que os Hospitais Universitários Federais continuariam a prestar assistência à saúde no âmbito do SUS com a contratação da EBSEERH e ratificava que a garantia disto constava expressa na lei de criação da empresa. Outra dúvida muito indagada era logo repelida pela EBSEERH, afirmando que não haveria risco de privatização do HUFs, considerando que a empresa era vinculada ao Ministério da Educação, era constituída por recursos públicos e que iria executar as atividades de saúde integralmente no âmbito do SUS e de acordo com a Política Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde (EBSEERH, 2019).

O governo deixou explícito que, com a criação da EBSEERH, a empresa ficaria responsável pela gestão do Programa REHUF, conforme regulamentação expressa na Portaria 442/2012 do Ministério da Educação. Embora a empresa fosse criada oficialmente por lei em 2011 e o REHUF normatizado por decreto já em 2010, foi ela, em 2012, que se tornou a gestora do programa (EBSEERH, 2019).

O governo negou veementemente que haveria prejuízo à autonomia universitária sobre a gestão dos Hospitais Universitários, posto que a própria lei de criação preservava tal prerrogativa, além de constar consagrada no art. 207 da Constituição Federal (EBSEERH, 2019).

Ao ser indagada sobre o controle social dos seus serviços prestados, a EBSEERH elencou a existência de um órgão, denominado Conselho Consultivo, que tem como uma das suas finalidades o controle social. O Conselho Consultivo, segundo a empresa, tinha representação plural.

O Conselho Consultivo é um órgão permanente da Ebserh que, além de prestar apoio à Diretoria Executiva e ao Conselho de Administração, tem como uma de suas finalidades o controle social. O Conselho Consultivo será constituído por representantes da Ebserh, do Ministério da Educação, do Ministério da Saúde, **dos usuários dos serviços de saúde dos hospitais universitários federais, indicado pelo Conselho Nacional de Saúde**; dos residentes em saúde dos hospitais universitários federais, indicado pelo conjunto de entidades representativas; reitor ou diretor de hospital universitário, indicado pela Andifes e representante dos trabalhadores dos hospitais universitários federais administrados pela Ebserh, indicado pela respectiva entidade representativa. (EBSEERH, 2019, grifos nossos).

A EBSEH assegurou, igualmente, que estava mantida a autonomia das universidades sobre a gestão das atividades de ensino, pesquisa e extensão, realizadas pelos Hospitais Universitários, argumentando que, “de acordo com seu Estatuto Social, a Ebserh, no exercício de suas atividades, estará orientada pelas políticas acadêmicas estabelecidas pelas instituições de ensino com as quais estabelecer contrato de prestação de serviços” (EBSEH, 2019).

No que concerne aos processos de adesão, contratação e de governança, a empresa explicou que, a partir do momento da adesão por parte da universidade à qual o hospital é vinculado, ela trabalha em conjunto com o hospital no dimensionamento dos serviços prestados pela unidade e da necessidade de contratação de pessoal. Essas informações farão parte do Plano de Reestruturação, um dos anexos do contrato. A partir da assinatura do contrato, é constituída a equipe de governança do hospital, formada por um superintendente e três gerentes (Atenção à Saúde; Administrativo e de Ensino e Pesquisa) (EBSEH, 2019).

No tocante aos critérios para constituição da equipe de governança dos Hospitais Universitários Federais, a EBSEH asseverou que o superintendente, no caso dos hospitais universitários, será selecionado pelo reitor da universidade, preferencialmente do quadro permanente da instituição, obedecendo a critérios estabelecidos de titulação acadêmica e comprovada experiência em gestão pública na área de saúde, definidos em conjunto entre a reitoria e a empresa, nos termos do art. 6º da Lei nº 12.550/2011 (EBSEH, 2019).

De fato, durante minha experiência/vivido no HU-UFGD, a partir sobretudo de meados de 2017, pude observar que os superintendentes foram indicações da reitoria da UFGD e eram servidores do quadro permanente, todavia, figuraram-se, nesse interstício (2017–2020) condições de interinidade, durante o período eleitoral de escolha de reitoria (2019), e atualmente (2020) ele é *pro tempore*. A definição parte de uma convergência entre a reitoria e a empresa. Ao que nos parece, nesses períodos em que não ocorre a nomeação de um superintendente definitivo, nem todos os critérios estariam sendo atendidos.

As gerências serão ocupadas por pessoas selecionadas por um comitê composto por membros da Diretoria Executiva da EBSEH e o superintendente selecionado para a respectiva unidade hospitalar, a partir de análise curricular que comprove qualificação para o atendimento das competências específicas de cada gerência (EBSEH, 2019).

Nesse pequeno período que estou lotado no HU-UFGD (a partir de meados de 2017), percebi que as gerências foram compostas/ocupadas de díspares formas, conforme as temporalidades: determinados gerentes tinham comprovada qualificação para atender às especificidades de determinadas gerências, *pari passu*, determinada gerência foi chefiada por servidor que não era efetivo do quadro da UFGD; ocorreram, ainda, nomeações constantes de gerentes substitutos/interinos, principalmente iniciadas a partir do processo eleitoral de reitoria da UFGD em 2019. Inferimos que a condição de nomeação provisória indica que não se obteve o crivo definitivo da empresa para ser titular de gerência.

Outra dúvida recorrente respondida era que o contrato não seria igual para todas as universidades, cada contrato e respectivo Plano de Reestruturação teriam características que deveriam refletir as especificidades de cada hospital. O contrato conteria, de acordo com a lei de criação da empresa (Lei nº 12.550/2011), as obrigações dos signatários, as metas de desempenho, indicadores, prazos de execução que deverão ser observados pelas partes e respectiva sistemática de acompanhamento e avaliação, com os critérios e parâmetros a serem aplicados (EBSERH, 2019).

Quanto ao questionamento de que as universidades federais que não aderirem à empresa teriam asseguradas as condições necessárias ao seu funcionamento ou se sofreriam algum tipo de prejuízo, a EBSERH respondeu que “as universidades federais que não aderirem à EBSERH continuariam a ter seus hospitais universitários contemplados pelo Programa Nacional de Reestruturação (Rehuf)”. Entretanto, a solução apontada pelo Governo Federal para a recomposição da força de trabalho dos hospitais foi a criação da EBSERH (EBSERH, 2019).

A empresa argumentou também acerca da dúvida constante sobre sua força de trabalho, assegurando que os profissionais aprovados nos concursos públicos realizados pela EBSERH que ingressarem no quadro de pessoal da empresa farão jus aos Planos de Cargos, Carreiras e Salários e de Benefícios.

Como o corpo de recursos humanos dos hospitais é diversificado, dúvidas quanto à cessão de servidores dos HUFs para a EBSERH sempre foram recorrentes. Nesse sentido, a empresa expressou que, a critério da universidade federal contratante, os servidores públicos em exercício no hospital permanecerão em seus postos de trabalho, exercendo as mesmas atividades, e continuarão vinculados ao regime previsto na Lei nº 8.112/1990, inclusive quanto aos direitos e deveres, e regime disciplinar

descrito na mesma lei, sendo vedada qualquer hipótese de desvio de função (EBSERH, 2019).

Para além dessas questões abordadas, passamos, agora, a analisar a problemática concernente ao financiamento do REHUF, que, por sua vez, colabora para o entendimento da sua dimensão.

O Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010, instituiu o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), e o Decreto nº 8.587, de 11 de dezembro de 2015, alterou o art. 4º do Decreto nº 7.082/2010, quanto ao requisito do financiamento dos Hospitais Universitários Federais, partilhado, paritariamente, entre as áreas da saúde e da educação.

Constatamos que o Decreto nº 8.587/2015 alterou a forma de financiamento do REHUF, atualmente não existe mais a obrigatoriedade de partilha paritária. A partir do exercício financeiro de 2016, o Ministério da Saúde passou a alocar anualmente, em rubrica específica do REHUF, no mínimo, o montante correspondente ao aplicado na mesma rubrica no exercício anterior, adicionado da variação percentual do orçamento de ações e serviços públicos de saúde, podendo esta regra ser reavaliada a cada dois anos (RELATÓRIO DE GESTÃO - 2017, SAS/MS/BRASIL, 2018).

Soa no mínimo intrigante uma auditoria do TCU, como já apontamos, no ano de 2014, ter verificado o não cumprimento de regra do Decreto 7.502/2010 sobre progressividade de percentagem de financiamento, de sorte, que atingisse 100% de correspondência em relação ao orçamento do MEC para o REHUF — atingindo, pois, paridade entre o recurso deste ministério e o da Saúde —, e logo em 2015 altera-se o decreto para desobrigar a necessidade de paridade a partir do ano de 2016.

Atualmente, 49 hospitais são beneficiados pelo programa. Em 2017, foi suspenso o repasse de recursos financeiros para o Hospital São Paulo referente ao REHUF, enquanto prevalecer a natureza jurídica desta instituição como entidade sem fins lucrativos (RELATÓRIO DE GESTÃO - 2017, SAS/MS/BRASIL, 2018).

No Relatório de Gestão da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do MS, exercício de 2017, é demonstrado o montante de recursos financeiros publicados em portarias pelo Ministério da Saúde, no REHUF, no período de 2010 a 2017, e que equivaleram a R\$ 3.508.669.382,94 (três trilhões, quinhentos e oito bilhões, seiscentos e sessenta e nove mil, trezentos e oitenta e dois reais e noventa e quatro centavos), disponibilizados da parte da Fundação Nacional de Saúde para usufruto no REHUF, conforme apresentado na Tabela 11, a seguir:

Tabela 11 - Recursos financeiros destinados ao REHUF - 2010 a 2017

Ano	Tipo de Recurso	Total do Valor dos Recursos
2010	Custeio	R\$ 100.000.000,00
	Subtotal	R\$ 100.000.000,00
2011	Capital	R\$ 55.908.070,00
	Custeio	R\$ 485.119.666,08
	Reforma	R\$ 150.790.571,49
	Subtotal	R\$ 691.818.307,57
2012	Capital	R\$ 136.158.372,07
	Custeio	R\$ 329.082.627,76
	Reforma	R\$ 130.213.513,71
	Subtotal	R\$ 595.454.513,54
2013	Capital	R\$ 97.317.482,00
	Custeio	R\$ 392.711.437,93
	Reforma	R\$ 69.902.425,01
	Subtotal	R\$ 559.931.344,94
2014	Capital	R\$ 79.643.932,95
	Custeio	R\$ 256.476.164,37
	Reforma	R\$ 97.742.915,59
	Subtotal	R\$ 433.863.012,91
2015	Capital	R\$ 1.200.680,87
	Custeio	R\$ 336.392.050,42
	Subtotal	R\$ 337.592.731,29
2016	Capital	R\$ 30.000.000,00
	Custeio	R\$ 350.012.320,73
	Subtotal	R\$ 380.012.320,73
2017	Capital	R\$ 48.096.000,30
	Custeio	R\$ 336.546.123,66
	Reforma	R\$ 25.355.028,00
	Subtotal	R\$ 409.997.151,96
Total Geral		R\$ 3.508.669.382,94

Fonte: Portarias de repasses de recursos publicadas no ano de 2010 a 2017 no DOU; Relatório de Gestão - 2017, SAS/MS, 2018.

Agora, ancoremos a nossa na análise sob os desdobramentos do REHUF, quer seja, a EBSERH. Esta surgiu no contexto de alternativas para a problemática de recursos humanos nos HUFs, tendo sido instituída pelo Governo Federal sob a justificativa de que esse seria praticamente o caminho a ser seguido, sem tal trilha não poderia se pensar em “solução” para a “crise” instalada.

Destarte, produz-se, com a EBSERH, o chamado *funcionário público* — celetista —, o qual presta concurso público, mas sua relação não é regulada por um estatuto (autárquico/fundacional), e sim pela Consolidação das Leis do Trabalho, ou seja, ele “assina”, ou melhor pactua compromisso com registro na Carteira de Trabalho, o governo passa a então depositar FGTS para cada novo *funcionário público*, e estes passam a ter que passar pelos três meses de experiência — nestes pontos, pois, já os equiparando ao trabalhador não-público. O estatutário não passa por essa sistemática,

em contrapartida, pode tornar-se estável no serviço público após o decurso de 3 (três) anos de efetivo exercício e aprovação em avaliação instituída e concluída por satisfatória.

Pereira Júnior (2018) aponta que a EBSEH substituiu 72,5% dos funcionários das fundações e, nesse sentido, está cumprindo com a recomendação dos órgãos de controle. Para esse autor, o provimento de concursos da EBSEH, mesmo sem o direito à estabilidade oriundo do outro regime jurídico, gerou satisfação dos recursos humanos que adentraram nos concursos promovidos pela empresa, já que se sentiram mais respaldados em relação à fragilidade advinda dos vínculos fundacionais, e o sentimento de ser funcionário público “federal” proporcionou um ambiente de positividade em se perceber mais visível e envolvido por um Plano de Cargos e Salários.

Mas, ao mesmo tempo, o provimento ebserhiano se mistura com o contingente de servidores do regime jurídico estatutário e funcionários de fundações, e isso coloca para muitos HUFs a difícil função de gerir várias pessoas, com vínculos, direitos e deveres assimétricos.

Parece um caminhar inevitável para a consolidação do corpo funcional ebserhiano, mas é também a constatação de que a política ou o modelo apontado pelo Governo Federal é o que prevalecerá, restando dúvidas se o saber que atualmente advém desses hospitais e de seus muitos estatutários — professores vinculados às faculdades de ciências da saúde e profissionais de outras áreas que são estatutários oriundos das universidades de vinculação — não será transformado em mercadoria, já que a EBSEH é, para muitos, tida como uma privatização velada, e sem mencionar que esse vínculo celetista, diante de governos (neo)liberais, é a forma mais fácil para propor um processo de privatização, já que não se tem muitos estatutários que seriam entraves.

EBSEH é Estado? Essa pergunta parece óbvia, mas não é. Em última análise, diríamos que sim, mas, especificamente, pensamos que a empresa é uma ossatura material do Estado, em aproximação à concepção de Nicos Poulantzas (1980). É também, de acordo com a própria EBSEH, a solução proposta pelo governo para resolução da crise dos hospitais universitários federais, especialmente, recursos humanos.

Oliveira (2014, p. 25) explicita que o Estado “trabalha para um equilíbrio entre as classes dominadas e dominantes através do *consenso* onde o Estado também deve prover medidas materiais para as classes populares, mesmo que essas medidas sejam impostas através da luta das classes dominadas”.

O Estado faz isso porque tem “autonomia relativa” discutida por Poulantzas, (1980), que chegou a exemplificar que “mesmo o fascismo foi obrigado a tomar uma série de medidas positivas para as massas (reabsorção do desemprego, manutenção e às vezes até melhoria do poder real de compra de certas categorias populares, legislação dita social), o que não exclui, bem ao contrário, o aumento na exploração das massas (por meio da mais-valia relativa)” (POULANTZAS, 1980, p. 37).

Para Poulantzas (1980), as lutas políticas acontecem no seio do Estado, por intermédio da condensação de forças. O bloco do poder é constituído de uma tríade: 1) instituições; elas formam a ossatura material do Estado; 2) práticas políticas; e 3) o constituído/dividido, numa espécie de condensação, em que temos as contradições, as classes sociais, as maneiras e práticas diversas e as frações de classes.

Poulantzas (1980, p. 147) entende o Estado sob um aspecto relacional e não como elemento neutro:

As lutas políticas desencadeadas sobre o Estado não estão, tanto quanto qualquer luta frente aos aparelhos do poder, em posição de exterioridade frente ao Estado, **mas derivam de sua configuração estratégica**: o Estado, como é o caso de todo o dispositivo de poder, é **a condensação material de uma relação**. (POULANTZAS, 1980, p. 147, grifos nossos).

Partindo desses referenciais é importante, também, compreender a teoria geral de administração pública, e é nesse momento que percebemos que não existe, na literatura, essa teorização: o que há é a aplicação da teoria privada na pública, como explicitou (OLIVEIRA, 2014).

Poulantzas (1980, p. 33) ressalta a importância do Estado na organização das relações ideológicas, através do seguinte excerto:

A ideologia não consiste somente ou simplesmente num sistema de ideias ou de representações. Compreende também uma série de práticas materiais extensivas aos hábitos, aos costumes, ao modo de vida dos agentes, e assim se molda como cimento no conjunto das práticas sociais, aí compreendidas as práticas políticas e econômicas (...) O Estado não pode sancionar e reproduzir o domínio político usando como meio exclusivo a repressão, a força ou a violência “nua”, e, sim, lançando mão diretamente da ideologia, que legitima a violência e contribui para organizar um consenso de certas classes e parcelas dominadas em relação ao poder público. A ideologia não é algo neutro na sociedade, só existe ideologia de classe. A ideologia dominante consiste especialmente num poder essencial da classe dominante.

E é nesse ínterim que Oliveira (2014) alerta para não sermos ingênuos ao olhar para o Estado, que devemos entender que ele é constituído de relações políticas que referenciam sua estrutura. E que esses agentes políticos (das classes dominantes), que

atuam no interior da administração pública, têm a necessidade de criação e difusão de uma ideologia para que sua representação política seja legitimada perante o olhar da sociedade.

Assim, para Oliveira (2014, p. 29), o SUS surge dentro de uma concepção de Estado igualitário, o que o contrapõe a lógica da privatização, conforme exarado no seguinte excerto:

O SUS por estar dentro de uma concepção mais próxima de Lênin, Marx e Engels (no sentido de uma sociedade mais justa e mais igualitária) já entra em contradição dentro da própria lógica do Estado capitalista, pois o SUS abarca entre seus princípios a participação cidadã, ou seja uma reaproximação entre Estado e Sociedade que não é concebível dentro do modelo de Estado no qual vivemos atualmente. Além do mais, o SUS é trabalhado em cima de uma concepção de direito humano fundamental e como tal, não pode ser alvo de privatização. Tratar a saúde como um direito, ao invés de um serviço lucrativo, é uma das principais lutas e uma das principais justificativas para que a saúde seja um dever do Estado.

Fernandes (2017) enfatizou que a terceirização das funções do Estado foi expressa inicialmente no campo da saúde pública brasileira com a criação das Organizações Sociais (OSs) em 1998, por intermédio da Lei nº 9.637, para atuarem consoante contrato de gestão firmado entre o poder público e a entidade. O Estado repassa a elas recursos financeiros, e elas têm a função de prestar um serviço público. As OSs são dispensadas da realização de concurso público para a contratação de pessoal, bem como para a realização de licitação para adquirirem bens e serviços.

Logo em seguida, em 1999, regulamentadas pela Lei nº 9.790, de 23 de março daquele ano, surgiram as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) em espaços que não substituem o Estado, mas que “colaboram” com ele, objetivando a prestação de serviços de interesse coletivo e cujo vínculo de pactuação é efetuado por termo de parceria. As duas instituições, de natureza de direito privado, sem fins lucrativos em tese, foram criadas no governo de Fernando Henrique Cardoso – FHC para atuarem nos serviços intitulados “não exclusivos” e na política de saúde, representando, ideologicamente, a solução para a sobrevivência do SUS (FERNANDES, 2017).

Em 2003, com a mudança de governo, pensava-se em uma mudança dessa realidade, todavia, “as expectativas de que a mercantilização da saúde fosse uma prática progressivamente extinta ruíram com a criação de mais um mecanismo privatista por

esse governo, sendo ele a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)” (FERNANDES, 2017, p. 65).

Para Oliveira (2014), o ultraliberalismo foi lançado contra o Estado intervencionista de Bem-Estar Social. Seu objetivo é valorizar o homem econômico e racional, que busca maximizar os seus ganhos em decorrência da alocação ótima dos recursos; em outras palavras, o ultraliberalismo incentiva o individualismo e não o coletivo.

Oliveira (2014, p. 55) recorre a Perry Anderson (2013), que demonstra o que foi acarretado em consequência da primeira experiência ultraliberalista: “programas de desemprego massivo, repressão sindical, ‘redistribuição’ de renda a favor dos ricos, elevação da taxa de juros, redução de impostos incididos nos altos rendimentos, corte dos gastos sociais e privatização dos bens públicos”. Notadamente, foi no Chile de Pinochet essa experiencição.

Nesse sentido, o Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado – PDRAE representou o seguimento dos ideários ultraliberalistas, como Oliveira (2014, p. 60) destaca:

(...) o governo de Fernando Henrique Cardoso tem uma particularidade, principalmente em relação à reforma do Estado. Neste governo, as ideias de privatizações ou desestatizações foram absorvidas como programa político com a criação de um Ministério para a Reforma do Estado que culminou na elaboração do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE).

Esse processo histórico, situado nos Governos Lula (2003–2010) e Dilma Rousseff (2011–2016), teve como reflexo a criação da empresa pública que cuidaria da saúde pública, a EBSERH, numa perspectiva gerencial de gestão, já apresentada nesta dissertação por suas características acostadas.

Capítulo 4 - O Hospital Universitário da UFGD

Constatamos que, em 2018, um grupo de trabalho dentro do HU-UFGD foi criado com o objetivo de atualizar a carta de serviços aos usuários, dessa forma, e atendendo ao preconizado pelo Decreto nº 9.094, de 17 de julho de 2017 (que dispõe sobre a simplificação do atendimento prestado aos usuários), este documento, publicado no Boletim de Serviços do HU-UFGD, em 16 de maio de 2019³⁶, após aprovação pelo Colegiado Executivo do hospital (governança), está a apresentar a materialidade, que é o Hospital Universitário da UFGD.

Assim, com base na Carta de Serviços ao Usuário do HU-UFGD (2018, p. 6), “além da assistência, o HU-UFGD é campo de ensino dos cursos da área da saúde, tais como o curso de graduação em medicina e residências médica e em área profissional da saúde, enfatizando a integração das atividades de assistência, ensino, pesquisa, extensão e pós-graduação”.

A estrutura física do HU-UFGD foi inaugurada no ano de 2002. Sua implantação e funcionamento tiveram início a partir do ano de 2003, sob responsabilidade da Prefeitura Municipal de Dourados, com atendimento do Ambulatório de Especialidades, Laboratório de Análises Clínicas e o Serviço Auxiliar de Apoio e Diagnóstico.

A partir de julho de 2004, deu-se início ao atendimento nas Unidades de Internação, Cirurgias e Unidades de Terapia Intensiva. Em 1º de janeiro de 2009, a gestão foi transferida para a Universidade Federal da Grande Dourados, momento em que outros serviços foram implantados, como a maternidade e a UTI neonatal (CARTA DE SERVIÇOS DO USUÁRIO DO HU-UFGD, 2018, p. 7).

O HU-UFGD está vinculado, na estrutura da administração pública federal, ao Ministério da Educação (MEC) e ao Ministério da Saúde (MS) e é administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) desde 26 de setembro de 2013. Faz parte do Sistema Único de Saúde (SUS), recebendo recursos federais, estaduais e municipais. É referência para a macrorregião de Dourados³⁷, que abrange 33

³⁶ Disponível em:

<<http://www2.ebserh.gov.br/documents/16692/4104182/Anexo+Resolu%C3%A7%C3%A3o+054+-+Carta+de+Servi%C3%A7os.pdf/8806d02f-4e77-4d9c-9e44-1d2290f127ca>>

³⁷ “**Macrorregião de Dourados** – conta com 33 municípios, distribuídos em quatro microrregiões: de **Dourados**, com 11 municípios; de **Naviraí**, com 7 municípios; de **Nova Andradina**, com 7 municípios; e

municípios, com uma população referenciada em 820 mil habitantes, aproximadamente. Possui uma estrutura física de 14.496,25 m² de construção em um terreno de 60.000 m².

Tem o credenciamento de 187 leitos, distribuídos nas diversas clínicas, regulados pela Central de Regulação de Leitos do município de Dourados. Hospital 100% SUS, voltado para a assistência, o ensino, a pesquisa e a extensão, sendo referência regional em cirurgias eletivas. Conta com mais de 1.400 trabalhadores — sendo 1.100 entre empregados públicos (celetistas) e servidores públicos (estatutários) — e aproximadamente 300 profissionais contratados por empresas terceirizadas que prestam serviço no HU-UFGD. (CARTA DE SERVIÇOS DO USUÁRIO DO HU-UFGD, 2018, p. 7).

Localizado no município de Dourados (MS), o HU-UFGD, foi, portanto, instalado numa cidade polo de desenvolvimento regional (SOUZA, 2003). O Mapa 1, a seguir, que traz a identificação dos 33 municípios pertencentes à macrorregião de Dourados/MS, possibilita entender essa dimensão:

Nota-se, portanto, que em Mato Grosso do Sul, numa perspectiva de educação permanente em saúde — pelo menos do ponto de vista documental —, conforme o Plano Estadual (2011), a regionalização foi pensada como estratégia de intervenção, consolidando a divisão dessa Unidade da Federação em três principais macrorregiões: Macrorregião Campo Grande, Dourados e Três Lagoas. A partir de 2012, foi incluída a região de Corumbá no rol das macrorregiões, assim, Mato Grosso do Sul passou a ser organizada em 4 (quatro) Regiões de Saúde, conforme preconizado na Resolução nº 059/SES/MS, publicada no DOE nº 8.221, de 29 de junho de 2012.

Por sua vez, essa divisão de maior escala ainda possui subdivisões, quer seja, suas microrregiões. Cada macrorregião³⁸ é formada por microrregiões. Podemos demonstrar essas características de disposição a partir das Figuras 2 e 3 subsequentes:

³⁸ A Macrorregião de Campo Grande conta com uma população de 1.435.442 habitantes, de acordo com a estimativa mais recente do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sendo a macrorregião mais populosa do estado (BRASIL, 2009). Na sequência, encontra-se a Macrorregião de Dourados, com 741.787 habitantes (Quadro 5), seguida da Macrorregião de Três Lagoas, com 272.062 habitantes (Quadro 6). Deste modo, o percentual da população estadual nas macrorregiões se distribui conforme a seguir: Macro de Campo Grande - 58,60 % da população de Mato Grosso do Sul; Macro de Dourados - 30,28%; e Macro de Três Lagoas - 11,11% da população estadual.

Não se pode deixar de destacar que, em Mato Grosso do Sul, há uma grande população indígena, aliás, a segunda do país. De acordo com dados do Sistema de Informações da Atenção à Saúde – SIASI, da Funasa (BRASIL, 2009), em Mato Grosso do Sul há 71.222 indígenas, que residem em 74 aldeias, em 28 municípios sul-mato-grossenses, sendo eles das seguintes etnias: Guarani, Terena, Guarani Kaiowa, Guato, Kaapor, Kadiweu, Kinikinawa, Cinta Larga, Ofaie Xavante, Xavante, Atikum e Bororo. Quanto à concentração de população indígena por município, o que tem maior número de indígenas é Dourados, com 12.602, seguido de Amambaí, com 8.686, e Miranda, com 7.377 indígenas em sua população. Se forem consideradas as macrorregiões de saúde, do total de indígenas do estado, 65,53% estão na Macrorregião de Dourados, que correspondem a 46.669 indígenas, distribuídos em 15 municípios; 34,33% na Macrorregião de Campo Grande, que correspondem a 24.448 indígenas, distribuídos em 12; e, por fim, apenas 0,14% na Macrorregião de Três Lagoas, em 1 município. (Fonte: Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde). Disponível em:

<<http://www.matogrossodosul.fiocruz.br/site/?q=node/94>> Acesso em: 19 de nov. 2019.

As microrregiões pormenorizam o território e são vinculadas a uma macrorregião determinada — importante, portanto, identificá-las. A regionalização constitui um *modus operandi* no trato dispendido sobre a saúde. É preciso muito mais para efetivar um projeto social na área do que regionalizar um território.

Dantas (2018) contribui com essa discussão a partir da organização de quadro da distribuição de municípios por Região de Saúde do SUS em Mato Grosso do Sul, com base no CNES, apontando que os 79 municípios desse estado possuem organização/distribuição consoante centralização em quatro cidades-polo, quer sejam: Campo Grande, Corumbá, Dourados e Três Lagoas.

Quadro 7 - Distribuição dos municípios por Região de Saúde do SUS

Região Saúde	Nº de Municípios	Total
Campo Grande	34	79
Corumbá	02	
Dourados	33	
Três Lagoas	10	

Fonte: Dantas, (2018). Base de dados da fonte: CNES.

Segundo Dantas (2018), o quadro demonstra que as maiores demandas estão nas cidades de Campo Grande e Dourados, as quais, respectivamente, apresentam concentração do quantitativo de municípios que mais procuram os serviços de saúde para seus municípios e/ou cidadãos.

Nesse sentido, partilhamos do entendimento de Costa (2016), quando o autor assevera que:

Por exemplo, no caso do setor da saúde é fácil compreender que encerrando vários serviços de atendimento, se promove uma concentração desse atendimento, contribuindo para menor qualidade e menor equidade no acesso da população a esses mesmos serviços. Para um atendimento básico, a distância a percorrer pelo utente para acender ao serviço pode ser aceitável, mas para um atendimento hospitalar ou um cuidado especializado, as distâncias a percorrer e os tempos de espera para o atendimento podem aumentar significativamente para esse utente, contribuindo para diminuição da qualidade do serviço e para menor acesso da população. (COSTA, 2016, p. 75).

Em trabalho de campo em Sete Quedas (2018), deparamo-nos com a constatação de situação análoga, quando, ao entrevistar morador da linha de fronteira, soubemos que o mesmo sofreu acidente de motocicleta e teve de ser deslocado desta cidade até

Dourados, para ser atendido no Hospital da Vida, ou seja, teve de realizar um percurso longínquo para receber atendimento especializado/emergência. O acidente resultou em amputação de uma perna.

Dantas (2018, p. 58) diagnostica que “dentre os 79 municípios sul-mato-grossenses, poucos possuem condições de ampliar a rede de saúde para além da Atenção Básica”. E, sobre especificamente às unidades de alta complexidade, adverte:

(...) como é o caso das Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) é necessário uma equipe de profissionais mínima composta por um Médico responsável com título de especialista em medicina intensiva; Médico diarista com título ou habilitação em medicina intensiva; Médico plantonista; Enfermeiro coordenador na área de enfermagem e Enfermeiro exclusivo para unidade; Fisioterapeuta intensivista; dois técnicos de enfermagem por leito/por turno de trabalho, acesso a serviço de cardiologia, cirurgia geral, neurocirurgia e ortopedia. (DANTAS, 2018, p. 58).

Para entender melhor esse processo, recorremos a Guimarães (2015), que elenca ser a relação entre o espaço e o território a ênfase principal da reflexão da Geografia da saúde no Brasil. Nos seguintes termos, ele esclarece:

A expansão físico-territorial dos serviços de saúde e da cobertura dos principais programas de saúde pública pelos municípios brasileiros, desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no país, demanda a análise dos desafios operacionais da territorialização da política nacional de saúde [...] Nesse sentido, ganha ênfase o espaço sob controle da ordem administrativa, nos diversos níveis de poder (município, estado e União), o que também gerou o debate de outra forma de espaço, a região (GUIMARÃES, 2015, p. 86-87).

O autor considera que, no estabelecimento de uma regionalização, haveria que se levar em conta as disputas implícitas existentes no processo. Consoante análise ao Plano Nacional de Saúde, ele infere:

Podemos identificar nesse processo de significação do conceito de região uma tensão entre duas abordagens. A primeira delas compreende a região como uma unidade de planejamento e, por isso, entendida como um recorte territorial estabelecido pelos gestores para a intervenção na realidade local. A segunda abordagem, não menos importante, compreende a região como um ente histórico, resultado das múltiplas determinações da vida social, o que conforma a ideia de uma realidade em produção, que se organiza no caminhar da própria prática política. Poderíamos aqui identificar no campo do planejamento das políticas brasileiras de saúde vários programas e ações que evidenciam essas diferentes abordagens. (GUIMARÃES, 2015, p. 87).

Comungamos com a visão de Dantas (2018) baseado em Guimarães (2015), que identifica que a regionalização adotada em Mato Grosso do Sul relaciona-se à região como unidade de planejamento, e que a finalidade desta seria promover trâmite administrativo facilitado, bem como repassar mais recursos para o nível local.

Portanto, Dourados (MS) e o HU-UFGD estão inseridos na lógica discursiva e documental de uma cidade polo de desenvolvimento regional — de serviços de educação e de saúde —, e, por esse hospital universitário atender à Macrorregião de Dourados, composta por 33 municípios, conforme reza o Plano Estadual de MS (2011), constituir-se em referência³⁹ para as cidades polarizadas e desempenhar um papel salutar na oferta de serviços de média e alta complexidade, é buscado por um contingente social significativo, como podemos observar no Quadro 8, a seguir.

Ademais, é público — “é preciso manter isso⁴⁰” —, logo, necessitamos que a produção de conhecimento e de saber, o ensino, a pesquisa, a extensão e a assistência permaneçam nesse espaço social como *res publica*.

Quadro 8 - Identificação dos municípios da Macrorregião de Dourados

MACRORREGIÃO DE DOURADOS	
33 MUNICÍPIOS	
MICRORREGIÃO DE DOURADOS	
1. Caarapó	26.155
2. Deodópolis	12.200
3. Douradina	5.413
4. Dourados	198.421
5. Fátima do Sul	19.029
6. Glória de Dourados	9.919
7. Itaporã	21.158
8. Jateí	4.008
9. Laguna Carapã	6.565
10. Rio Brilhante	31.279
11. Vicentina	5.910
Subtotal: 11 municípios	313.902
MICRORREGIÃO DE NOVA ANDRADINA	
1. Anaurilândia	8.534
2. Angélica	9.325
3. Batayporã	10.960
4. Ivinhema	22.395
5. Nova Andradina	46.368
6. Novo Horizonte do Sul	4.827
7. Taquarussu	3.520

³⁹ O PDE do HU-UFGD (2018–2019), publicado em 2019, ratifica isso, discorrendo que o hospital representa o atendimento a 831.310 mil pessoas (IBGE, 2018), e aborda as peculiaridades regionais de significativa população de fronteira (Paraguai) e indígenas (48.802 pessoas), com base no (PES-MS, 2016–2019).

⁴⁰ Expressão conhecida do povo brasileiro a partir de diálogo estabelecido entre o empresário Joesley Batista e o então presidente Michel Temer, gravado, pela Polícia Federal e que fora objeto de denúncia da PGR. Aqui o trocadilho é de que o que se precisa manter é a coisa pública, fortalecer o Estado e não privatizá-lo.

Subtotal: 07 municípios	105.929
MICRORREGIÃO DE NAVIRAÍ	
1. Eldorado	11.743
2. Iguatemi	14.972
3. Itaquiraí	18.832
4. Japorã	7.853
5. Juti	5.971
6. Mundo Novo	17.148
7. Naviraí	47.173
Subtotal: 07 municípios	123.692
MICRORREGIÃO DE PONTA PORÃ	
1. Amambaí	35.133
2. Antônio João	8.269
3. Aral Moreira	10.420
4. Coronel Sapucaia	14.160
5. Paranhos	12.514
6. Ponta Porã	79.173
7. Sete Quedas	10.768
8. Tacuru	10.330
Subtotal: 08 municípios	180.767

Fonte: Anexo III - Plano Diretor de Regionalização Mato Grosso do Sul (2012).

O HU-UFGD possui uma área construída de 15.596,72 m² em um terreno⁴¹ de 150.000 m². Sua localização é estratégica, situando-se no oeste do núcleo urbano de Dourados e próximo às rodovias estaduais MS-152 e MS-379, bem como com ligação ao anel viário. No CNES, consta que existem 189⁴² leitos no HU-UFGD, todavia, encontram-se em operacional 197 leitos. O hospital, portanto, está integrado ao SUS, ou seja, a totalidade de seus atendimentos é realizado por esse sistema gratuito de saúde.

“Voltado para assistência, ensino, pesquisa e extensão, o HU-UFGD é referência regional para cirurgias eletivas de média e alta complexidade, cujo serviço é regulado em rede.⁴³ É ainda, referência para ginecologia e obstetrícia, com atendimento de porta-aberta”⁴⁴.

⁴¹ Por meio da Lei Estadual nº 4.914, de 30 de agosto de 2016, foi doada, pelo Governo do Estado de Mato Grosso do Sul, uma área de nove hectares à Fundação Universidade Federal da Grande Dourados, localizada no entorno do HU. Nessa área, está sendo construída a Unidade da Mulher e da Criança (UMC), prédio anexo ao hospital, que atenderá pacientes de Dourados e da macrorregião nas demandas de saúde feminina e infantil. PDE HU-UFGD (2018–2020), publicado em 2019 no *website* do hospital.

⁴² Leitos operacionais conforme conceito constante no item 2.2.7, do anexo, da Portaria do Ministério da Saúde nº 312, de 30 de abril de 2002. Isto porque o hospital constantemente recebe uma demanda de atendimento superior à sua capacidade e, devido à superlotação, apresenta 15 leitos excedentes na especialidade de obstetrícia e 4 na especialidade de cuidados intermediários neonatal. Ambos os leitos excedentes não estão cadastrados no CNES (PDE HU-UFGD 2018/2020, 2019, p. 16).

⁴³ Conforme apontado por Dantas (2018), diversos autores, particularmente na Geografia, têm trabalhado a noção de rede, a qual, de certa maneira, tornou-se onipresente, e mesmo onipotente, como argumentou Musso (2001) *apud* Dias (2007, p. 13). Nesse sentido, assim como Dias (2007), compreendemos a rede

O hospital tem sua história de criação relacionada à própria instituição do curso de medicina na UFGD. Diante da necessidade de realizar a residência médica, ocorreu um movimento político⁴⁵ que culminou com a cessão da gestão do Ambulatório de Especialidades da Prefeitura Municipal de Dourados, até então gerido pela Fundação Municipal de Saúde de Dourados, e que em 2009 ficou a cargo da UFGD (PDE HU-UFGD 2018/2020, 2019). Assim, podemos inferir que o curso médico impulsionou a necessidade de um hospital de ensino, um HU. Era, portanto, preciso fazer residência, exercer a prática da medicina que o curso exige.

Já vinculado à UFGD, o HU foi incorporado como seu órgão complementar que produz pesquisa, ensino, extensão e também assistência. Todavia, o ano de 2013 foi o que marcou uma transformação na sua administração, pois foi pactuado com a EBSERH que esta faria a gestão do hospital (PDE HU-UFGD 2018/2020, 2019).

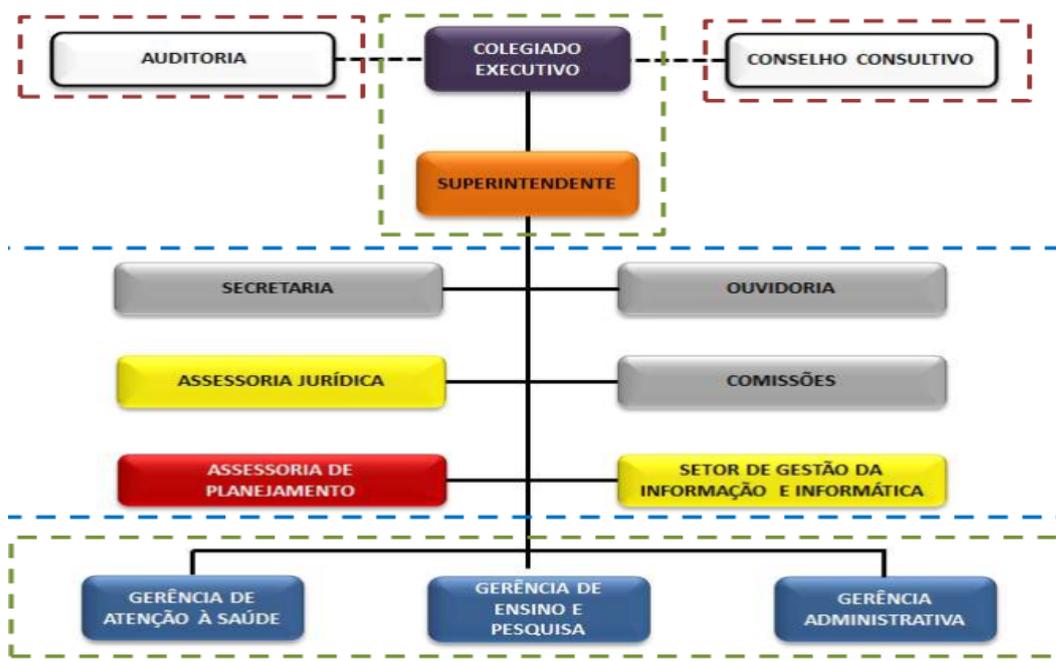
como uma construção social. No caso em evidência, o Estado constrói estratégias político-territoriais que ser organizam em rede: “A rede não constitui o sujeito da ação, mas expressa ou define a escala das ações sociais. As escalas não são dadas *a priori*, porque são construídas nos processos. Como os objetos são conflituosos, as escalas são ao mesmo tempo objeto e arena de conflitos”. E segue: “A rede representa um dos recortes espaciais possíveis para compreender a organização do espaço contemporâneo”. (DIAS, 2007, p. 23).

⁴⁴ Termo que significa que o atendimento é por demanda espontânea, sem necessidade de encaminhamento por outra instituição de saúde (PDE HU-UFGD 2018/2020, 2019, p. 16).

⁴⁵ Matéria aberta disponível no *site* da Prefeitura Municipal de Dourados, datada de 17/10/2008, ajuda a compreender um pouco essa movimentação política que fez surgir o HU vinculado à UFGD: “Durante a solenidade de incorporação do Hospital Universitário (HU) de Dourados à Universidade Federal da Grande Dourados – UFGD, na última sexta-feira (11), o prefeito de Dourados, Laerte Tetila, relembrou a história de implantação do hospital e destacou a grandiosidade da obra da Universidade no município. Em seu discurso, Tetila homenageou a Sociedade Douradense de Beneficência - Sodobem que, na década de 80, iniciou o projeto de implantação da então Santa Casa de Dourados que viria servir toda a região sul do Estado, com a doação de parte da área pela família Pietramale e a luta de Waldir Guerra, quando na Câmara Federal, liberou emenda que garantiu o início do projeto. ‘Foram pessoas que, efetivamente, lutaram pelo hospital’. O prefeito lembrou o descompasso depois que deixou, durante 10 anos, a obra de construção do hospital paralisada, com o ‘desaparecimento’ de R\$ 1,8 milhão na gestão estadual de Wilson Barbosa Martins. ‘Mas assumimos esse compromisso de governo com a população, articulamos com os nossos deputados para a retomada das obras de construção da Santa Casa e tivemos a garantia de recursos do governo Lula, que liberou R\$ 13 milhões, e do governo Zeca, que também liberou R\$ 13 milhões para a construção’. Tetila também fez referências às críticas que sua administração teve que suportar, já que o hospital foi colocado para funcionamento, gradativamente, lembrando o curso de Agronomia que também começou precariamente e que hoje possui até doutorado e da Embrapa em Dourados, que tinha como sede um ‘barracão’ e que hoje é exemplo para o mundo no desenvolvimento de tecnologias. ‘E assim foi com o HU. Trabalhamos para erguer essa estrutura que hoje aqui está, com mais de 500 funcionários e 37 mil procedimentos por mês efetuados, atendendo toda a região do cone sul, que compreende 38 municípios, com tratamento humanizado’, destacou o prefeito. A construção da UFGD ainda foi mencionada por Tetila como uma das maiores obras públicas do Centro-Oeste e de ‘gigantesco significado’. O prefeito encerrou enfatizando o trabalho importante da Câmara de Vereadores, dos deputados estaduais e federais e do Senador Delcídio do Amaral para que tudo isso se transformasse em realidade e agradeceu o empenho governo Lula, em especial dos Ministros da Educação e da Saúde, Fernando Haddad e José Gomes Temporão”. Disponível em: <<http://www.dourados.ms.gov.br/index.php/tetila-relembra-historia-e-destaca-grandiosidade-da-ufgd/>> Acesso em: 14 de fev. 2020.

Quando passou a ser gerenciado pela EBSEH, o hospital começou a ser organizado sob o ponto de vista do *modus* que a empresa pública desejava para os HUFs, uma forma de perceber isso é partindo da própria estrutura organizacional constante nas diretrizes estabelecidas pela EBSEH para os HUFs, o que resultou em estruturas organizacionais cujo modelo advinham desse documento e seriam seguidos pelos HUFs sob a gestão da empresa (EBSEH, 2013). Nesse sentido, é que ocorreram mudanças no organograma do HU-UFCD, passando a se encaixar na seguinte estrutura organizacional:

Figura 4 - Modelo de estrutura organizacional proposto pela EBSEH



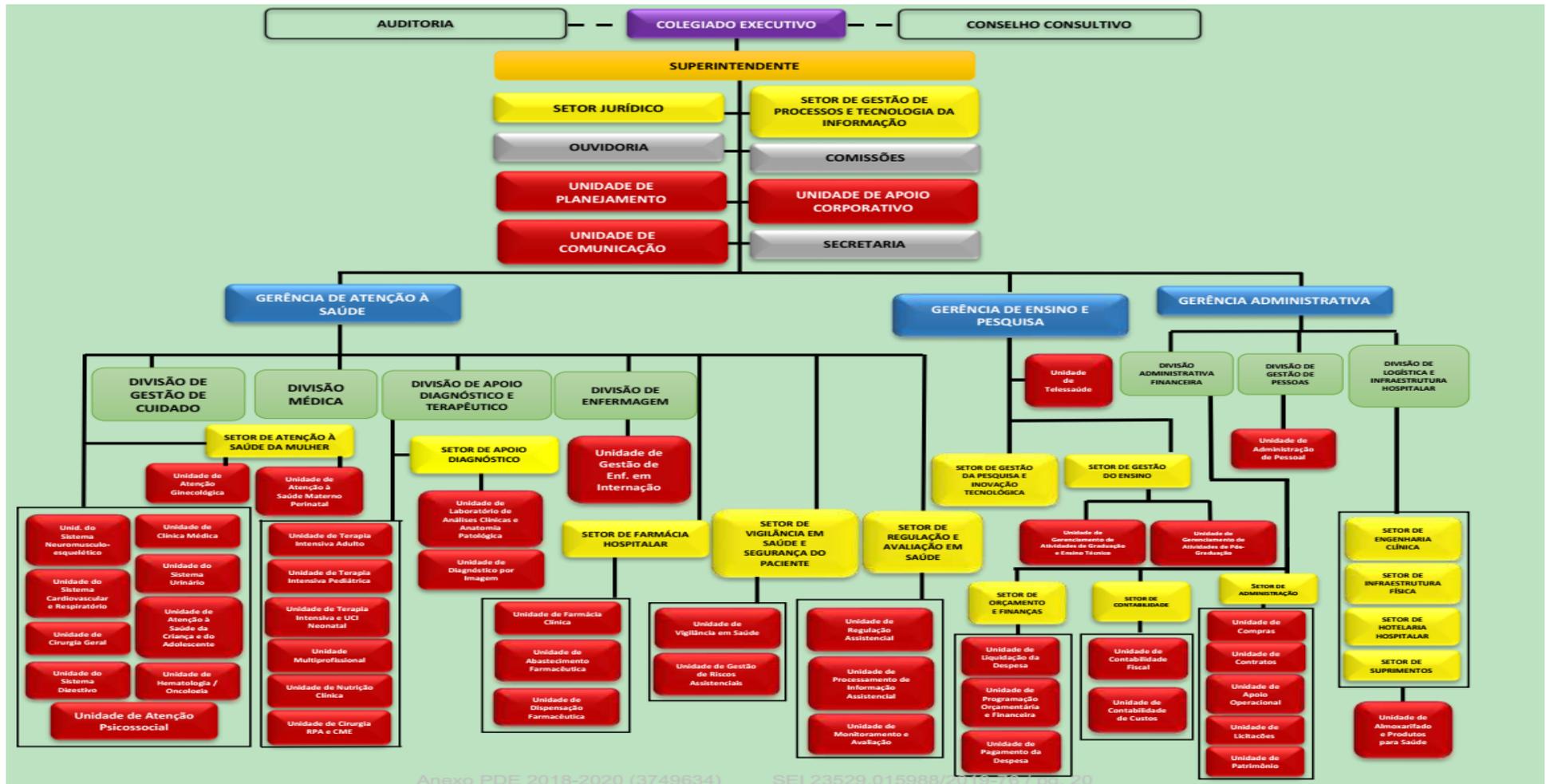
Legenda:

- Estrutura de governança
- Estrutura de apoio à gestão
- Estrutura de controle e fiscalização
- Gerência
- Divisão
- Setor
- Unidade

Fonte: Estrutura organizacional dos hospitais sob a gestão EBSEH: Diretrizes técnicas, versão 1.0, março/2013, EBSEH.

Especificamente, o HU-UFCD passou a contar com a seguinte estrutura organizacional, a saber:

Figura 5 - Estrutura oranzizacional do HU-UFGD



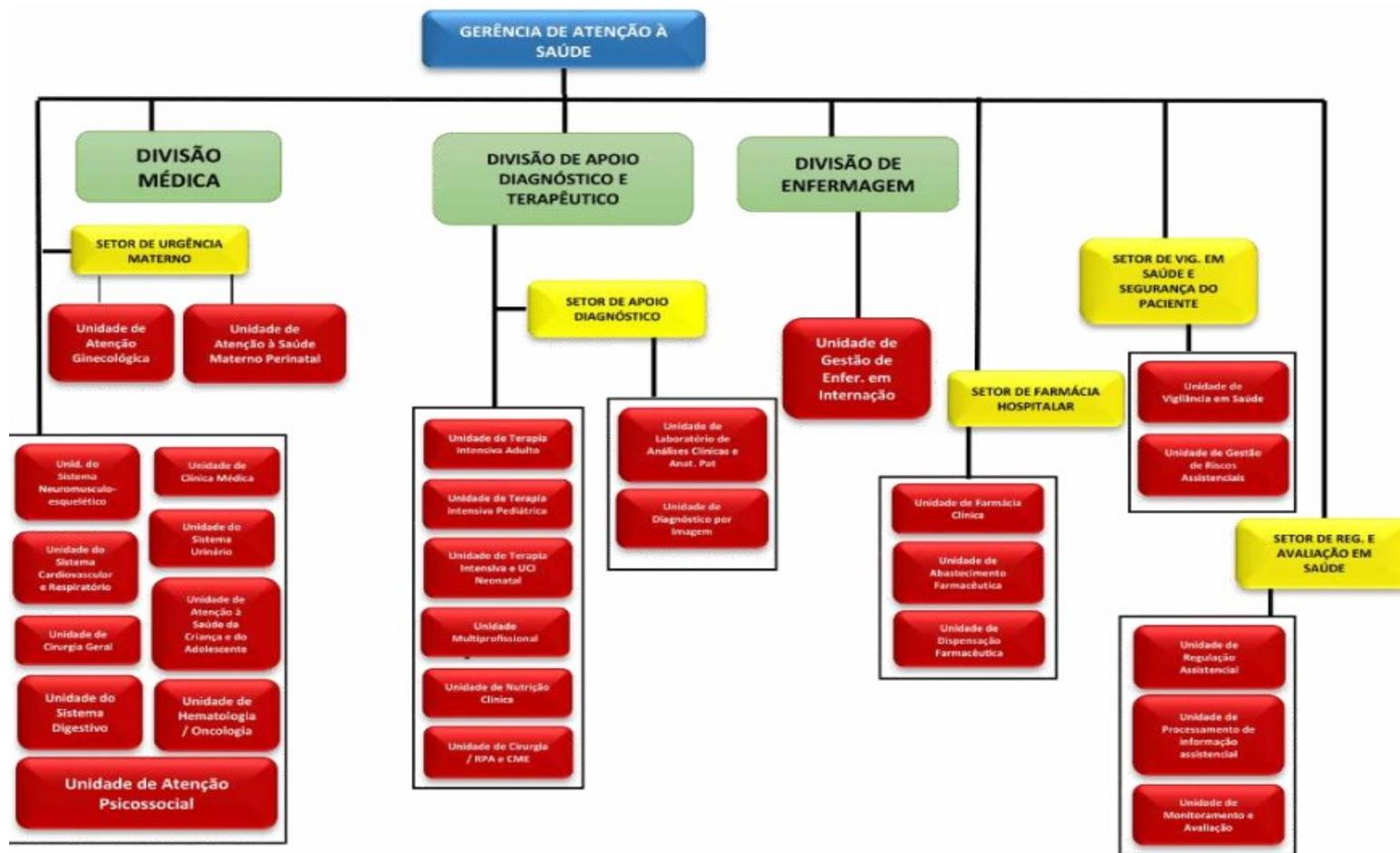
Fonte: PDE HU-UFGD 2018/2020, (2019).

Figura 6 - Organograma da Superintendência do HU-UFGD



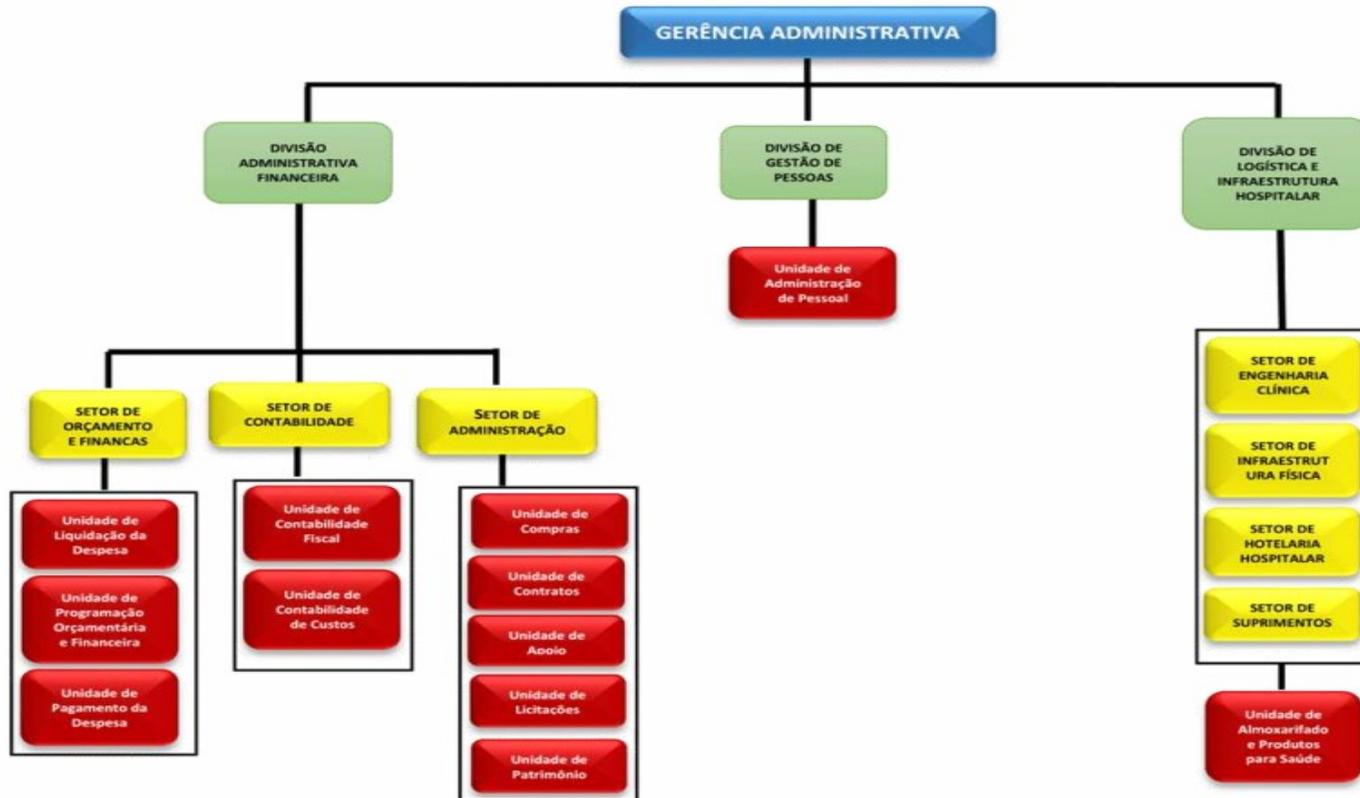
Fonte: PDE HU-UFGD 2018/2020 (2019).

Figura 7 - Organograma da Gerência de Atenção à Saúde



Fonte: PDE HU-UFMG 2018/2020 (2019).

Figura 8 - Organograma da Gerência Administrativa do HU-UFGD



Fonte: PDE HU-UFGD 2018/2020 (2019).

Figura 9 - Organograma da Gerência de Ensino e Pesquisa



Fonte: PDE HU-UFGD 2018/2020 (2019).

Com a entrada da EBSEERH fazendo a gestão do HU-UFGD, as relações foram modificadas, pois o hospital passou a ser organizado sob o prisma de uma estrutura organizacional diferenciada, ou seja, o modelo prescrito pela EBSEERH — como já o explicitamos anteriormente. Logo, percebe-se que, por ele ser um hospital de porte médio (classificação EBSEERH), foi envolvido por um rol de cargos e funções comissionadas determinadas, explicitadas na sua estrutura organizacional também outrora abordada, e, assim, criaram-se internamente “gestores”, ou seja, os chefes de unidades, setores, divisões, gerências e funções (chefias) relacionadas à auditoria, assessoramento jurídico, ouvidoria, planejamento, comunicação e apoio corporativo, além do próprio superintendente, que, em tese, deve acumular o cargo de diretor-geral (pela universidade) e de superintendente (pela EBSEERH).

Conforme consulta ao sítio eletrônico do HU-UFGD (2019), nota-se que, atualmente, a estrutura organizacional do HU-UFGD tem no total 75 cargos/funções comissionadas (vide tabela da Figura 10, página 140) oriundas da presença da EBSEERH no hospital.

Sem fazer juízo de valor, não temos como não mencionar que esses cargos são chamativos e interferem significativamente nas relações de poder, com cargos desde os chefes de unidades, que quando não exercidos por servidores/empregados públicos têm como remuneração a cifra de mais de R\$ 5.000,00. Quando se é investido em cargo comissionado determinado, no caso de um servidor/empregado público, há a opção em receber o montante referente ao cargo comissionado ou a remuneração do cargo efetivo acrescida de 60% do valor do cargo comissionado em questão. Os cargos comissionados têm remuneração mais elevada conforme a posição no organograma (vide tabela da Figura 11, página 140), crescendo de chefia de unidade para chefia de setor, para chefia de divisão, para gerente, até o cargo de superintendente.

Parece haver uma certa micropolítica interna na busca por permanência nos cargos comissionados, haja vista o fator financeiro pesar significativamente no interesse em estar chefiando determinado cargo. Indubitavelmente, as nomeações e os cargos determinam novas relações de poder político, tanto no interior do hospital como na UFGD. Talvez trabalhos futuros possam pesquisar se essa condição estaria levando a cabo determinantes técnicos na escolha de chefias, ou, sendo clientelista, utilizando-se de um discurso tecnicista que na prática esconde o não rompimento com práticas cunhadas na administração pública e de indicações determinadas por grupos e interesses políticos e/ou eleitorais.

Figura 10 - Cargos/funções comissionadas no HU-UFGD

CARGOS E FUNÇÕES	GESTÃO CENTRAL	ATENÇÃO À SAÚDE	ENSINO E PESQUISA	ADMINISTRATIVA	TOTAL
MÉDIO PORTE					
Superintendente	1	-	-	-	1
Gerente	-	1	1	1	3
Ouvidor	1	-	-	-	1
Auditor	1	-	-	-	1
Chefe de Divisão	-	4	-	3	7
Chefe de Setor	2	5	2	7	16
Chefe de Unidade	3	28	3	12	46
TOTAL	8	38	6	23	75

Fonte: PDE HU-UFGD 2018/2020 (2019).

Figura 11 - Tabela de remuneração – cargos comissionados e funções gratificadas⁴⁶

Hospital de grande, médio e pequeno porte, maternidade e especializado		Salário, em R\$
Cargos em Comissão	Superintendente	23.126,95
	Gerente	20.458,35
	Ouvidor	5.337,10
	Auditor	14.231,89
Funções Gratificadas	Chefe de Divisão	14.231,89
	Chefe de Setor	9.784,41
	Chefe de Unidade	5.337,10

Fonte: Plano de Cargos em Comissão e Funções Gratificadas, EBSEH (2018).

⁴⁶ Para os Cargos em Comissão ou Funções Gratificadas exercidas por empregados concursados da Empresa ou por cedidos, poderá ser percebido o salário fixado para o Cargos em Comissão ou Função Gratificada, integralmente e não acumulável com o salário de origem, ou a remuneração do cargo ou emprego de origem com acréscimo de 60% (sessenta por cento) do salário correspondente ao cargo ou função exercido na EBSEH.

Figura 12 - Cargos em comissão e funções gratificadas na EBSE RH SEDE

Ebserh Sede *		Quantidade	Salário, em R\$
Cargos em Comissão	Coordenador	6	22.494,35
	Chefe de Gabinete	1	22.494,35
	Auditor-Geral	1	22.494,35
	Assessor Nível I	8	20.567,78
	Ouvidor Geral	1	15.051,39
Total de Cargo Comissionado		17	-
Função Gratificada	Chefe de Serviço	45	16.895,87
	Coordenador	12	22.494,35
	Auditor Adjunto	1	20.567,78
	Assessor Nível I	2	20.567,78
	Assessor Nível II	1	12.340,67
	Supervisor Regional	5	20.567,78
	Secretário-Geral	1	16.895,87
Total de Função Gratificada		67	-
Total Geral (CCLP +FG)		84	-

* Conforme Estrutura de Cargos em Comissão de Livre Provisamento e Funções Gratificadas para a Sede da Ebserh aprovada pelo Ofício nº 27049/2018-MP e Nota Técnica nº 5301/2018-MP, de 5 de abril de 2018.

Fonte: Plano de Cargos em Comissão e Funções Gratificadas, EBSE RH (2018).

Figura 13 - Remuneração do Presidente da empresa, Diretores e honorários de membros do Conselho Administrativo e Fiscal

Cargo Estatutário	Remuneração, em R\$
Presidente	30.999,53
Diretor	29.139,56

Membro Conselho	Honorários, em R\$
Membro	2.940,53

Fonte: Plano de Cargos em Comissão e Funções Gratificadas, EBSE RH (2018).⁴⁷

⁴⁷ Os valores da remuneração do Presidente, Diretores e o valor dos honorários mensais dos membros do Conselho Administrativo e dos titulares do Conselho Fiscal foram autorizados conforme o Ofício SEI nº 30597/2015-MP e nº 30601/2015-MP, de 18 de janeiro de 2016, do Departamento de Coordenação e Governança das Empresas Estatais - DEST/MP, com vigência a partir de abril de 2015, nos termos da Nota Técnica SEI nº 6569/2015-MP, de 18 de janeiro de 2016.

Indubitavelmente, com a inserção da EBSEH como empresa pública na seara dos hospitais universitários federais, novas relações se constituíram; assim como novos nichos de poder, tensões e conflitos, haja vista que os cargos comissionados, invariavelmente, provocaram mudanças no contexto social aos quais os HUFs estão relacionados. Não tem como não avaliar que o rol de cargos apresentados mostra significativos valores pelo exercício de funções de chefias. Muitas disputas intra-hospitalares ocorrem por esse fator financeiro, bem como nota-se que a EBSEH agita a própria universidade de vinculação, posto que cada instituição federal, por intermédio de seu reitor, indica a governança hospitalar, as quais guardam maiores remunerações e poder dentro dos hospitais.

4.1 Especialidades e serviços de apoio e suporte do HU-UFGD

O perfil do HU-UFGD é de realização de atendimento ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, atuando como referência para cirurgias eletivas. No que tange à linha do cuidado, é referência para a clínica médica. Na saúde da criança, destaca-se como a única referência em clínica pediátrica (no município); com relação aos cuidados intensivos, dispõe de Unidades de Terapia Intensiva adulto, pediátrico e neonatal (incluindo-se, cuidados intermediários). Na área de atenção ao parto e nascimento, o hospital tem atendimento de porta aberta no serviço de ginecologia e obstetrícia, nesse ínterim, é referência regional para gestação de alto risco tipo II⁴⁸. Tal forma de organização e habilitação objetiva melhoria da qualidade de atenção à saúde no tocante à gestação de alto risco e conseqüentemente redução da morbimortalidade materna e neonatal (PDE HU-UFGD 2018/2020, 2019).

A capacidade da assistência do hospital, sob o prisma dos 186 leitos regulados pela Central de Regulação de leitos do município de Dourados, possui a seguinte distribuição: 136 leitos de internação hospitalar; 25 leitos complementares de UTI tipo II (adulto e pediátrico); 10 leitos de UTI Neonatal; e 15 leitos de UTI de Cuidados Intermediários.

Com relação às redes temáticas de saúde, o hospital encontra-se inserido na Rede de Urgência e Emergência, Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial e Rede

⁴⁸ Conforme Portaria do Ministério da Saúde nº 1.020 de 29 de maio de 2013, a classificação em tipo II refere-se exclusivamente à estrutura do serviço, a capacidade tecnológica e o perfil de recursos humanos.

de Atenção a Pessoas em Situação de Violência Sexual (PDE HU-UFGD 2018/2020, 2019).

Figura 14 - Identificação global do HU-UFGD

Identificação Global	
Tipo de Estabelecimento: <input checked="" type="checkbox"/> Geral <input type="checkbox"/> Especializado	Porte Hospitalar: <input type="checkbox"/> Pequeno (<200 leitos) <input checked="" type="checkbox"/> Médio (200 – 399 leitos) ⁷ <input type="checkbox"/> (>400 leitos)
Tipo de Atendimento: <input checked="" type="checkbox"/> SADT <input checked="" type="checkbox"/> Ambulatorial <input checked="" type="checkbox"/> Hospitalar	Gestor do SUS Signatário do Contrato: <input type="checkbox"/> Estadual <input checked="" type="checkbox"/> Municipal
Nível de Atenção: <input checked="" type="checkbox"/> Alta Complexidade <input checked="" type="checkbox"/> Média Complexidade	Profissionais: Nº de médicos: 214 Nº Outros Profissionais de Nível Superior: 293 Nº de Profissionais de Nível Médio: 514
Serviço de Urgência e Emergência: Urgência – <input checked="" type="checkbox"/> Sim (Referida) <input type="checkbox"/> Não	
Número de Leitos Instalados: <input checked="" type="checkbox"/> 189] Geral (Total) <input checked="" type="checkbox"/> 34] UTI <input checked="" type="checkbox"/> 15] UCINco	Serviço de Maternidade: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Número de Leitos de UTI tipo II: <input checked="" type="checkbox"/> 15] Adulto <input checked="" type="checkbox"/> 10] Pediátrico <input checked="" type="checkbox"/> 10] Neonatal <input checked="" type="checkbox"/> 0] UCO	O Serviço de Maternidade é Habilitado em Geração de Alto Risco: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Demanda: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input checked="" type="checkbox"/> Referenciada	
Habilitação em Alta Complexidade: 1. Geração de Alto Risco Tipo II 2. Unidade de Tratamento Intensivo Tipo II 3. Serviço Hospitalar para Tratamento de AIDS	
Inserção nas Redes Temáticas de Saúde: 1. Rede de Urgência e Emergência 2. Rede Cegonha 3. Rede de Atenção Psicossocial 4. Rede de Atenção a Pessoas em Situação de Violência Sexual	

Fonte: PDE HU-UFGD 2018/2020 (2019). Adaptado de dados apontados no CNES.

Figura 15 - Distribuição de leitos cadastrados e ativos no HU-UFGD

LEITOS	CNES	LEITOS OPERACIONAIS
Clínica cirúrgica	29	29
Clínica médica	45	33
Saúde mental	9	9
Clínica obstétrica	25	38
Clínica pediátrica	32	35
Total enfermaria	140	144
UTI adulto	14	14
UTI pediátrica	10	10
UTI neonatal	10	10
UCINco	15	19
Total leitos UTI e UCI	49	53
Total Geral	189	197

Fonte: PDE HU-UFGD 2018/2020 (2019). Base de dados: CNES, AGHU e contagem física dos leitos em 01/08/2019 feito pelo SERAS em conjunto com a auditoria interna da EBSEH.

Atualmente, em sua oferta de serviços, o HU-UFGD possui também a Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP)⁴⁹. É uma unidade de cuidados às gestantes, recém-nascidos e puérperas que estejam em situação de vulnerabilidade física e/ou social, prestando assistência adequada às situações demandantes de vigilância e proximidade dos serviços de referência. Iniciadas em março de 2017, as obras foram concluídas no dia 9 de julho de 2018.

⁴⁹ A Casa da Gestante, Bebê e Puérpera está localizada próxima à Pediatria, setor pelo qual é feita a interligação da unidade com o hospital. O prédio possui 446 m², com capacidade de alojamento para 20 camas, distribuídas em quatro quartos, com um banheiro em cada. A infraestrutura da casa ainda é composta por ambientes de apoio, como sala multiuso, sala de estar, banheiros para uso geral, copa e cozinha, lavanderia, varanda e sala de atendimento multiprofissional. O projeto foi elaborado em consonância com orientações e supervisão do Ministério da Saúde, no âmbito das linhas de investimento da Rede Cegonha (PDE HU-UFGD 2018/2020, 2019).

Foto 5 - Casa da Gestante, Bebê e Puérpera



Fonte: Trabalho de campo do autor, 2020.

Foto 6 - Área em frente à Casa da Gestante, Bebê e Puérpera do HU-UFGD



Fonte: Trabalho de campo do autor, 2020.

A oferta de serviços pelo HU-UFGD é decorrente da sua inserção no contexto tanto local como macrorregional de Mato Grosso do Sul, por intermédio do instrumento de contratualização, este celebrado entre o município de Dourados e o hospital, com a interveniência do ente estadual. A participação do HU-UFGD encontra-se formalmente estabelecida na rede de atenção à saúde do SUS, integrando diversificados serviços especializados (PDE HU-UFGD 2018/2020, 2019).

Portanto, observa-se que tanto o elemento regional quanto a rede (conceitos geográficos) ganham importância na conformação da participação do HU-UFGD ao disponibilizar seus serviços de saúde. Dantas (2018) apontou uma instrumentalização de planejamento do Estado a partir da regionalização dos serviços de saúde em Mato Grosso do Sul, logo, a contratualização municipal se coaduna com essa verificação, sendo o instrumento formal que coloca para o nível local (município de Dourados) a incumbência de ser o gestor pleno do SUS, e este torna-se o contratante do HU-UFGD. Dinis (2007) demonstra que a escala de atuação passa a ser em rede. Nesse sentido, o HU-UFGD é regulado via SISREG e recebe demandas consoante esta atuação em rede, sendo procurado a partir dos serviços em que é referência para a macrorregião de Dourados.

Figura 16 - Conjunto de serviços ambulatoriais prestados pelo HU-UFGD

Ambulatorial	
Alergia e Imunologia Pediátrica	Hematologia e Hemoterapia Pediátrica
Cancerologia Cirúrgica	Infectologia
Cardiologia	Mastologia
Cardiologia Pediátrica (especialidade sem agenda externa)	Nefrologia
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	Nefrologia Pediátrica
Cirurgia Geral	Neurocirurgia (especialidade sem agenda externa)
Cirurgia Oral Menor (especialidade sem agenda externa)	Neurologia
Cirurgia Pediátrica	Nutrição Clínica (especialidade sem agenda externa)
Cirurgia Plástica	Oftalmologia
Cirurgia Torácica	Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia Vascular	Otorrinolaringologia
Coloproctologia	Pediatria (especialidade sem agenda externa)
Endocrinologia e Metabologia	Pequenas Cirurgias
Endocrinologia Pediátrica (especialidade sem agenda externa)	Pneumologia
Farmácia Clínica (especialidade sem agenda externa)	Pneumologia Pediátrica
Fisioterapia Geral	Pré-Natal de Alto Risco
Fonoaudiologia	Psiquiatria (especialidade sem agenda externa)
Gastroenterologia	Residência Ginecológica
Gastroenterologia Pediátrica (especialidade sem agenda externa)	Reumatologia
Ginecologia	Risco Cirúrgico (especialidade sem agenda externa)
Ginecologia e Obstetrícia	Urologia
Hematologia e Hemoterapia	

Fonte: PDE HU-UFGD 2018/2020 (2019). Base de dados: Carta de Serviços ao Usuário do HU-UFGD.

Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/web/huufgd/superintendencia/boletins-de-servico/2019>.

Figura 17 - Equipamentos hospitalares por tipo de serviço – HU-UFGD

	EQUIPAMENTOS	EXISTENTES
Equipamentos de Audiologia	Audiômetro de um canal	1
	Emissões otoacústica evocadas por produto de distorção	1
	Emissões otoacústica evocadas transientes	1
	Imitânciometro multifrequencial	1
Equipamentos de diagnóstico por Imagem	Mamógrafo com comando simples	1
	Processadora de filme exclusiva para mamografia	1
	Raio x de 100 a 500ma	5
	Raio x mais de 500ma	1
	Raio x para hemodinâmica	1
	Tomógrafo computadorizado	1
	Ultrassom convencional	2
	Ultrassom doppler colorido	2
Ultrassom ecógrafo	2	
Equipamentos de Infraestrutura	Controle ambiental/ar-condicionado central	2
	Grupo gerador	1
Equipamentos de Odontologia	Caneta de baixa rotação	1
Equipamentos para Manutenção da Vida	Berço aquecido	7
	Bomba de infusão	204
	Desfibrilador	16
	Equipamento de fototerapia	13
	Incubadora	21
	Marca-passo temporário	4

(continua na próxima página...)

	EQUIPAMENTOS	EXISTENTES
	Monitor de ECG	52
	Monitor de pressão invasiva	6
	Monitor de pressão não-invasiva	52
	Reanimador pulmonar/ambú	50
	Respirador/ventilador	50
Equipamentos por Métodos Gráficos	Eletrocardiógrafo	6
	Eletroencefalógrafo	2
Equipamentos por Métodos Ópticos	Endoscópio digestivo	5
	Endoscópio das vias respiratórias	1
	Endoscópio das vias urinárias	1
	Laparoscópio/vídeo	1
	Microscópio cirúrgico	5
Outros Equipamentos	Aparelho de eletroestimulação	2
	Equipamento para hemodiálise	2
	Forno de Bier	3

Fonte: PDE HU-UFGD 2018/2020 (2019). Adaptado a partir de dados extraídos do CNES.

Figura 18 - Habilitações – HU-UFGD

Código	Descrição	Origem	Competência Inicial	Portaria	Data da Portaria	Leitos SUS
0636	Serviços hospitalares de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas	Nacional	07/2019	1951 PT GM	22/07 2019	9
1101	Serviço hospitalar para tratamento AIDS	Nacional	05/2012	407 SAS	10/05 2012	*
1414	Atenção hospitalar de referência à gestação de alto risco tipo II	Nacional	01/2014	50 SAS	24/01 2014	15
1415	Casa da gestante, bebê e puérpera (CGBP)	Nacional	07/2019	1949 PT GM	22/07 2019	*
1901	Laqueadura	Local	02/2007	810 SES/MS	25/02 2008	0
1902	Vasectomia	Local	02/2007	810 SES/MS	26/05 2008	0
2601	UTI II adulto	Nacional	10/2004	365 SAS/MS	12/04 2016	14
2603	UTI II pediátrica	Nacional	10/2004	1197 PT SAS	25/10 2012	10
2610	Unidade de terapia intensiva neonatal tipo II – UTIN II	Nacional	12/2013	1430 PT SAS (RETIF)	24/02 2014	10
2802	Unidade de cuidados intermediários neonatal convencional (UCINCO)	Nacional	12/2013	1430 PT SAS	20/12 2013	15

Fonte: PDE HU-UFGD 2018/2020 (2019). Adaptado a partir de dados extraídos do CNES.

De acordo com o PDE 2018-2020 do HU-UFGD, consoante ao perfil hospitalar e às necessidades da população, foram, pois, pensadas habilitações nos serviços de média e alta complexidade a fim de melhorar a qualidade dos serviços disponibilizados

aos usuários, bem como buscando maior integração do hospital junto às Redes de Atenção à Saúde (RAS)⁵⁰.

O PDE ainda destaca o constante contato direto do HU-UFGD com diversas instituições públicas (UFGD e UEMS) e privadas (UNIGRAN e Escola Vital Brasil), tais que buscam o hospital para serem campo de prática de formação de diversificadas áreas de profissionais tendo como base os princípios do SUS. As residências⁵¹ têm como diretriz a formação integrada dos diversos profissionais envolvidos nos programas/cenários de prática (PDE HU-UFGD 2018/2020, 2019).

É, pois, possível observar, pelo PDE 2018–2020, a visão pelo menos conceitual de saúde no campo de prática da residência alinhada à atuação em locais públicos e para a comunidade que conta com o SUS.

O objetivo é buscar uma compreensão ampliada de saúde, focada no ser humano, estendendo a visão do residente ao atendimento integral, por meio de estágios internos no HU-UFGD e externos, como nas Unidades Básicas de Saúde, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Secretaria Especial de Saúde Indígena, Hospital Evangélico, Hospital e Maternidade Indígena Porta da Esperança, Unidade de Pronto Atendimento de Dourados e Hospital da Vida.

⁵⁰ No portal da Rede Humaniza SUS, é possível entender melhor a RAS: “*O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma conquista do povo brasileiro e de várias lutadoras e lutadores da área da saúde. A conquista da regionalização como uma diretriz do SUS e eixo estruturante do Pacto de Gestão é de enorme importância para os desafios postos na atualidade para a eficiência do sistema e da prestação dos serviços. Infelizmente, hoje o atual modelo de gestão do SUS encontra-se esgotado – cada vez mais evidente a dificuldade em superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado no contexto atual. (...) Pensando em uma saída para essas problemáticas, principalmente da peregrinação muitas vezes ocorrida da dificuldade tanto dos usuários, como dos gestores e dos trabalhadores e trabalhadoras do SUS em se trabalhar de forma correta o pilar das referências e contra-referências, em 2010 foi pactuada na Comissão Intergestora Tripartite as ‘diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)’ estabelecida pela Portaria N° 4279, de 30 de dezembro de 2010. (...) As redes de atenção à saúde (RAS) é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. A RAS tem como objetivo promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica. (...) Em entrevista (...) do importante pesquisador e professor Gastão Wagner, do Instituto de Saúde Coletiva da FCM da Unicamp, intitulada por ‘Regionalização é o futuro do SUS’ (...) ele aponta a criação de uma autarquia o SUS Brasil que teria como mudança principal o planejamento a partir das RAS e não dos municípios. (...) ‘Por fim, é de suma importância que nós estudantes, professores, gestores e usuários pensemos coletivamente a melhor saída para atual crise que o SUS passa hoje de um lado sendo atacado fortemente pelos interesses do capital (internacional, principalmente) e com as dificuldades encontradas pela gestão e o sub-financiamento do Governo. Me parece que a melhor saída é, de fato, pensar a regionalização!’”.* Disponível em: <<http://redehumanizasus.net/89789-redes-de-atencao-a-saude-ras/>> Acesso em: 15 de fev. 2020.

⁵¹ O hospital possui programas de residência médica nas áreas de concentração: Clínica Médica, Pré-requisito em Área Cirúrgica Básica, Pediatria e Ginecologia e Obstetrícia. Além disso, o HU tem outros três programas de residência em Área Profissional da Saúde: Residência Multiprofissional em Saúde (áreas de concentração: Atenção Cardiovascular, Saúde Indígena e Materno-Infantil, abrangendo os cursos de enfermagem, nutrição, psicologia e fisioterapia); Residência Multiprofissional em Saúde Materno-Infantil e Residência Uniprofissional em Enfermagem Obstétrica (PDE HU-UFGD 2018/2020, 2019).

Nesses cenários de prática, os residentes atuam juntamente aos profissionais que prestam serviços à comunidade atendida pelo SUS. Dessa forma, por meio de um trabalho multidisciplinar durante todo o período de formação, os programas objetivam a formação de um profissional inovador, com uma visão global da saúde e dos fatores de risco que interferem na vida da comunidade. (PDE HU-UFGD 2018/2020, 2019, p. 30).

Entendemos que essa “compreensão ampliada de saúde focada no ser humano” é positiva e vai ao encontro dos princípios defendidos por movimentos populares — como o Movimento da Reforma Sanitária —, com o escopo de ampliar a forma e o conteúdo de pensar e fazer saúde.⁵²

4.2 Indicadores de desempenho hospitalar

Para a OMS, indicadores significam marcadores da situação de saúde, performance de serviços ou a disponibilidade de recursos disponíveis definidos que permitem monitorização de objetivos, alvos e performances (WHO, 1996). “Os indicadores são medidas de suporte que permitem a análise dos números produzidos gerando uma avaliação sobre a qualidade das atividades desenvolvidas”, assim, possibilita-se gerar alternativas, como estratégias de aprimoramento e subsídios de validação de boas práticas (PDE HU-UFGD 2018/2020, 2019, p. 31).

No HU-UFGD, os indicadores passaram a ser tabulados desde o ano de 2010 (captados e avaliados), pela unidade de Monitoramento e Avaliação em Saúde, consubstanciando em índices como, por exemplo, os de taxas de ocupação hospitalar, média de permanência e percentual de acompanhantes (PDE HU-UFGD 2018/2020, 2019).

A partir de outubro de 2017, a unidade passou a adotar a ferramenta de painel de bordo, inserção, pois, advinda do Modelo de Gestão da Atenção Hospitalar

⁵² Sem aprofundar adequadamente a discussão — até porque é muito ampla e complexa —, comungamos, neste trabalho, com a definição de saúde dada pela Carta de Ottawa (1986): “As condições e requisitos para a saúde são: a paz, a educação, a moradia, a alimentação, a renda, um ecossistema saudável, justiça social e equidade. Qualquer melhora da saúde há de ter como base, necessariamente, estes pré-requisitos. Para alcançar um estado adequado de bem-estar físico, mental e social, um grupo deve ser capaz de satisfazer suas aspirações, satisfazer suas necessidades e mudar ou adaptar-se ao meio ambiente”. Documento final da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, efetivada em Ottawa (Canadá), em 1986. No dizer de Dantas (2018, p. 33), “esse documento expressa um marco histórico na definição de saúde, tendo em vista que não relaciona a saúde apenas a uma concepção curativa e preventiva de doenças, ao contrário, avança incorporando a questão do bem-estar, um conjunto de fatores que se relacionam em boas condições de vida ao Homem, a partir de suas aspirações e necessidades históricas”.

(MGAH), cuja ideia veio posta pela Diretoria de Atenção à Saúde (DAS) da EBSEH, objetivando propor a cogestão e a gestão da clínica (os indicadores são atualizados/apresentados mensalmente). No processo de catalogação, além dos dados gerais de desempenho, são enviados dados setorizados produzidos internamente por cada área para que o monitoramento também ocorra (PDE HU-UFGD 2018/2020, 2019).

Figura 19 - Painel de bordo do HU-UFGD – Indicadores da Gerência de Atenção à Saúde⁵³



Universidade Federal da Grande Dourados
Hospital Universitário da UFGD - Filial EBSERH
UMA/SERAS/GAS



PAINEL DE BORDO HU-UFGD - MODELO DE GESTÃO DA DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE														
ANO 2018														
INDICADOR	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	JAN-ATUAL	FONTE:
1. Taxa de Ocupação - TOH	80,55%	88,82%	94,51%	93,37%	92,15%	95,92%	95,96%	86,71%	92,99%	90,80%	86,38%	86,34%	90,38%	AGHU
2. Taxa Média de Permanência (dias) - TMP	5,73	6,23	5,46	6,03	6,20	5,88	6,41	5,91	6,38	6,41	5,80	6,13	6,05	AGHU
3. Taxa Média de Permanência - Leitos Clínicos	9,26	8,60	8,56	9,40	10,89	8,72	9,05	7,78	11,08	10,45	9,60	8,61	9,33	AGHU
4. Taxa Média de Permanência - Leitos Cirúrgicos	1,69	1,77	1,72	1,95	1,99	1,84	1,92	2,13	2,26	2,06	2,05	1,91	1,94	AGHU
7. Nº de Internações	798	779	741	723	721	747	830	949	1102	854	861	889	833	SIH/Datasus
8. Nº de Consultas	6.444	4.799	4.634	5.552	4.911	3.970	4.792	4.832	4.622	4.887	4.702	4.945	4.924	SIA/Datasus
11. Nº Cirurgias***	374	313	407	378	420	395	423	453	398	421	421	324	394	CC, CO, AMBULATÓRIO
11.1 Nº Partos Cesarianos	125	103	136	119	147	127	142	133	124	141	130	122	129	Centro Obstétrico
11.2 Outras Cirurgias	249	210	271	259	273	268	281	320	274	280	291	202	265	C. Cirúrgico/Ambulatório
12. Nº Exames de Imagem	1.766	1.474	2.032	2.061	2.369	2.399	2.592	2.699	2.191	2.295	2.254	1.994	2.177	Imagem
13. Nº de Exames Laboratoriais	44.789	55.243	72.830	63.413	72.917	60.202	74.635	86.665	66.248	68.297	62.870	51.561	64.973	Laboratório
14. Taxa de Cesareas	51,23%	43,43%	44,29%	41,12%	46,96%	41,02%	46,42%	46,96%	44,54%	51,99%	46,76%	51,81%	46,38%	Datasus
20. Taxa de Mortalidade Institucional	1,82%	2,33%	1,88%	1,49%	2,72%	1,83%	2,10%	2,82%	2,13%	1,55%	2,15%	1,92%	2,06%	AGHU

Fonte: Site Institucional. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/pt/web/hu-ufgd/indicadores-huad/paineis-bordo-aas>

⁵³ O Painel de Bordo do MGAH da DAS contempla 24 indicadores, que serão incorporados ao painel gradativamente. O indicador nº 11 (Nº de Cirurgias) inclui procedimentos realizado no Centro Cirúrgico, cirurgias ambulatoriais e partos cesarianos. Os indicadores derivados 11.1 e 11.2 têm a finalidade de demonstrar a composição do indicador 11. Indicadores 12 e 13 incluem exames internos e externos.

4.3 Perfil epidemiológico de Dourados (MS)

Dourados, mesmo na condição de cidade-polo desde meados da década de 1970, no contexto do II Plano Nacional de Desenvolvimento – II PND 1975/79 (SOUZA, 2003), somente 50,7% do território urbano possui esgoto sanitário adequado, como agravante que parcela de moradores utilizam a fossa rudimentar como instalação sanitária. 28,2% das vias públicas são urbanizadas. O lixo, proporcionalmente à quantidade de moradores, tem 86,2% do tipo coleta (IBGE, 2010). A mortalidade infantil registrada (IBGE, 2017) foi de 9,81 óbitos por 1.000 nascidos vivos — em comparativo ao ano de 2006, representa uma percentagem menor de 50,41%.

Refletindo acerca da relação território e saúde/doença, Peiter *et al* (2006, p. 14) argumentam que:

No território, as pessoas estudam, produzem e consomem. A exposição às situações que afetam a saúde, em geral, não são escolhas de indivíduos nem de famílias, mas o resultado da falta de opções para evitar ou eliminar as situações de vulnerabilidade. Também participa dessas situações o desconhecimento sobre essa vulnerabilidade. Os lugares com condições de vida desfavoráveis são em geral marcados pelo saneamento precário, contaminação das águas, do ar, dos solos ou dos alimentos, por conflitos no relacionamento interpessoal, pela falta de recursos econômicos e, portanto, enormes limitações para o consumo de bens e serviços, incluindo os mais elementares.

Assim, as condições de vida de grupos sociais nos territórios definem um conjunto de problemas, necessidades e insatisfações. Essas condições de existência podem ser boas ou ruins, e se modificam para melhor ou pior, a depender da participação de instituições de governo e da própria população.

Por isso diz-se que a situação de saúde de um grupo populacional em um território é definida pelos problemas e necessidades em saúde, assim como pelas respostas sociais a esses problemas.

Concordamos com os mencionados autores. Podemos asseverar que o binômio saúde-doença, no nível populacional, ou melhor, a saúde e os problemas de saúde, são construídos socialmente, mediante processos. Nesse sentido, as variáveis gerais que participam nestes processos são de várias origens, e todos atuam em uma teia: a biologia humana, o espaço geográfico, os modos de vida e o próprio sistema de serviços de saúde.

Segundo o CNES (2010), em Dourados existem 541 leitos do tipo prestador; destes, 363 são leitos do SUS. Os leitos de internação complementar em hospitais públicos são 9 para UTI Adulto do tipo II e 6 para UTI Infantil do tipo II. Em relação

aos procedimentos ambulatoriais, a maior quantidade é assim expressada: 312,8% para ações de promoção e prevenção em saúde (grupo), 209,6% para ações coletivas/individuais em saúde (subgrupo) e 103,3% para vigilância em saúde (subgrupo) (IBGE, 2010).

As clínicas cirúrgicas e obstétricas foram as internações mais recorrentes por tipo de especialidades, respectivamente, 6.287 e 3.862 registros, representando 33,3% e 20,4% num universo total de 18.902 internações (SIH/SUS, 2010). A média geral de permanência hospitalar é de 4,9 dias. Internações por grupo de causas (CID-10) tiveram maior apresentação no grupo XV (gravidez, parto e puerpério), equivalendo a 27,9% dos registros, de uma faixa etária de 10 a 49 anos.

Desde o ano de 1985, a comunidade internacional considera como percentagem ideal a cesárea entre 10 e 15%. Porém, tal prática tornou-se constante tanto em países desenvolvidos como nos ditos periféricos (OMS, 2015). No caso do município de Dourados, o parto cesariano representou a média de 45,3% (SINASC, 2009).

Consoante o DATASUS (2017), é possível visualizar os indicadores de mortalidade em Dourados (MS):

Figura 20 - Indicadores de mortalidade em Dourados/MS (2017)

Indicadores de Mortalidade	2017
Total de óbitos	1.256
Taxa de Mortalidade	5,6
Total de óbitos infantis	41
Taxa de mortalidade infantil	9,8
% de Mortalidade Proporcional por Causas Não Definidas	14,6
Nº de óbitos infantis por causas mal definidas	06
Maior Incidência de Óbitos por Causa	<i>Doença do Aparelho Circulatório</i>
% de óbitos infantis no total de óbitos	3,1

Fonte: PDE do HU-UFGD 2018/2020, 2019. Base de dados: DATASUS, dados de 06/08/2019.

O PDE 2018/2020 do HU-UFGD (2019) traz que, pela intenção de qualificação da assistência prestada pelo hospital, conforme a população atendida e consoante às

especificidades socioculturais (população indígena, de fronteira e afrodescendentes), às quais ele está envolto, a instituição não estaria estática e, sim, imersa na adoção de melhores práticas e alta resolutividade assistencial na atenção às pacientes. Assim, ratifica sua participação estratégica em projetos na área materno-perinatal, visando promover a assistência qualificada, humanizada e integral, sendo eles: Rede Cegonha⁵⁴, *Apice On*⁵⁵, Parto Adequado⁵⁶ e implantação da Linha de Cuidado Materno Perinatal⁵⁷.

Com tais pressupostos e com sustentação em Peiter *et al.* (2006), argumentamos que a situação de saúde de uma população/sociedade inclui os problemas e necessidades desta população/sociedade, e as respostas sociais organizadas. Assim, o perfil epidemiológico de uma população é o produto da interação entre os dois processos.

⁵⁴ A Rede Cegonha é uma diretriz de qualidade no atendimento a todas as mulheres desde o planejamento familiar até o puerpério e primeiros dois anos de vida da criança. O hospital está inserido nesta rede temática de saúde, bem como habilitado na Atenção Hospitalar de Referência à Gestação de Alto Risco Tipo II, e presta contas através de metas técnicas e assistenciais pactuadas em contrato com o gestor municipal, monitoradas por meio dos indicadores prioritários (PDE do HU-UFGD 2018–2020, 2019).

⁵⁵ O Projeto *Apice On* - Aprimoramento Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia é uma iniciativa do Ministério da Saúde destinada a hospitais com atividades de ensino, em parceria com o Ministério da Educação (MEC), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Nacional Fernandes Figueira de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente (IFF), Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (Abrahue) e Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), que é a executora do projeto. O objetivo do *Apice On* é qualificar os processos de atenção, gestão e formação relativos ao parto, nascimento e ao abortamento nos hospitais com atividades de ensino, incorporando um modelo com práticas baseadas em evidências científicas, humanização, segurança e garantia de direitos. Fazem parte do projeto 96 hospitais que realizam atividades de ensino, incluindo Hospitais de Ensino, Hospitais Universitários e Unidades Auxiliares de Ensino, distribuídos nos 27 estados brasileiros. Estão incluídos todos os hospitais universitários federais e os hospitais de ensino que realizaram mais de mil partos em 2015, que aderiram à Rede Cegonha e recebem incentivos financeiros de custeio. O HU-UFGD assinou o termo de adesão e compromisso de cooperação em 17 de agosto de 2017 (PDE do HU-UFGD 2018–2020, 2019).

⁵⁶ O projeto Parto Adequado busca identificar modelos inovadores e viáveis de atenção ao parto e nascimento, que valorizem o parto normal e reduzam o percentual de cesarianas desnecessárias na saúde suplementar e SUS (PDE do HU-UFGD 2018–2020, 2019).

⁵⁷ A Linha de Cuidado Materno-Perinatal foi adotada em conformidade com a atual referência e vocação do hospital no atendimento materno infantil. O trabalho em linhas da área materno-perinatal começou com a determinação da jornada dos pacientes dentro do sistema de saúde e entendendo potenciais ganhos que poderiam ser gerados no hospital. A partir deles, foi feito um escopo de trabalho que envolve o fluxo de atendimento durante toda a passagem da gestante, bebê e puérpera dentro do HU, definição dos processos de trabalho relacionados ao fluxo de atendimento, definição dos indicadores gerenciais para monitoramento da linha, criação de manuais em primeira versão dos processos da linha e elaboração de plano de implantação com atividades e prazos pactuados (PDE do HU-UFGD 2018–2020, 2019).

4.4 - Compreendendo a inserção do Hospital Universitário da UFGD no REHUF

4.4.1 Premissas iniciais sobre infraestrutura e tecnologia no HU-UFGD

Sobre a infraestrutura

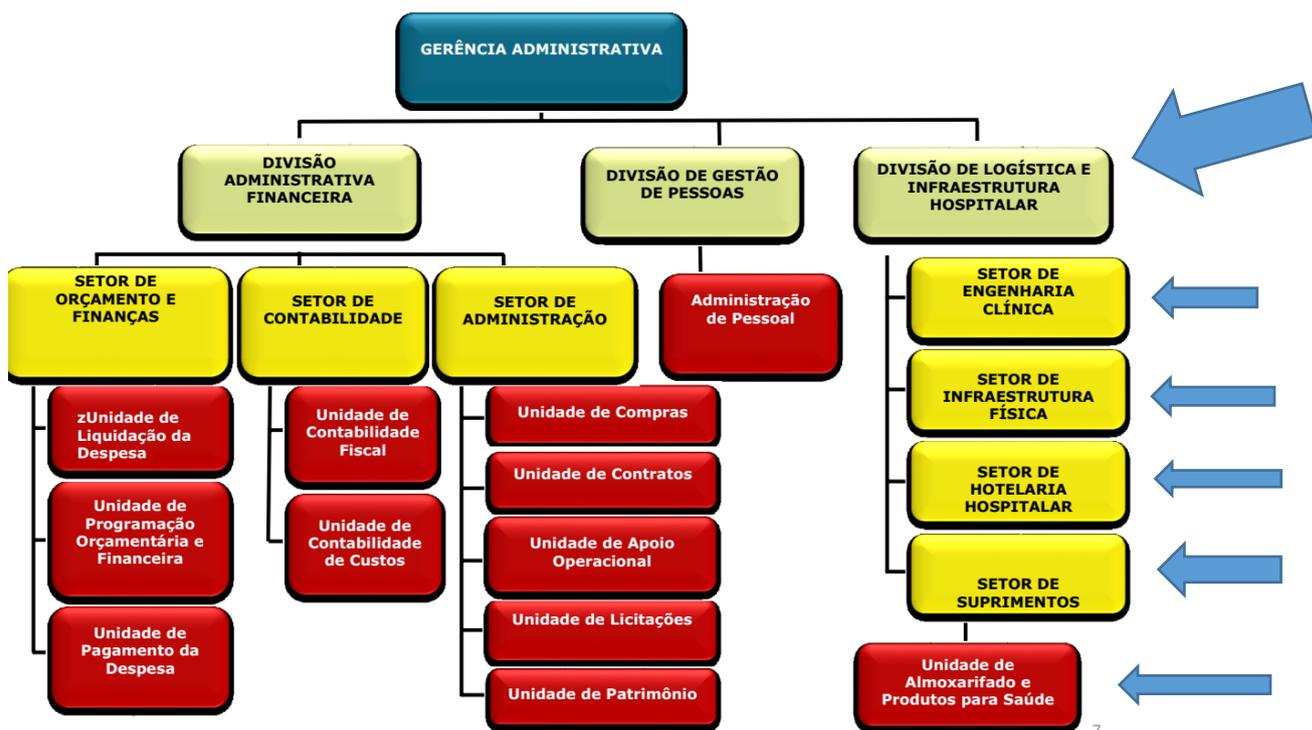
A gerência Administrativa do HU-UFGD é composta por várias divisões, dentre elas, temos a Divisão de Logística e Infraestrutura Hospitalar, pois bem, e esta, por sua vez, tem como ramificação certas unidades, a princípio destacamos a Unidade de Engenharia Clínica.

De início, esta configuração do organograma institucional nos coloca sobre uma inferência que denota a concepção de que um Hospital Universitário, por atender demandas de alta e média complexidade, precisa de suporte contínuo em infraestrutura, posto que, sem ela, como faria para disponibilizar tais serviços aos usuários? Portanto, é fato que ter em bom estado equipamentos de alta tecnologia, acomodações e centros de cirurgia torna-se fundamental.

O organograma, conforme suas ramificações, leva-nos ao Setor de Engenharia Clínica, logo, percebe-se que existe uma técnica para o trato clínico em que é preciso projetar arquitetonicamente e, mais que isso, clinicamente, o uso dos equipamentos, possibilitando o uso racional de instrumentais cotidianos. O setor em questão, pelo próprio nome, já chama atenção. Ademais, no contexto dessa infraestrutura hospitalar, nota-se a existência do Setor de Infraestrutura Física, de Hotelaria Hospitalar e de Suprimentos, este que se ramifica em uma Unidade de Almoxarifado de Produtos para a Saúde.

A indagação, na verdade seria como são adquiridos esses equipamentos, especificamente, como são priorizados essas compras e qual a lógica de composição e recomposição da infraestrutura. E como o REHUF se encaixaria nessa sistemática? E o que é possível enxergar, mesmo que seja no contexto atual, de realizações feitas nessa área? E é nesse sentido que este capítulo 4 busca trazer respostas a estas questões, portanto, mais adiante, essas proposições serão abordadas.

Figura 21 - Identificação de estrutura organizacional voltada à infraestrutura hospitalar no HU-UFGD

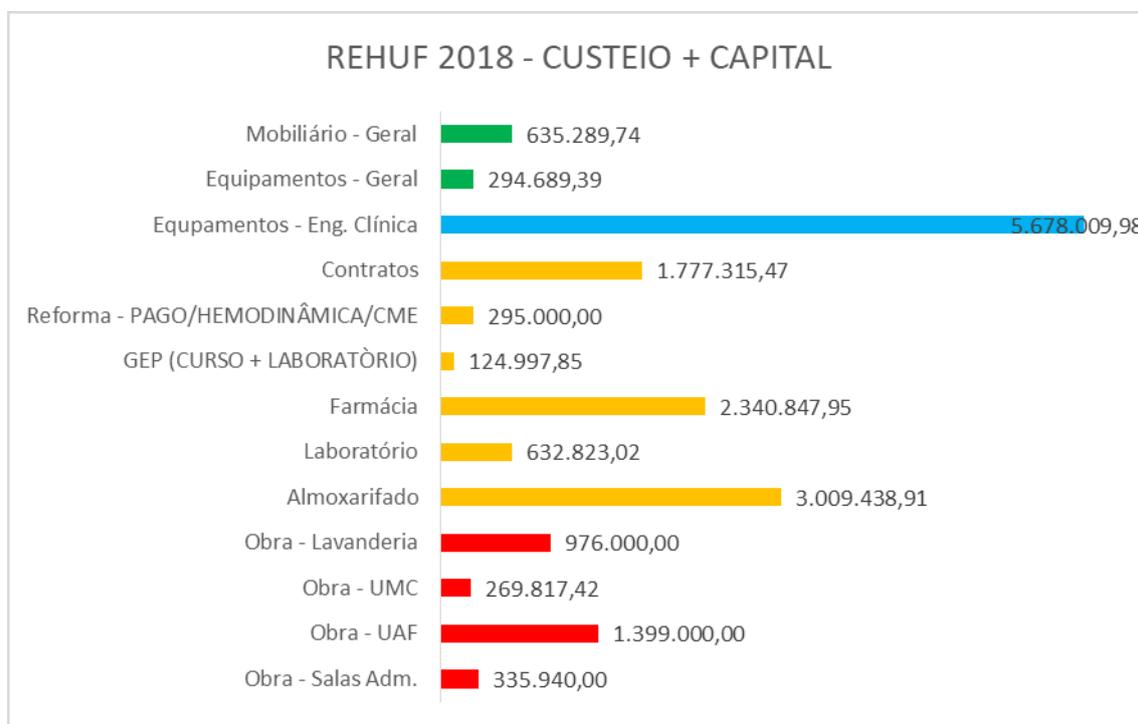


Fonte: PDE do HU-UFGD 2018/2020 (2019).

Nesse momento inicial, fiquemos com as especificações panorâmicas que o Gráfico 6, a seguir, permite identificarmos sobre o *modus operandi* do gasto do REHUF, nas rubricas custeio e capital, do ano de 2018.

Interessante perceber que o Hospital Universitário da UFGD, como outros HUFs, precisa invariavelmente do componente estrutural para se manter em funcionamento, já que suas demandas são de média e alta complexidade. Nota-se que é preciso participação massiva do Setor de Engenharia Clínica hospitalar; nesse cenário, não aleatório, é o que apresenta maior volume orçamentária de despesa realizada no bojo do REHUF.

Gráfico 6 - Demonstrativo da especificação dos gastos do REHUF (custeio + capital) no HU-UFGD (2018)



Fonte: Divisão Administrativa e Financeira (DAF) do HU-UFGD (2018). *A produção desse gráfico guarda verossimilhança com gráfico impresso pela DAF que foi disponibilizado a este pesquisador na pesquisa de campo

Nas áreas que demandam todo o serviço de estrutura física, a principal obra, e cuja execução encontra-se em andamento, é a Unidade da Criança e da Mulher (UMC). Ela está, pois, sendo construída de forma anexa ao prédio do HU-UFGD, em uma área nova, formando, dessa maneira, todo o complexo do Hospital Universitário. Como a UMC, obras que objetivam ampliação e readequação de espaços para suporte e recebimento dos serviços da área materno-perinatal, que ficará localizada nessa nova estrutura predial, mantêm-se previstas (PDE do HU-UFGD 2018/2010, 2019).

Figura 22 - Obra da UMC em andamento



Fonte: PDE do HU-UFGD 2018/2020 (2019). Base de dados: Setor de Planejamento do HU-UFGD.

No período mais contemporâneo, conforme pesquisa de campo, podemos visualizar um certo avanço na obra em comparação em relação à imagem anterior.

Os objetivos que justificam a obra da UMC, segundo o PDE, são: “revitalização de estrutura física atualmente defasada, viabilidade para suporte ao atendimento de demanda do hospital, recurso a cenários de superlotação e adequações impostas pela Vigilância Sanitária”, com previsão de entrega da 1ª etapa, já que a obra é por módulos, para o ano de 2020, cujo custo estimado é da ordem de R\$ 36.400.623,92 (PDE do HU-UFGD 2028/2020, 2019, p. 56).

Figura 23 - Distribuição de espaço físico – 1ª etapa da UMC

1ª FASE DE IMPLANTAÇÃO	LEITOS	CONSULTÓRIOS	SALAS
Pronto atendimento pediátrico	7	2	-
Pronto atendimento obstétrico	8	3	-
Internação obstétrica	36	-	-
Centro de parto normal	5	-	-
Centro obstétrico	5	-	4
Ambulatório PN e RN	-	2	-
Total 1ª Fase	61	7	4

Fonte: PDE do HU-UFGD 208/2020 (2019). Base de dados: Setor de Infraestrutura Física do HU-UFGD.

Foto 7 - Placa indicativa do valor a ser investido para a 1ª Etapa da Unidade da Mulher e da Criança e da Criança – (UMC), em anexo ao HU-UFGD



Fonte: LEITE, M. N. Trabalho de campo em 15/02/2018.

Assim, em trabalho de campo datado de 10 de fevereiro de 2020, constatamos que a referida obra está com o seguinte aspecto:

Foto 8 - 1ª Etapa da Unidade da Mulher e da Criança – (UMC) – em anexo ao HU-UFGD



Fonte: LEITE, M. N. Trabalho de campo em 10/02/2020.

Em andamento, estavam as reformas e ampliações na Lavanderia e Farmácia — para atender ao aumento esperado na quantidade tanto de processamento enxoval quanto de dispensação de insumos farmacêuticos —, a partir da inauguração/operacionalização da UMC. Essas reformas tinham como previsão de conclusão o ano de 2019 e estão atendendo adequações exigidas pela Vigilância Sanitária (PDE do HU-UFGD 2018/2010, 2019).

Conforme nossa visita ao hospital no dia 10 de fevereiro de 2020, a obra da lavanderia não estava ainda concluída, conforme a Foto 9, seguinte:

Foto 9 - Obra de ampliação da Lavanderia Farmácia Hospitalar do HU-UFGD



Fonte: LEITE, M. N. Trabalho de campo em 10/02/2020.

As placas governamentais apresentadas a seguir demonstram os agentes participantes das obras das reformas e ampliações da Lavanderia e Farmácia Hospitalar do HU-UFGD, quer sejam: EBSEH e MEC. Respectivamente, tais obras são apontadas com investimentos na ordem de R\$ 976.000,00 e R\$ 1.398.999,99.

Foto 10 - Placas indicativas das obras de reforma e ampliação da Lavanderia e Farmácia Hospitalar do HU-UFGD



Fonte: LEITE, M. N. Trabalho de campo em 10/02/2020.

Existem propostas, também, para execução das seguintes obras, porém sem estimativas de prazos para início e a depender de dependências de nivelamentos estratégicos e orçamentários, são elas: reforma do bloco cirúrgico, construção do centro de estudos e UMC 2ª etapa (PDE do HU-UFMG 2018/2020, 2019).

Sobre a tecnologia

Quando o REHUF foi criado, havia um sinal evidente do governo no sentido de que esse programa serviria para diagnosticar a situação dos HUFs brasileiros. Para tal empreitada, utilizou a tecnologia, e assim tornou o uso de um aplicativo no cotidiano dos hospitais, qual seja, o intitulado Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários – AGHU, sistema que possibilitou geração de dados para localizar os hospitais por indicadores.

É um sistema de gestão hospitalar com foco no paciente, adotado como padrão para todos os Hospitais Universitários Federais da rede EBSEH. O desenvolvimento do AGHU iniciou-se em 2009, como parte integrante do REHUF, destinado à reestruturação e revitalização dos hospitais das universidades federais (EBSEH, 2019).

O objetivo do aplicativo é apoiar a padronização das práticas assistenciais e administrativas dos Hospitais Universitários Federais e permitir a criação de indicadores nacionais, o que facilitará a criação de programas de melhorias comuns para todos esses hospitais. Para desenvolver o AGHU, a EBSEH utiliza como base o AGH, sistema de aplicativos para gestão hospitalar desenvolvido pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA, levando em conta o sucesso de seu modelo de gestão. Os primeiros módulos do AGHU foram implantados em agosto de 2010, na Maternidade Vitor Ferreira do Amaral, de Curitiba (PR). Pouco a pouco, novos módulos estão sendo implantados e mais instituições ingressaram no grupo de hospitais que dispõem do AGHU (EBSEH, 2019).

Assim, a implantação do AGHU está ocorrendo por módulos e evolui conforme as necessidades da assistência também indiquem aprimoramentos da ferramenta. O modelo é advindo do HCPA/UFURGS e é composto de fases. O panorama em 2018 foi que essa ferramenta de gestão havia sido implantada nos 40 HUFs que compunham a rede EBSEH (EBSEH, 2019), demonstrada na Figura 24:

Figura 24 - Módulos do AGHU instalados nos 40 hospitais da rede EBSEERH



Fonte: *site* da EBSEERH (2019).

Nessa correlação, podemos também verificar o *status* de implantação no HU-MAP e no HU-UFGD, ou seja, os módulos (fases) já instalados e o pessoal responsável pela instalação — informações presentes na Figura 25:

Figura 25 - Discriminação dos módulos instalados no HUMAP e no HU-UFGD

HU	Universidade	Cidade	UF	Nº	Data AGHU	Módulos	Equipe
HUMAP	UFMS	Campo Grande	MS	I-2	15/09/2010	Pacientes Internação	HCPA
				A	15/02/2012	Prescrição Médica Ambulatório Administrativo	HCPA
				A	22/08/2014	Prescrição de Enfermagem Controles do Paciente	Ebserh
				A	10/10/2016	Estoque	Ebserh
HUGD	UFGD	Dourados	MS	I-4	12/11/2010	Pacientes Internação	HCPA
				A	11/08/2011	Prescrição Médica	HCPA
				A	30/11/2011	Ambulatório Administrativo	HCPA
				A	25/04/2014	Prescrição de Enfermagem Controles do Paciente Estoque	Ebserh

Fonte: *site* da EBSEERH (2019).

Datacenter Contêiner

Noticiado como uma conquista no próprio *site* do HU-UFGD, sob a seguinte manchete: “HU-UFGD inaugura Datacenter visando avanços na informatização dos sistemas”, e contando com a presença, inclusive, do presidente da EBSEERH, à época, em 2015, Newton Lima Neto, o ato ocorreu em 21 de agosto do referido ano.

O equipamento compunha uma estrutura que, de forma inteligente, prática e segura, reunia bancos de dados e dava suporte a todos os sistemas informatizados do local (HU-UFGD, 2015).

O discurso naquela ocasião era que, já inaugurado em seis outros hospitais universitários da rede EBSEERH, o Datacenter Contêiner era um dos benefícios trazidos pela parceria entre o HU-UFGD e a empresa desde que o convênio fora firmado. Para a superintendente da instituição, à época, Dra. Mariana Croda, era um marco que abria portas para outras melhorias na área de tecnologia da informação (TI) (HU-UFGD, 2015).

Foto 11 - Inauguração do Datacenter Contêiner no HU-UFGD



Fonte: *site* da EBSEERH, na aba notícia/gestão (acessado em 2019).

O presidente da EBSEERH, naquela oportunidade, lembrou que o investimento de R\$ 3,7 milhões para a aquisição e instalação do Datacenter Contêiner no HU-UFGD representava empenho na melhoria de todos os sistemas que já vinham sendo usados no

hospital, como o Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU). Em suas palavras: “Trata-se de um equipamento estratégico para fazer a gestão moderna e eficiente deste hospital. Sistemas como o AGHU, que já tem módulos em vários setores da instituição, poderão ser aprimorados até chegar à totalidade dos serviços hospitalares”, comemorando, assim, a sua inauguração (HU-UFGD, 2015).

4.4.2 Avaliação do REHUF no HU-UFGD

Alguns meandros me ajudaram na construção desta dissertação. Quando fui interpelado sobre qual o curso de mestrado que eu fazia, acabei, pois, por dialogar também sobre o tema de pesquisa; assim, fiquei sabendo que tramitava, em 2018, na Superintendência do HU-UFGD, um processo administrativo sobre o REHUF e, nesse ínterim, logo me foram propiciadas vistas.

A partir da análise que fiz do documento, compreendi que ele se tratava de uma espécie de avaliação do REHUF no HU-UFGD, e não poderia ter sido me apresentado em momento melhor. Assim, a pesquisa documental realizada permitiu-me estabelecer convergência com os pressupostos objetivados em minha pesquisa.

Desse modo, em 2018, algumas diligências foram ordenadas no HU-UFGD para: avaliação da aplicação dos recursos do REHUF, avaliação da situação do Plano de Reestruturação do Hospital Universitário no HU-UFGD e avaliação dos moldes de contratualização com o SUS (se atendia ao Pacto Global).

Tais tratativas avaliativas foram consubstanciadas a partir de um olhar sobre a provocação da Diretoria de Administração e Infraestrutura da EBSEH sede e que, por conseguinte, originou parecer da Consultoria Jurídica da Presidência da EBSEH, em 2017; assim, internamente, a empresa discutira o *modus operandi* da aplicação dos recursos do REHUF. Consequentemente, com base nas orientações suscitadas em face da análise gerada nesse contexto e de possibilidade de futura auditoria do REHUF nos HUFs, foram construídas as bases que lançaram a verificação que foi empreendida no HU-UFGD, tendo, ainda como base, os normativos que regem esse programa, quer sejam: o Decreto 7.802/2010, de 27 de janeiro de 2010; a Portaria Interministerial ME/MS/MP nº 883, de 5 de julho de 2010; e a Portaria do Gabinete do Ministro – Ministério da Educação – nº 442, de 25 de abril de 2012.

A avaliação/diagnóstico que estava sendo promovida no HU-UFGD, portanto, estava a considerar a relevância que se atribuía ao plano de reestruturação dos Hospitais Universitários e ao Pacto Global, contidos expressamente nas regulamentações do programa.

A discussão em questão no âmbito da EBSEH sede era sobre a aplicação de recursos do REHUF, assim, do ponto de vista jurídico, ou melhor, do direito administrativo — o qual rege as relações da administração pública — seria posicionada orientação sobre a maneira de se fazer uso dos recursos do programa.

Do ponto de vista jurídico, o parecer de 2017 não era vinculante, mas apenas de orientação, já que não julgava a conveniência e a oportunidade, balizas e prerrogativas próprias de cada administração.

A fundamentação em que se baseavam as interpelações advindas da Diretoria de Administração e Infraestrutura da EBSEH provocou, em 2017, a manifestação da Consultoria Jurídica da Presidência da EBSEH. A referida diretoria relatou, em especial, o seguinte:

Considerando que desde a criação do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais – REHUF, nenhum hospital universitário federal obteve licença completa da Vigilância Sanitária e do Corpo de Bombeiros em virtude da depreciação de suas infraestruturas e respectivos parques tecnológicos;

Considerando que os hospitais universitários federais vêm utilizando os recursos do REHUF, majoritariamente, para o pagamento de despesas continuadas como, por exemplo, contratos com higienização, limpeza, segurança, recepção, manutenções, alimentação e nutrição, água, energia elétrica, gases medicinais e insumos hospitalares;

Considerando o volume de obras paralisadas, e obras a serem realizadas nos hospitais universitários federais para atendimentos as legislações vigentes;

Considerando a precariedade e defasagem dos contratos entre os hospitais universitários federais e os gestores municipais e/ou estaduais do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando que não há nenhum plano de reestruturação dos hospitais universitários federais que englobe as metas e ações do “Pacto Global”, conforme disposições da Portaria Interministerial nº 883, de 05 de julho de 2010 [...]. (Pesquisa documental a partir de trabalho de campo realizado no ano de 2018).

A Consultoria Jurídica destacou, inicialmente, que não vieram, junto aos autos, documentações que comprovassem as ocorrências referidas, todavia, iria, à luz das normas que regiam o REHUF, efetuar análise dos questionamentos, respaldando, pois, a regular atuação da administração no que dizia respeito à execução do programa.

Importa destacar que acompanhar o analisado nos permitiu entender a sustentação do programa no viés jurídico/legal, em que o direito administrativo regula

as ações, nesse caso, o programa, e essa dimensão foi salutar para possibilitar outras percepções maiores no contexto de intenções, modificações na base legal e a própria atuação estatal.

De início, o documento jurídico elenca o REHUF, instituído em 27 de janeiro de 2010, por intermédio do Decreto nº 7.802/2010, o qual dispõe sobre o financiamento compartilhado dos HUFs entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime de pactuação global com esses hospitais.

O que é extraído do referido decreto são as diretrizes orientadoras do programa, as quais têm por objetivo criar condições materiais e institucionais para que os Hospitais Universitários Federais possam desempenhar plenamente as suas funções em relação às dimensões de ensino, pesquisa e extensão e de assistência à saúde.

Nesse mister, em linhas gerais, a reestruturação e revitalização dos Hospitais Universitários Federais será conduzida da seguinte maneira:

Art. 3º O REHUF orienta-se pelas seguintes diretrizes aos hospitais universitários federais:

I - instituição de mecanismos adequados de **financiamento**, compartilhados entre as áreas da educação e da saúde; (Redação dada pelo Decreto nº 8.587, de 2015)

II - melhoria dos **processos de gestão**;

III - adequação da **estrutura física**;

IV - recuperação e modernização do **parque tecnológico**;

V - reestruturação do **quadro de recursos humanos** dos hospitais universitários federais; e

VI - aprimoramento das atividades hospitalares vinculadas ao **ensino, pesquisa e extensão, bem como à assistência à saúde**, com base em avaliação permanente e incorporação de novas tecnologias em saúde. (BRASIL, 2010, grifos nossos).

Tais diretrizes, como observou a Consultoria Jurídica, revelam que a reestruturação pretendida nos Hospitais Universitários Federais é ampla, abrangendo não só a adequação da estrutura física e a recuperação e modernização do parque tecnológico, mas igualmente a instituição de mecanismos adequados de financiamento, a melhoria do processo de gestão, a reestruturação do quadro de recursos humanos e o aprimoramento das atividades vinculadas ao ensino, à pesquisa, extensão e assistência à saúde.

Para se alcançar os objetivos e as diretrizes do programa, o art. 5º do Decreto nº 7.802/2010 explicita que serão adotadas as seguintes medidas:

Art. 5º Para a realização dos objetivos e diretrizes fixados nos arts. 2º e 3º, serão adotadas as seguintes medidas:

I - **modernização da gestão** dos hospitais universitários federais, com base em transparência e responsabilidade, adotando-se como regra geral protocolos clínicos e padronização de insumos, que resultem na qualificação da assistência prestada e otimização do custo-benefício dos procedimentos;

II - **implantação de sistema gerencial** de informações e indicadores de desempenho a ser disponibilizado pelo Ministério da Educação, como ferramenta de administração e acompanhamento do cumprimento das metas estabelecidas;

III - **reformas de prédios ou construção de unidades hospitalares novas**, com adequação às normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA e às disposições específicas do Ministério da Saúde sobre espaços destinados à atenção de média e alta complexidade;

IV - **aquisição de novos equipamentos de saúde** e substituição dos equipamentos obsoletos, visando a utilização de tecnologias mais modernas e adequadas à atenção de média e alta complexidade;

V - **implantação de processos de melhoria de gestão de recursos humanos**;

VI - promoção do **incremento do potencial tecnológico e de pesquisa** dos hospitais universitários federais, em benefício do atendimento das dimensões assistencial e de ensino;

VII - **instituição de processos permanentes de avaliação** tanto das atividades de ensino, pesquisa, extensão e inovação tecnológica, como da atenção à saúde prestada à população;

VIII - **criação de mecanismos de governança** no âmbito dos hospitais universitários federais, com a participação de representantes externos às universidades.

§ 1º Os Ministérios da Saúde, da Educação e do Planejamento, Orçamento e Gestão elaborarão, em conjunto, grupo de parâmetros que contribua para a definição dos quadros de lotação de pessoal, à luz da capacidade instalada e das plataformas tecnológicas disponíveis.

§ 2º Deverá ser mantida permanente atualização da infra-estrutura física e do parque tecnológico, de modo a conter a depreciação.

Como instrumento necessário à execução programática, tem-se a apresentação de Plano de Reestruturação do Hospital Universitário, tal qual deverá observar os requisitos do art. 6º e o conteúdo definido no seu parágrafo único:

Art. 6º A universidade apresentará aos Ministérios da Educação e da Saúde plano de reestruturação do hospital universitário, aprovado por seu respectivo órgão superior, ouvida a instância de governança de que trata o inciso VIII do art. 5º.

Parágrafo único. O Plano de Reestruturação do Hospital Universitário deverá conter:

I - diagnóstico situacional da infraestrutura física, tecnológica e de recursos humanos;

II - especificação das necessidades de reestruturação da infraestrutura física e tecnológica;

III - análise do impacto financeiro previsto para desenvolvimento das ações de reestruturação do hospital;

IV - elaboração de diagnóstico da situação de recursos humanos; e

V - proposta de cronograma para a implantação do Plano de Reestruturação, vinculando-o ao desenvolvimento de atividades e metas.

Há, ainda, outra inovação trazida pelo decreto consubstanciada no estabelecimento de uma nova relação dos Hospitais Universitários Federais com o Ministério da Educação, o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, o Ministério da Saúde e demais gestores dos SUS — esta deverá ser formalizada por meio do regime de pactuação global, entendida como instrumento pelo qual as partes pactuam metas anuais de assistência, gestão, ensino, pesquisa e extensão. Assim, vejamos:

Art. 7º A relação dos hospitais universitários federais com o Ministério da Educação, o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, o Ministério da Saúde e demais gestores do SUS será formalizada por meio do regime de pactuação global.

§ 1º Entende-se, para os fins do *caput*, pactuação global como o meio pelo qual as partes pactuam metas anuais de assistência, gestão, ensino, pesquisa e extensão.

§ 2º Os recursos de investimento destinados pelas áreas da saúde e da educação para os hospitais universitários federais serão aplicados sob acompanhamento direto dos Ministérios da Educação e da Saúde.

A Consultoria Jurídica, a partir dessas premissas, inferiu que a norma aponta objetivos, diretrizes e medidas a serem adotadas para a execução do REHUF e apontou que o art. 8º indica que as disposições necessárias para a implantação do decreto e o cronograma do REHUF serão fixados por ato conjunto dos Ministérios da Educação, da Saúde e do Planejamento. Nesse contexto, foi publicada a Portaria Interministerial nº 883, de 5 de julho de 2010, que regulamenta o Decreto nº 7.802/2010, tratando da Governança do REHUF, do Regime de Pactuação Global e de seu Financiamento.

Especificamente sobre o financiamento, a portaria aborda a forma como será partilhado entre as áreas de educação e saúde, além de delimitar quais despesas poderão ser cobertas com os recursos do REHUF. Da seguinte forma exposto:

CAPÍTULO III

DO FINANCIAMENTO

Art. 8º O financiamento dos Hospitais Universitários Federais, partilhado paritariamente, de forma progressiva, entre as áreas de educação e saúde na forma do art. 4º do Decreto nº 7.082, deverá atingir:

I - a cobertura das despesas correntes de cada hospital, além de possibilitar aporte progressivo de recursos para investimentos na infraestrutura, com vista ao cumprimento das diretrizes do REHUF, excluindo-se deste montante as despesas com inativos e pensionistas; e

II - o cumprimento das metas dos Pactos Globais.

Parágrafo único. Os recursos oriundos de empréstimos ou doações, nacionais ou internacionais, alocados nos hospitais universitários federais, bem como as despesas com bolsas concedidas pela CAPES, CNPq ou outras entidades não integram a base de cálculo deste artigo.

Salutar mencionar que o art. 4^{o58} do Decreto nº 7.802/2010, ao qual se refere o art. 8º acima transcrito, foi revogado pelo Decreto nº 8.587/2015, de maneira que o financiamento do REHUF deixou de ser partilhado paritariamente entre os Ministérios da Saúde e da Educação. Tal revogação, no entanto, não impede a aplicação do dispositivo, que pode ser interpretado à luz do que dispõe o art. 3^{o59} do Decreto nº 7.802/2010, também alterado pelo Decreto nº 8.587/2015.

Destarte, observa-se que o artigo 8º da Portaria nº 883/2010 não define percentagens de aplicação dos recursos ou critérios para essa divisão, mas indica três enfoques a serem financiados com recursos do REHUF, quais sejam: despesas correntes, investimentos em infraestrutura e o cumprimento de metas dos Pactos Globais.

Os conceitos de despesa no âmbito da administração podem ser melhor compreendidos a partir das definições extraídas do sítio eletrônico da Plataforma Mais Brasil⁶⁰:

Despesa Corrente

Significado: Despesas de custeio de manutenção das atividades dos órgãos da administração pública, como por exemplo: despesas com pessoal, juros da dívida, aquisição de bens de consumo, serviços de terceiros, manutenção de equipamentos, despesas com água, energia, telefone etc. Estão nesta categoria as despesas que não concorrem para ampliação dos serviços prestados pelo órgão, nem para a expansão das suas atividades.

~~58 Art. 4º O financiamento dos hospitais universitários federais será partilhado, paritariamente, entre as áreas da educação e da saúde, na forma deste artigo. (Revogado pelo Decreto nº 8.587, de 2015)~~

~~§ 1º Para os efeitos do disposto no caput, considera-se o financiamento como sendo o montante total das despesas correntes alocadas para esses hospitais, bem como das despesas de capital necessárias à sua reestruturação e modernização, excluindo-se deste montante as despesas com inativos e pensionistas. (Revogado pelo Decreto nº 8.587, de 2015)~~

~~§ 2º O financiamento de que trata o caput será partilhado entre os Ministérios da Educação e da Saúde, sendo que: (Revogado pelo Decreto nº 8.587, de 2015)~~

~~I para o exercício de 2010, o Ministério da Saúde alocará oitenta e cinco por cento do valor consignado no orçamento anual do Ministério da Educação para as finalidades previstas no § 1º; (Revogado pelo Decreto nº 8.587, de 2015)~~

~~II para o exercício de 2011, o Ministério da Saúde alocará noventa e dois inteiros e cinco décimos por cento do valor consignado no orçamento anual do Ministério da Educação para as finalidades previstas no § 1º; e (Revogado pelo Decreto nº 8.587, de 2015)~~

~~III a partir de 2012, o Ministério da Saúde alocará o mesmo valor consignado no orçamento anual do Ministério da Educação para as finalidades previstas no § 1º. (Revogado pelo Decreto nº 8.587, de 2015)~~

~~59 Art. 3º O REHUF orienta-se pelas seguintes diretrizes aos hospitais universitários federais:~~

~~I instituição de mecanismos adequados de financiamento, igualmente compartilhados entre as áreas da educação e da saúde, progressivamente, até 2012;~~

~~I - instituição de mecanismos adequados de financiamento, compartilhados entre as áreas da educação e da saúde; (Redação dada pelo Decreto nº 8.587, de 2015)~~

⁶⁰ Disponível em: <<http://plataformamaisbrasil.gov.br/ajuda/glossario>> Acesso em: 20 de nov. 2019.

Despesa de Capital

Significado: Despesas relacionadas com aquisição de máquinas equipamentos, realização de obras, aquisição de participações acionárias de empresas, aquisição de imóveis, concessão de empréstimos para investimento. Normalmente, uma despesa de capital concorre para a formação de um bem de capital, assim como para a expansão das atividades do órgão.

Desse modo, de acordo com a Portaria Interministerial nº 883/2010, o financiamento dos Hospitais Universitários Federais no âmbito do REHUF poderá contemplar tanto despesas de custeio de manutenção de suas atividades (despesas correntes), quanto a aquisição de máquinas, equipamentos, realização de obras e aquisição de imóveis (despesas de capital). Além disso, deve servir ao cumprimento das metas dos Pactos Globais, formalizados mediante instrumentos de contratualização entre as unidades hospitalares e os gestores locais do SUS, com a interveniência do MEC, MS e MPOG, de acordo com a legislação vigente e com as diretrizes constantes no Anexo II (art. 6º, § 2º da Portaria interministerial nº 883/2010).

Segundo a Consultoria Jurídica, a conclusão acima não estaria em desarmonia com as demais disposições da portaria e do decreto que instituíram o REHUF. Para o órgão, embora a palavra “reestruturação”, que dá nome ao programa, remeta a ações voltadas à recuperação da infraestrutura física e tecnológica dos HUs, as diretrizes prescritas no Decreto (art. 3º) revelam uma intenção de ampla reestruturação, condizente com o objetivo de criar condições materiais e institucionais para que os hospitais universitários possam desempenhar plenamente as suas funções (art. 2º).

Assim é que, com vistas ao cumprimento das diretrizes do programa, teria sido prevista a possibilidade de utilização de recursos do REHUF para a cobertura de despesas correntes (art. 8º, I, da Portaria Interministerial nº 883/2010). Ressalte-se que o financiamento de despesas correntes dos HUs com recurso do REHUF deve ser realizado de acordo com as diretrizes e medidas estabelecidas pelo Decreto nº 7.802/2010, cabendo à autoridade competente avaliar a compatibilidade entre a aplicação dos recursos e o escopo do REHUF.

A Consultoria Jurídica da EBSEH assevera que esse papel é desempenhado pelo Comitê Gestor do REHUF, a quem compete, nos termos da Portaria Interministerial nº 883/2010, avaliar, aprovar e monitorar os recursos transferidos aos HUs, no escopo do financiamento global, além de analisar e aprovar as ações propostas no âmbito do REHUF e o respectivo Pacto Global de Desempenho. Vejamos o excerto que versa sobre isso:

Art. 3º Compete ao Comitê Gestor do REHUF:

I - **analisar e aprovar as ações propostas no âmbito do REHUF** e o respectivo Pacto Global de Desempenho, de que trata o Capítulo II desta Portaria;

II - definir metas adicionais, além das especificadas no Anexo II, e monitorar os resultados do Pacto Global de Desempenho dos Hospitais Universitários;

III - monitorar a implementação do REHUF;

IV - **avaliar, aprovar e monitorar os recursos transferidos aos HUs**, no escopo do financiamento global;

V - definir os parâmetros de desempenho para o conjunto dos hospitais universitários e diretrizes para negociação dos Pactos Globais com cada HU; e

VI - manifestar-se sobre os parâmetros propostos pela Unidade Executiva do Programa para definição do quantitativo de pessoal dos HUs e encaminhá-los para apreciação do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

A portaria, de forma a apoiar os trabalhos a serem realizados pelo Comitê Gestor, previu, ainda, competências a serem desempenhadas pela Unidade Executiva do Programa, que seria a Diretoria de Hospitais Universitários e Residências em Saúde da Secretaria de Ensino Superior do MEC e pelas Comissões Consultivas de Acompanhamento e Avaliação dos Pactos Globais, a serem instituídas pelas universidades.

Sobre esse ponto, a Consultoria Jurídica ainda explicita que o Ministério da Educação delegou, por meio da Portaria nº 442, de 25 de abril de 2012, as suas competências no âmbito do REHUF à EBSERH, que passou, então, a desempenhar a função de Unidade Executiva do Programa e instituiu, para o cumprimento de tal mister, o Comitê Interno de Gestão do REHUF com competência, dentre outras, para definir as prioridades para aplicação dos seus recursos, de acordo com as diretrizes estabelecidas pelo Comitê Gestor do REHUF:

Regimento Interno da Ebserh

Artigo 27. Compete ao Comitê Interno de Gestão do Rehuf, vinculado à Presidência:

I – **definir critérios para aprovação de pleitos dos hospitais;**

II – **acompanhar a execução do orçamento aprovado pelo Comitê Gestor** do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais;

III – **definir as prioridades para a aplicação dos recursos do Programa;** e IV - **acompanhar e monitorar a execução dos recursos do Programa.**

§ 1º O Comitê submeterá à aprovação do Presidente da Ebserh suas recomendações.

§ 2º As definições estabelecidas pelo Comitê deverão contemplar as diretrizes estabelecidas pelo Comitê Gestor do (...) Rehuf.

§ 3º O Comitê de que trata o *caput* deverá enviar ao Comitê Gestor do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais, propostas para atualização dos critérios para a descentralização de recursos do Programa, de acordo com o perfil assistencial e de ensino dos Hospitais Universitários e com as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

Consoante tais considerações examinadas pela CONJUR, ela assentou que, diante das possibilidades de destinação dos recursos do REHUF (despesas correntes, investimentos e as necessárias ao cumprimento das metas dos Pactos Globais), cabe ao Comitê Gestor do REHUF a definição sobre como tais recursos serão aplicados, haja vista a sua competência para analisar e aprovar as ações propostas no âmbito do REHUF, bem como para avaliar, aprovar e monitorar os recursos transferidos aos HUs, no escopo do financiamento global.

Da análise da CONJUR é pontuado que, ao Comitê Interno de Gestão do REHUF, por sua vez, compete, observadas as diretrizes estabelecidas pelo Comitê Gestor, a definição das prioridades para a aplicação dos recursos do programa e de critérios para aprovação de pleitos dos hospitais, devendo submeter à aprovação do presidente da EBSEH as suas recomendações.

Ainda, a CONJUR entendeu ser pertinente insistir que a atuação dos Comitês no que diz respeito ao financiamento dos HUs no âmbito do REHUF deve sempre observar o escopo do programa, de modo a dar cumprimento aos objetivos, diretrizes e medidas estabelecidas pelo Decreto nº 7.802/2010 e pela portaria Interministerial nº 883/2010.

Quando questionada sobre se seria regular a aplicação da maior parte dos recursos do Programa REHUF no pagamento de despesas continuadas em detrimento do disposto nos arts. 2º, 3º e 5º do Decreto nº 7.802/2010, a CONJUR respondeu que a possibilidade de destinação de recursos do REHUF para o pagamento das despesas continuadas está prevista no art. 8º da Portaria Interministerial nº 883/2010 e deve ser realizada com vistas ao cumprimento das diretrizes do programa. Sendo assim, a CONJUR posicionou-se dizendo que a cobertura de despesas correntes dos HUs é possível desde que observadas as diretrizes do REHUF, que tem como fulcro criar condições materiais e institucionais para que os hospitais possam desempenhar plenamente as suas funções (art. 2º do Decreto nº 7.802/2010).

A Consultoria Jurídica ainda elencou que, quanto ao montante destinado a despesas de tal natureza, observa-se que compete ao Comitê Gestor do REHUF tal definição, sem perder de vista o escopo do programa. Reiterou-se a competência do Comitê Interno de Gestão do REHUF, observadas as diretrizes estabelecidas pelo Comitê Gestor para definir prioridades na aplicação dos seus recursos e critérios para

aprovação de pleitos dos hospitais, devendo submeter à aprovação do presidente da EBSEH as suas recomendações.

Ao ser interpelada se o pagamento de despesas correntes deveria ser realizado, desde que, progressivamente, seja ampliado o investimento de infraestrutura dos hospitais, bem como se estiver atrelado às metas e ações estabelecidas em um plano de reestruturação e no Pacto Global, a Consultoria Jurídica manifestou-se convergindo com a interpelação, dizendo que a redação do art. 8º da Portaria Interministerial nº 883/2010 esclarece que o financiamento dos HUFs deverá atingir a cobertura de despesas correntes, ao aporte progressivo de recursos para investimentos na infraestrutura e o cumprimento das metas dos Pactos Globais. Há, nesse contexto, três enfoques de financiamento a serem considerados, sendo certo que, em relação aos investimentos em infraestrutura, o aporte deve ser progressivo, conforme expressamente disposto.

Ademais, sobre o financiamento dos Hospitais Universitários no âmbito do REHUF (no entender da CONJUR a norma regulamenta-o de forma geral, não apenas diz respeito a despesas correntes), deve ser realizado de acordo com os objetivos e diretrizes programáticas, observando, além das medidas orientadas no art. 5º, o Plano de Reestruturação e o Pacto Global de cada hospital.

Indagado sobre se a aplicação dos recursos do REHUF pode ser realizado em despesas continuadas de custeio de forma complementar ao processo de reestruturação, modernização gerencial, adequação física e modernização do parque tecnológico dos HUFs, o entendimento jurídico é que a reestruturação abrange não só a adequação da estrutura física e recuperação e modernização do parque tecnológico, mas também a instituição de mecanismos adequados de financiamento, a melhoria dos processos de gestão, a reestruturação do quadro de recursos humanos e o aprimoramento das atividades vinculadas ao ensino, pesquisa, extensão e assistência à saúde. A consultoria ressalta que é o teor do art. 3º do Decreto nº 7.802/2010, que se coaduna com o objetivo de criar condições materiais e institucionais.

Nesse contexto, a CONJUR expôs que a cobertura de despesas correntes com recursos do REHUF não necessariamente se dará de forma complementar, pois está inserido no próprio escopo de reestruturação pretendida, tendo em vista que deve ser feita com o intuito de dar cumprimento aos objetivos e diretrizes do programa.

Ao ser indagada sobre se a aplicação exclusiva ou majoritária dos recursos do Programa REHUF em despesas continuadas de custeio, como, por exemplo, contratos de higienização, limpeza, segurança, manutenção, alimentação e nutrição, água, energia

elétrica, gases medicinais e insumos hospitalares, prejudica o atingimento dos objetivos do REHUF, a análise jurídica parte do pressuposto de que o objetivo do REHUF é criar condições materiais e institucionais, de forma que a aplicação dos recursos do programa deve ser direcionada ao alcance de tal finalidade e de acordo com as deliberações do Comitê Gestor, a quem compete monitorar a implantação do programa.

Não sendo objeto da Consultoria Jurídica avaliar a execução do REHUF e o atingimento dos objetivos, tão somente o assessoramento jurídico, há apontamento no sentido de que a destinação de recursos do REHUF para a cobertura de despesas correntes encontra previsão no art. 8º, I, da Portaria Interministerial nº 883/2010.

Interessante a última discussão gerada pela indagação de que, considerando a precariedade e defasagem dos contratos do SUS, firmados entre os HUFs e os gestores locais (municípios e estados), os recursos do REHUF podem ser utilizados para cobrir os custos operacionais dos HUFs sem que a ação esteja atrelada a um Plano de Reestruturação do Hospital ou ao Pacto Global.

De acordo com a Consultoria Jurídica, o financiamento dos HUFs no âmbito do REHUF, em todos os seus aspectos, deve ser realizado de acordo com os objetivos e diretrizes do programa, observando, além das medidas orientadas no art. 5º, o Plano de Reestruturação e o Pacto Global de cada hospital. Aliás, ela menciona que o art. 10 da Portaria Interministerial nº 883/2010 determina que os contratos firmados pelos HUFs, tendo por objeto a prestação de serviços de saúde no âmbito do SUS, sejam reexaminados a partir da aprovação da Pactuação Global, com vistas à sua adequação ao regime de pactuação estabelecido na portaria e no Decreto nº 7.802/2010.

A matéria jurídica trazida até agora formou, portanto, o arcabouço que fez gerar base para que, no HU-UFGD, se diagnosticasse como estaria acontecendo o Programa REHUF, buscando, ao que parece, se havia coadunação da sua aplicação com as regulamentações acerca do programa e mesmo em que *status* estava sendo mantido.

Dito isto, passemos ao diagnóstico de avaliação de implementação do REHUF no HU-UFGD. No tocante ao recebimento de repasses oriundos do REHUF, nota-se que, ao consultar o Diário Oficial da União, encontram-se as portarias com esse fulcro. O que é observável é a dinâmica que se modifica a partir da EBSEH. O financiamento compartilhado entre as áreas de saúde e educação eram transferidos por atos regulamentadores anuais dos respectivos Ministérios, todavia, com a entrada da EBSEH — administradora dos HUFs que pactuaram contrato de gestão e, mais que isso, sendo a gestora do REHUF —, é ela que, a partir de sua criação, passa a distribuir

os recursos da parte do Ministério da Educação e não mais a Secretaria de Educação Superior, como era antes da atuação da empresa.

Assim, o Ministério da Saúde realizou a descentralização orçamentária por intermédio da Fundação Nacional de Saúde, e a contrapartida do Ministério da Educação passou a ser descentralizada aos HUFs pela EBSEH.

Feitas essas ponderações, passemos a demonstrar como se deu a execução orçamentária no HU-UFGD de 2010 a 2018, conforme relatórios produzidos pela Divisão de Execução Orçamentária deste hospital.

Diagnóstico do aporte financeiro no HU-UFGD

Evidenciamos montantes significativos de aporte financeiro recebidos pelo HU-UFGD desde 2010 até o exercício de 2018 (Tabela 12).

Em 2018, os recursos do REHUF aparecem tendo uma percentagem considerável em investimento, ou seja, 37%, o que não ocorreu nos anos anteriores, nos quais foi menor sua utilização nesse tipo de natureza de despesa e em que se observa o dispêndio maior com a natureza de custeio. Atipicamente, em 2017, há R\$ 10.000.000 (dez milhões de reais) empenhados para a obra da Unidade da Mulher e da Criança – UMC. Constatamos que esse recurso foi recebido dentro da matriz REHUF e de alguma forma dialoga com uma reestruturação sob a condição regional de Dourados (MS) desempenhar centralidade/polo na disponibilização de serviços de saúde na região da Grande Dourados e pelo HU-UFGD ser referência em maternidade (“portas abertas”) para esse serviço de obstetrícia. Assim, parece-nos que a construção dessa UMC converge não diretamente com o REHUF, mas com o papel de Dourados (MS). Nesse sentido, podemos verificar, na Tabela 12 a seguir, a sistematização do recebimento dos recursos do REHUF.

Tabela 12 - Resumo de recursos do REHUF recebidos (2010–2018) – fonte de financiamento: Governo Federal (MEC e MS)

Exercício	Descrição	%	Valor	Total recebido no ano (R\$)
2018	Custeio	46%	8.185.706,50	17.774.453,03
	Obra	17%	2.980.565,60	
	Mat. Permanente	37%	6.608.180,93	
2017	Custeio	60%	16.046.684,35	26.895.501,26
	Obra	0%	45.081,15	
	Obra UMC	37%	10.000.000,00	
	Mat. Permanente	3%	803.735,76	
2016	Custeio	90%	10.927.851,54	12.134.457,26
	Obra	4%	425.066,41	
	Mat. Permanente	6%	781.539,31	
2015	Custeio	100%	12.405.903,79	12.405.903,79
	Obra	0%	-	
	Mat. Permanente	0%	-	
2014	Custeio	92%	10.417.430,31	11.374.884,15
	Obra	0%	-	
	Mat. Permanente	8%	957.453,84	
2013	Custeio	80%	8.850.040,78	11.085.721,53
	Obra	4%	405.255,26	
	Mat. Permanente	17%	1.830.425,49	
2012	Custeio	82%	18.343.285,81	22.384.176,31
	Obra	0%	-	
	Mat. Permanente	18%	4.040.890,50	
2011	Custeio	63%	8.225.985,50	13.022.323,39
	Obra	0%	-	
	Mat. Permanente	37%	4.796.337,89	
2010	Custeio	0%	-	266.158,04
	Obra	0%	-	
	Mat. Permanente	100%	266.158,04	

Fonte: Divisão de Execução Orçamentária do HU-UFGD. Data base: 31/12/2018. Elaboração: LEITE; SOUZA (2019).

A partir do momento que o recurso público é investido menos em custeio e mais em capital (investimento), ocorre a sustentabilidade de seu uso. Desse modo, a partir de 2018 podemos dizer que o efeito da ação REHUF pode ser percebido, haja vista que, além de se usá-lo para obras no HU-UFGD, se utilizou em materiais permanentes, respectivamente 17% e 37%, no valor total de R\$ 9.588.746,53 (nove

milhões, quinhentos e oitenta e oito mil, setecentos e quarenta e seis reais e cinquenta e três centavos), cifra maior que o gasto em custeio, de R\$ 8.185.706,50 (oito milhões, cento e oitenta e cinco mil, setecentos e seis reais e cinquenta centavos). Nesse sentido, o exercício de 2018 representa uma importante exceção, significando que, quanto menos se utiliza recursos de custeio e investe-se em capital, promove-se uma sustentabilidade financeira, e, ademais, o impacto do programa ocorre em longo prazo.

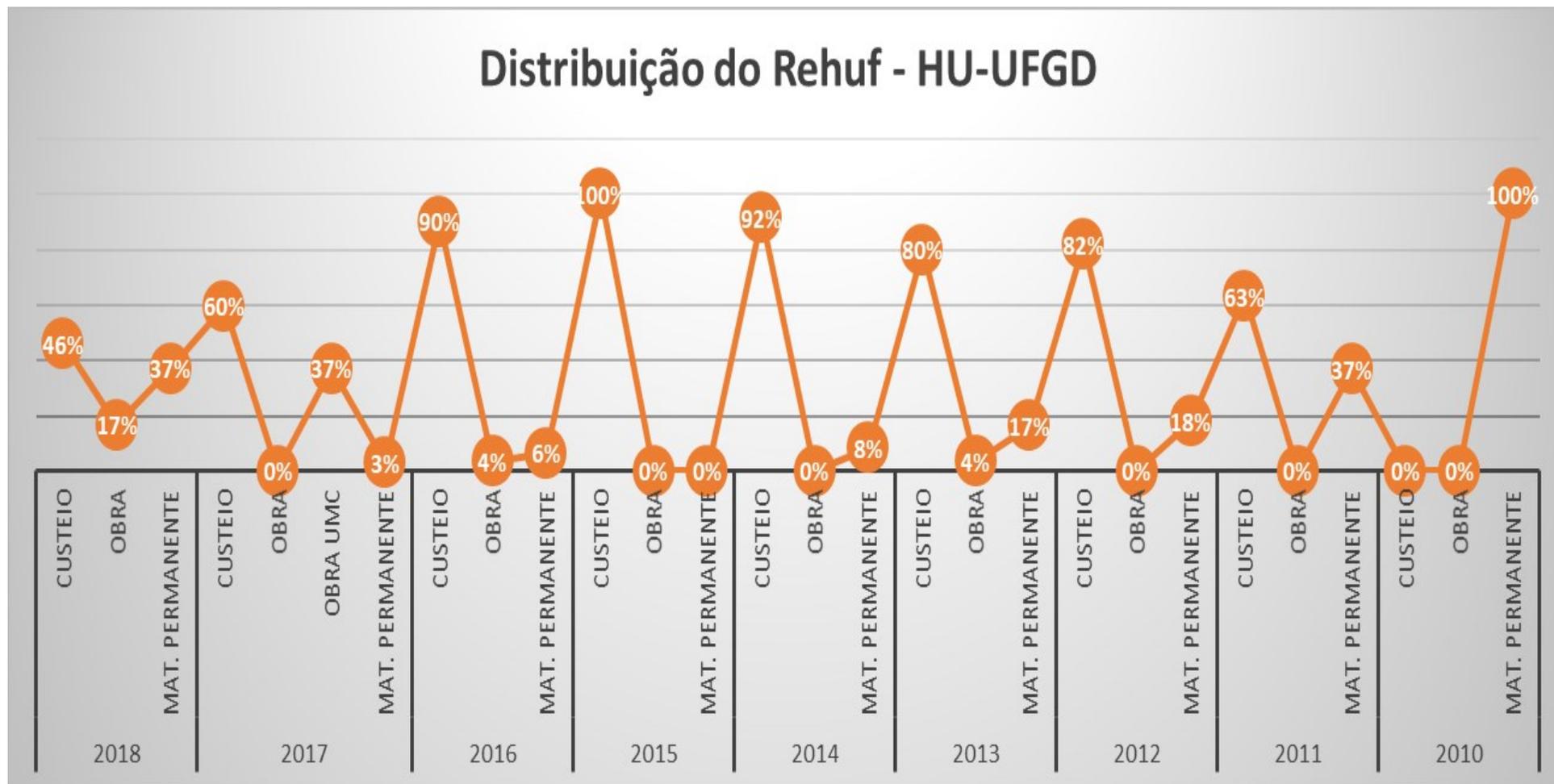
Conforme dados da Divisão de Execução Orçamentária do HU-UFGD, estima-se que, atualmente, esse nosocômio trabalha com um déficit por mês, para honrar seus compromissos, em torno de R\$ 400.000,00 (quatrocentos mil reais), e, nesse sentido, a figura do REHUF torna-se salutar, propiciando a continuidade do serviço assistencial que existe. Ou seja, por ano, sem o recurso do REHUF, recebendo todos os recursos da contratualização que existe com o governo de Mato Grosso do Sul e com o município de Dourados, o déficit anual seria da estimativa de aproximadamente R\$ 5.000.000,00 (cinco milhões de reais).

O REHUF, então, aparece como elemento que dá fôlego para as finanças do HU-UFGD. Segundo informação obtida em trabalho de campo junto à Divisão Administrativa e Financeira do HU-UFGD, em caso fique-se sem o recebimento da contratualização por cerca de dois meses, o REHUF permite o suporte financeiro desse período.

Desde 2010, o REHUF passou a ser ação direcionada aos HUs. No HU-UFGD, evidenciamos que existia a necessidade de utilizá-lo em despesas de custeio, e somente no período mais próximo essa prática foi diminuída.

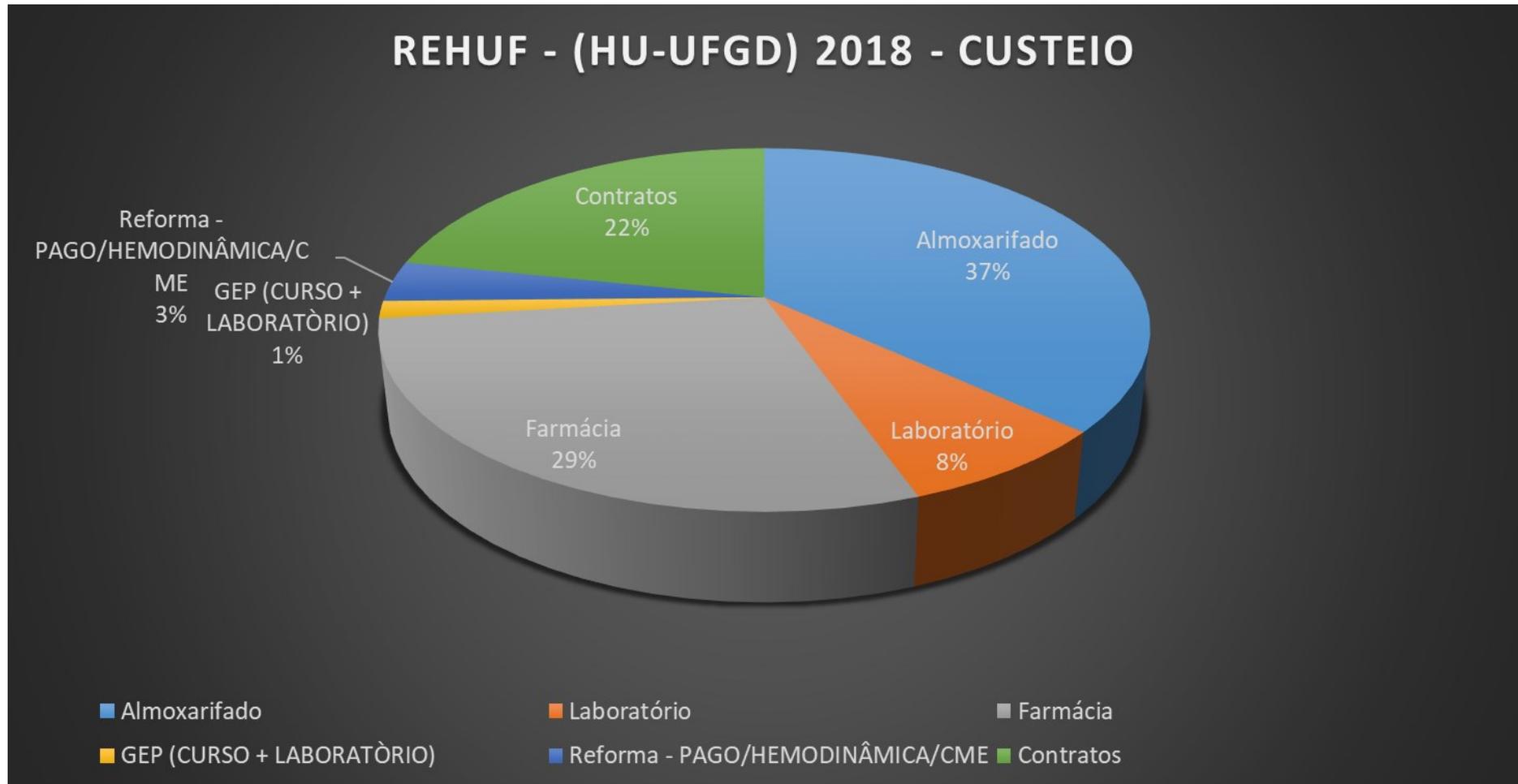
Outro aspecto a se destacar é o fato de o HU-UFGD ter iniciado suas atividades tendo como base um prédio que era da Prefeitura de Dourados e este teve de ser adaptado para tornar-se um Hospital Universitário, bem como ter ficado com um passivo resultante da gestão das fundações municipais.

Gráfico 7 - Distribuição do REHUF – HU-UFGD



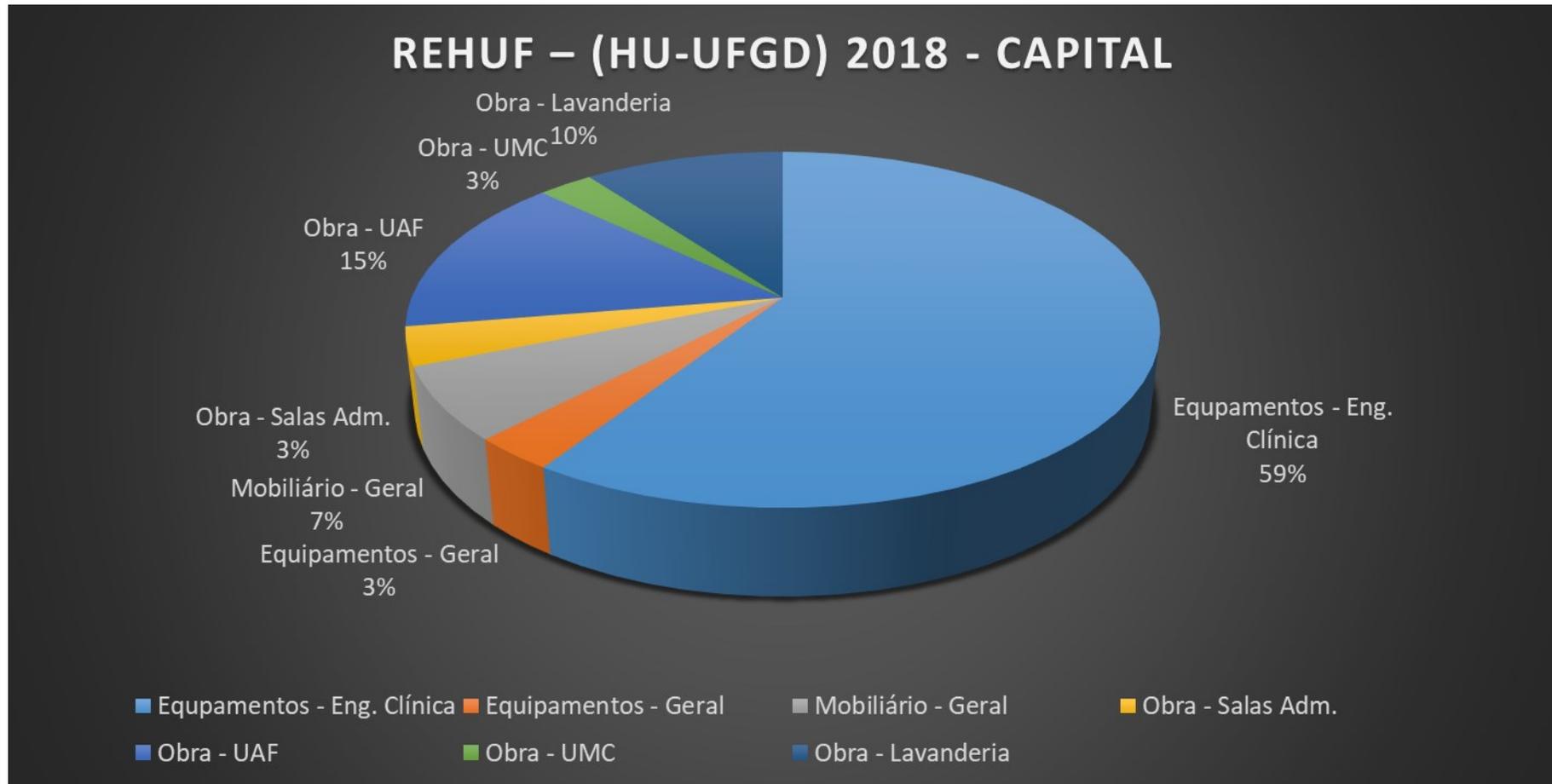
Fonte: Divisão de Execução Orçamentária do HU-UFGD – Atualizada em 31/12/2018.

Gráfico 8 - Detalhamento da aplicação de recurso (REHUF) da rubrica custeio no HU-UFGD em 2018



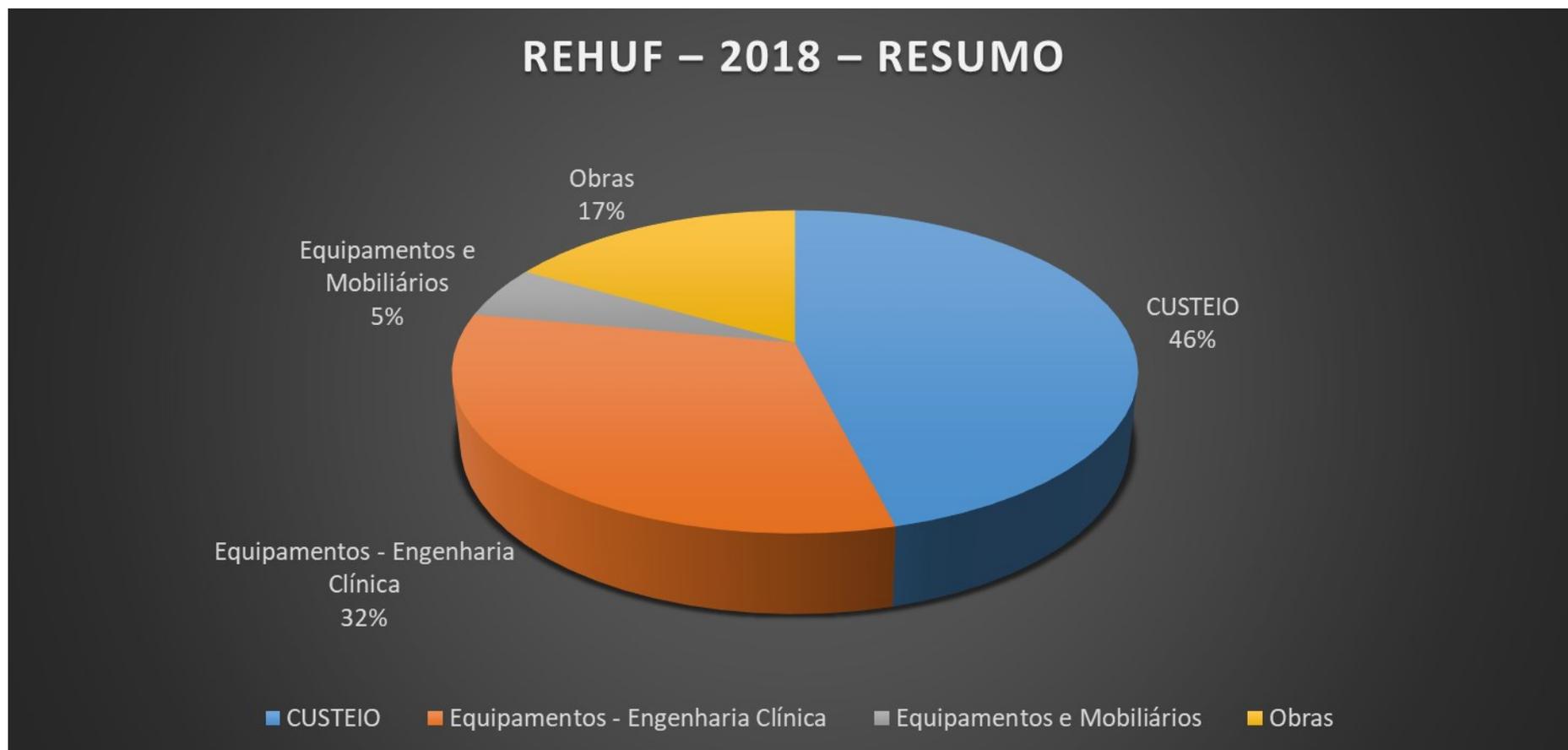
Fonte: Divisão de Administração Financeira do HU-UFGD (2018).

Gráfico 9 - Detalhamento da aplicação de recurso (REHUF) da rubrica capital no HU-UFGD



Fonte: Divisão de Administração Financeira do HU-UFGD, (2018).

Gráfico 10 - Detalhamento (resumo) da aplicação de recurso (custeio + capital) no HU-UFGD em 2018



Fonte: Divisão de Administração Financeira do HU-UFGD (2018).

Diagnóstico do aporte de pessoal

A Divisão de Gestão de Pessoas (DivGP) do HU-UFGD forneceu dados sobre a evolução dos seus recursos humanos que compuseram a força de trabalho desse nosocômio. Desse modo, é possível fazer um diagnóstico no interstício da base setembro do ano de 2013 a agosto de 2018. A Tabela 13 - Evolução do quadro de pessoal do HU-UFGD/EBSERH representa um panorama interessante que ajuda a entender a dinâmica do aporte de pessoal.

Analicamente, podemos perceber alguns pontos, quais sejam: tendo como base o ano de 2013, mais precisamente a competência de setembro, é significativa a presença de um corpo de trabalho, contratado pela Fundação Municipal de Saúde, vinculada ao município de Dourados. De um total de 770 profissionais, 465 (60,38%) eram regidos pelo Regime Jurídico Único dos Servidores Cíveis do Poder Executivo (servidores da Universidade Federal da Grande Dourados), enquanto 305 (39,62%) eram contratados pela Fundação Municipal do Município de Dourados/MS, sem vínculo efetivo, portanto, com uma relação empregatícia que era contestada pelos órgãos de controle. Em todos os HUs, a orientação era para substituir tais terceirizados nos hospitais por concursados.

Destaca-se que, como ocorrera com os outros hospitais em âmbito nacional que tiveram histórico desse tipo de vínculo, a literatura versa que os Hospitais Universitários foram objeto de recomendação do Tribunal de Contas da União para cessão da relação empregatícia terceirizada em voga, que era compreendida como sendo precarizada. E, assim, por intermédio da contratação de empregados públicos nos concursos lançados pela EBSEH, esta empresa gestora do REHUF atende a um dos objetivos do REHUF, quer seja, melhorar o aporte de pessoal.

Tabela 13 - Evolução do quadro de pessoal do HU-UFGD/EBSERH
EVOLUÇÃO DE RECURSOS HUMANOS

Cargo/Emprego	SETEMBRO/2013			AGOSTO/2018		
	RJU	Fundação	Total	RJU	CLT	Total
ADMINISTRADOR	3	0	3	5	1	6
ADVOGADO	0	0	0	0	2	2
ANALISTA ADMINISTRATIVO – ARQUITETURA	0	0	0	0	1	1
ANALISTA DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	1	0	1	0	5	5
ASSISTENTE EM ADMINISTRAÇÃO	60	0	60	45	0	45
ASSISTENTE SOCIAL	2	0	2	1	3	4
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	29	0	29	25	0	25
AUXILIAR DE LABORATÓRIO	9	0	9	7	0	7
AUXILIAR EM ADMINISTRAÇÃO	1	0	1	1	0	1
BIOLÓGO	0	0	0	0	1	1
BIOMÉDICO	3	0	3	3	7	10
CIRURGIÃO-DENTISTA	0	0	0	0	1	1
CONTADOR	3	0	3	4	4	8
ECONOMISTA	1	0	1	0	1	1
ENGENHEIRO CIVIL	0	0	0	0	2	2
ENGENHEIRO CLÍNICO	0	0	0	0	1	1
ENGENHEIRO DE SEGURANÇA DO TRABALHO	0	0	0	0	1	1
ENGENHEIRO ELETRICISTA	0	0	0	0	1	1
ENGENHEIRO MECÂNICO	0	0	0	0	1	1
ENFERMEIRO	44	15	59	40	175	215

(Continuação da tabela 2)

FARMACÊUTICO	6	0	6	6	12	18
FARMACÊUTICO BIOQUÍMICO	6	9	15	5	0	5
FISIOTERAPEUTA	8	15	23	7	28	35
FONOAUDIÓLOGO	0	2	2	0	2	2
JORNALISTA	0	0	0	1	1	2
MÉDICO	81	97	178	58	133	191
NUTRICIONISTA	3	2	5	2	6	8
PEDAGOGO	0	0	0	0	1	1
PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA	0	0	0	0	1	1
PSICÓLOGO	2	1	3	2	5	7
REVISOR DE TEXTO	0	0	0	1	0	1
TÉCNICO DE BANCO DE LEITE HUMANO	0	2	2	0	0	0
TÉCNICO DE LABORATÓRIO	14	7	21	13	15	28
TÉCNICO DE LABORATÓRIO – ADMINISTRAÇÃO	0	0	0	1	0	1
TÉCNICO EM CONTABILIDADE	3	0	3	3	0	3
TÉCNICO EM ENFERMAGEM	173	155	328	139	244	383
TÉCNICO EM FARMÁCIA	0	0	0	0	7	7
TÉCNICO EM INFORMÁTICA	0	0	0	0	2	2
TÉCNICO EM RADIOLOGIA	13	0	13	13	5	18
TÉCNICO EM SEGURANÇA DO TRABALHO	0	0	0	0	4	4
TÉCNICO EM TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	0	0	0	1	0	1
TÉCNÓLOGO EM RADIOLOGIA	0	0	0	0	1	1
TERAPEUTA OCUPACIONAL	0	0	0	0	2	2
TOTAL	465	305	770	383	676	1059

Fonte: Divisão de Gestão de Pessoas (DivGP) do HU-UFGD. Base de dados: setembro/2018. Elaboração: LEITE; SOUZA (2019).

Assim, é possível visualizar que, no HU-UFGD, partindo da base de setembro/2013 até agosto/2018, essa mão de obra fundacional foi substituída por provimento via concurso celetista e, ao mesmo tempo, nesse lapso temporal, ocorreu o declínio dos servidores (RJU), o que parece um alinhamento com a política de reforma do Estado.

Quase 40% do corpo da força de trabalho do HU-UFGD tinha vínculos intermediados pela Fundação Municipal de Saúde. Nesse sentido, a necessidade premente de cessar essa situação era explícita, o que colabora para a correlação com a “missão” da ação REHUF, que tinha, como um dos objetivos, a reestruturação do aporte de pessoal.

Ainda, podemos verificar, consoante os dados da DivGP/HU-UFGD, que, com relação a algumas profissões específicas (conforme demonstrado na Tabela 14, abaixo), voltadas para a atividade-fim (assistência à saúde), que a base setembro de 2013 demonstra o quão presentes se tinham profissionais oriundos da Fundação Municipal de Saúde.

Tabela 14 - Evolução do quadro de pessoal do HU-UFGD – Profissões da atividade-fim (assistência à saúde)

EVOLUÇÃO DO QUADRO DE PESSOAL DO HU-UFGD/EBSERH						
Cargo/Emprego	SETEMBRO/2013			AGOSTO/2018		
	RJU	Fundação	Total	RJU	CLT	Total
ENFERMEIRO	44	15	59	40	175	215
MÉDICO	81	97	178	58	133	191
TÉCNICO EM ENFERMAGEM	173	155	328	139	244	383
TOTAL	298	267	565	230	552	789

Fonte: DivGP/HU-UFGD. Elaboração: LEITE; SOUZA (2019).

Esta tabela objetiva evidenciar a dinâmica das profissões da atividade-fim (assistência à saúde), responsáveis pelo trato direto junto ao usuário. A competência setembro de 2013 é o marco que demonstra que, nesse ano em específico, o quadro de servidores estatutários e contratados via Fundação Municipal de Saúde caminhavam *pari passu*, ou seja, 52,74% (RJUs) x 47,26% (FUNDAÇÃO).

Analicamente, é possível verificar que:

1) O corpo de força de trabalho do HU-UFGD obteve uma evolução de contingente de profissionais da assistência à saúde (enfermeiros, médicos e técnicos em

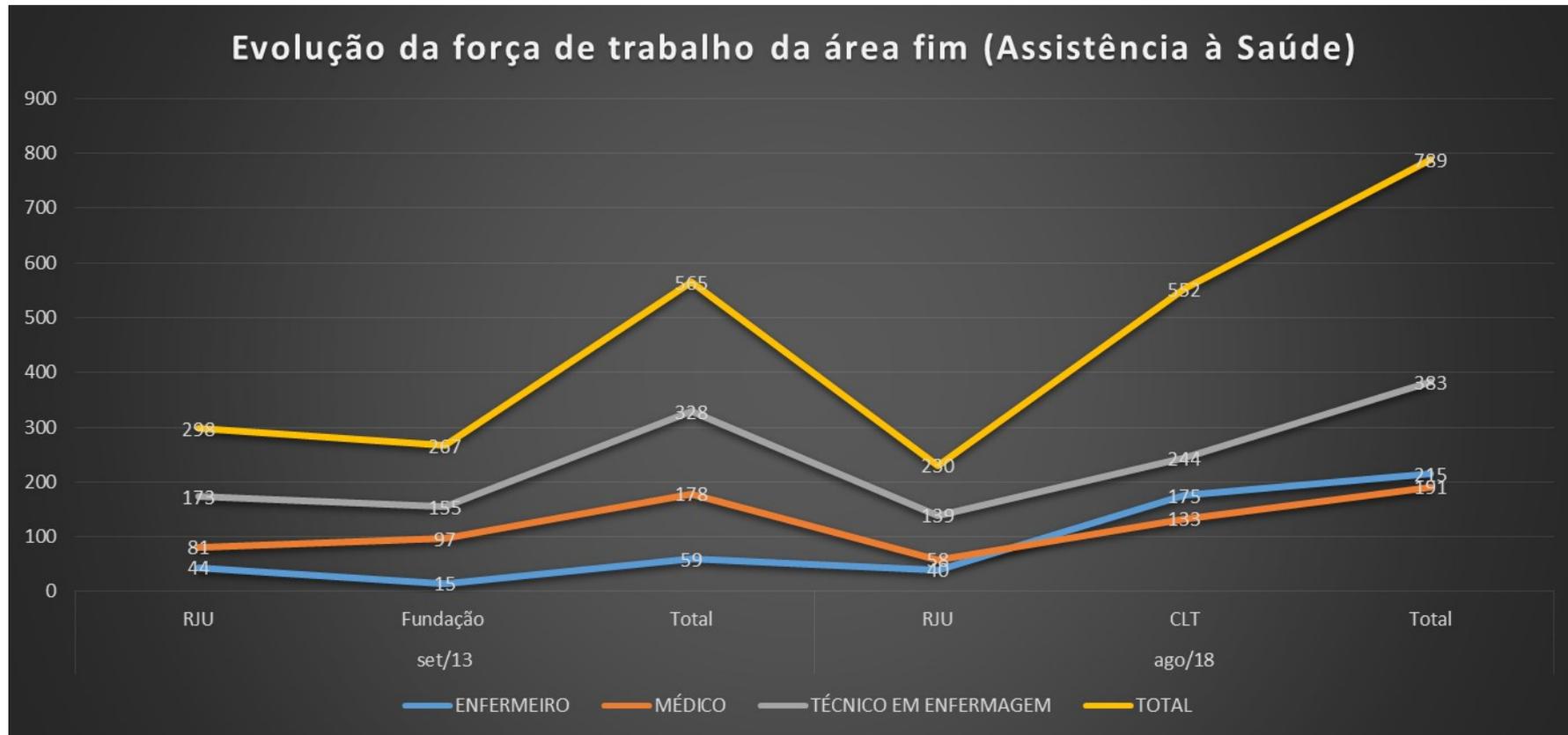
enfermagem), no interstício de 2013 a 2018, ou seja, de um total de 565 profissionais em setembro/2013 saltou-se para 789, conforme base de agosto/2018, demonstrando uma evolução de 39,65% no intervalo de 5 (cinco) anos;

2) Não mais a existência de vínculos administrados pela Fundação Municipal de Saúde de Dourados/MS e, por sua vez, a entrada de trabalhadores regidos por concurso via Consolidação das Leis do Trabalho (emprego público de vínculo efetivo);

3) Decréscimo dos servidores estatutários (RJU), de um total de 298 em 2013 para 230 profissionais em 2018, representa o declínio de 22,8% do número de servidores detentores de cargos públicos, regidos pela Lei nº 8.112 (BRASIL, 1990) e pelo Plano de Cargos e Carreiras dos Técnicos Administrativos da Educação – PCCTAE;

4) É evidente o provimento da força de trabalho assistencial estar ocorrendo pela EBSERH por intermédio de concursos públicos de regime jurídico celetista.

Gráfico 11 - Evolução da força de trabalho da área fim (assistência à saúde) – Enfermeiro, médico, técnico de enfermagem



Fonte: DivGP/HU-UFGD (2018). Elaboração própria.

Instituição do Comitê de Gestão dos recursos do REHUF do HU-UFGD

Destaca-se que, internamente no HU-UFGD, foi instituído, pela Portaria nº 259, de 27 de agosto de 2018, publicada no Boletim de Serviços do HU-UFGD, o Comitê de Gestão dos recursos do REHUF do HU-UFGD, com o objetivo de apoiar a Superintendência na tomada de decisão para aplicação dos recursos do programa no âmbito do HU-UFGD (HU-UFGD, 2018).

O Comitê comparecia na portaria sendo presidido pelo superintendente, e com os seguintes membros integrantes: Chefe do Setor de Gestão de Processo e Tecnologia da Informação; Gerente de Ensino e Pesquisa; Gerente Administrativo; Gerente de Atenção à Saúde; Chefe de Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico; Chefe da Divisão de Infraestrutura e Logística Hospitalar; Chefe de Setor de Suprimentos; Chefe de Setor de Farmácia Hospitalar; Chefe da Unidade de Almocharifado e Produtos para Saúde; Chefe da Unidade de Dispensação Farmacêutica; Chefe da Unidade de Laboratório de Análises Clínicas e Anatomia Patológica; e Chefe da Unidade de Planejamento. A Auditoria Interna do HU-UFGD participaria das reuniões do Comitê na condição de ouvinte e facilitadora (HU-UFGD, 2018).

Percebe-se que um corpo técnico foi criado, no período mais contemporâneo, para tomar decisões sobre a aplicação dos recursos do REHUF no HU-UFGD. O fato de antes não existir o referido comitê *a priori* demonstra um avanço nesse processo, cujo início demarcou-se a partir do fim de agosto de 2018. Em 28 de agosto de 2018, acontecia a 1ª reunião do comitê, conforme demonstrado em ficha de reunião/ata referendada pelos presentes.

Compreendemos que, nesta primeira reunião interna, conforme a publicação de instituição do comitê, foi explicada a fundamentação legal do comitê, concernente ao disposto na Portaria Interministerial nº 883/2010, que disciplina o REHUF, e a Portaria do Ministério da Educação nº 442 de 25 de abril de 2012, que delega competência à EBSEH para gerir o REHUF.

Os autos da pesquisa documental no trabalho de campo que fizemos demonstram, portanto, a concordância dos membros em fazer parte do comitê, bem como de sua existência. Nessa primeira reunião, acordaram tratar de aplicação de crédito orçamentário de recursos de capital relativos a determinadas parcelas de repasses do REHUF. Houve chancela à tabela que resumia as destinações de recursos, tendo como base o plano de aquisições do Setor de Engenharia Clínica, a necessidade

de reforma da Unidade de Abastecimento Farmacêutico e a necessidade de renovação de mobiliários administrativo e hospitalar.

Ficou definido que, para a próxima reunião, ocorreria a apresentação do planejamento de aquisições para insumos de custeio do REHUF pelos Setores de Suprimentos e Farmácia. Além disso, seria apresentada análise do desempenho orçamentário-financeiro para os participantes do comitê.

Destarte, foi decidido que o SGPTI apresentaria, em próxima reunião, seu plano de aquisições, bem como, definiram-se questões relativas a fontes orçamentárias no ano de 2018 para tal fito.

Embora verifique-se que há um movimento com a instituição deste comitê e as áreas técnicas do hospital se façam presentes como integrantes, a própria concepção dessa forma de administrar os recursos do REHUF não apresenta componentes representando os usuários do SUS.

Plano de contingenciamento de despesas do HU-UFGD 2015 (2018)

A avaliação da aplicação do REHUF no HU-UFGD tinha como uma das indagações obter respostas sobre como eram decididas ou tramitadas as despesas correntes no hospital. Nota-se que essa interpelação direcionada à gerência administrativa visava saber o detalhamento da aplicação na forma de despesa de capital e/ou despesa corrente, e apresentação dos critérios utilizados na aplicação dos referidos recursos, bem como se haveria a existência de alguma ferramenta de gestão que comprovasse o procedimento adotado (grupo de trabalho, comitê, ata).

Nesse ínterim, a gerência administrativa expressou conhecimento de que, em tempos recentes, a aplicação dos recursos do REHUF se deu baseada em demandas apresentadas pelas áreas demandantes (Setor de Suprimentos, Farmácia, SND, Laboratório, etc.), no bojo do Plano de Contingenciamento do HU-UFGD; deste modo, sub-rogou à Divisão Administrativa e Financeira do HU-UFGD que resgatasse as discussões e atas produzidas pelo grupo condutor do citado plano.

A gerência administrativa ainda orientou à DAF destacar o subfinanciamento pelo qual passou o HU-UFGD, em virtude da falta de contratualização (citando o referido período através de planilha específica), os atrasos periódicos nos repasses (explicitando os referidos atrasos em planilha específica), assim como os cortes orçamentários pelos quais passou o HU-UFGD (citando em documento próprio o

histórico de valores contratualizados e repassados ao HU-UFGD), o que forçou a administração financeiro-orçamentária do HU-UFGD a canalizar os referidos recursos preponderantemente para cobertura das despesas correntes, sob pena de desassistência aos usuários do SUS atendidos pelo HU-UFGD.

De fato, a DAF resgatou atas que atestaram que, durante o interstício de 2015 a 2018, foram realizadas reuniões cujas pautas em comum tratavam do escopo temático: contingenciamento de despesa e economia. Um ideário de visão economicista de redução de gasto perfazia as temáticas das diversas reuniões ocorridas.

Para a DAF, o plano de contingenciamento é um planejamento executado, cuja meta foi reduzir os custos e os gastos da unidade hospitalar HU-UFGD, iniciado no final do exercício de 2015 e que, à época (2018) da avaliação impelida no hospital sobre o REHUF, encontrava-se em andamento, visando sanear as finanças e melhorar a execução orçamentário-financeira do HU-UFGD.

Segundo a DAF, o plano por si só se justificaria, pois diversas medidas de contingenciamento orçamentárias foram e estariam sendo tomadas pelo Governo Federal, em especial nos Ministérios da Saúde e da Educação, que afetam diretamente o hospital de modo a diminuir a destinação dos recursos. Ela assevera que se busca criar uma cultura de economicidade dentro do hospital. Elenca, ainda, que, diante do momento de crise que o Brasil vem passando, o plano foi criado objetivando incentivar a adoção de medidas que otimizassem o orçamento disponível e os recursos recebidos, promovendo economia através de contingenciamento.

Contratualização SUS/contratualização do HU-UFGD

O contrato atual existente é o de nº 365/2017/DL/PMD, pactuado entre o município de Dourados, por intermédio de sua Secretaria Municipal de Saúde e a Universidade Federal da Grande Dourados, por intermédio de seu Hospital Universitário (HU-UFGD/EBSERH). Já o governo de Mato Grosso do Sul atua como sendo interveniente do contrato, por intermédio de sua Secretaria Estadual de Saúde (PDE do HU-UFGD, 2018/2020, 2019).

Seu objetivo principal é a integração do hospital à Rede de Atenção à Saúde Municipal, bem como ofertar ações e serviços de saúde, ensino e pesquisa relacionados ora com as necessidades de saúde de sua população, às políticas públicas voltadas à

atenção hospitalar e aos princípios e diretrizes do SUS.⁶¹ Em 2018, foram assinados dois termos aditivos sobre esse contrato.

Sob a responsabilidade do HU-UFGD, encontram-se, portanto, **quatro eixos** a serem cumpridos. Na **assistência**, em coletivo, foi definida a realização de ações que outrora garantam a prestação de serviços ao SUS, em suas especialidades, agindo por protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas. Elencam-se a realização de procedimentos cirúrgicos eletivos consoante a competência do hospital e o serviço de urgência e emergência (funcionando 24h por dia, todos os dias da semana), nas especialidades de ginecologia e obstetrícia (PDE do HU-UFGD 2018/2020, 2019).

Pactuou-se, ainda, o cumprimento de fluxos regulatórios de referência e contrarreferência, assim como a regulação ambulatorial das demandas automaticamente geradas quando da utilização exclusiva do SISREG. Como responsabilidades do HU-UFGD, tem-se, também, outras dimensões, como:

- Promover a alta responsável;
- Implementar o Programa de Segurança do Paciente;
- Atuar de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Humanização;
- Garantir assistência igualitária;
- Promover visita ampliada;
- Assegurar a presença do acompanhante de acordo com legislações específicas;
- Prestar atendimento ao indígena, respeitando suas diversas especificidades;
- Disponibilizar informações sobre intervenções;
- Notificar suspeitas de negligência e/ou violência;
- Disponibilizar o acesso aos prontuários à autoridade sanitária, usuários, pais ou responsáveis por menor de idade, de acordo com o Código de Ética Médica.

No tocante ao **eixo gestão**, foi determinada a oferta de condições adequadas para o funcionamento da prestação de serviços de saúde, assim proporcionando recursos humanos, parque tecnológico, estrutura física e diversos insumos gerais. Destaca-se,

⁶¹ Dantas (2018, p.39), menciona que: “o SUS é (...) referenciado nos princípios e diretrizes da universalidade, igualdade, integralidade, descentralização, hierarquização/regionalização, intersetorialidade, resolutividade, base epidemiológica e participação popular na formulação de estratégias implementadoras desses princípios e diretrizes.”

também, a diretriz de promoção da transparência aos usuários e colaboradores do hospital, outrora estimulando serviços de ouvidoria e de educação permanente.

Torna-se indispensável que o hospital cumpra as metas e objetivos celebrados no contrato, publicizando os alcances e os objetivos junto aos trabalhadores, bem como participar de forma ativa da Comissão de Acompanhamento da Contratualização (CAC) (PDE do HU-UFGD 2018/2020, 2019).

Consoante o seu porte, sua produção e serviços, o HU-UFGD tem classificação perante o Ministério da Saúde, como o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e o Sistema de Informações Hospitalares (SIH) — registros, pois, obrigatórios. É importante manter esses dados sempre disponíveis ao gestor municipal e comunicar de imediato alterações em sua estrutura hospitalar que impactem os atendimentos prestados.

Sobre o **eixo ensino**, foram pactuadas nas cláusulas contratuais celebradas a premissas de alinhamento entre assistência, ensino e pesquisa. A promoção do ensino deve ser baseada em cuidado integral, no desenvolvimento de atividades de pesquisa, gestão de tecnologias em saúde e a inserção dos alunos em atividades exercidas no HU-UFGD, bem como o compartilhamento de resultados de pesquisas institucionais foi proposição contratualizada.

No eixo **avaliação**, estipularam-se controles via metas quantitativas, qualitativas e Redes Temáticas do SUS para execução no hospital, por meio de indicadores objetivando avaliar a resolutividade das ações, ademais, também terá de considerar a avaliação de satisfação de usuários e de seus acompanhantes. A execução orçamentária e financeira também está incluída no monitoramento e avaliação do hospital (PDE do HU-UFGD 2018/2020, 2019).

Figura 26 - Histórico da contratualização do HU-UFGD

HISTÓRICO - PROGRAMAÇÃO FINANCEIRA - CONTRATUALIZAÇÃO HU/UFGD E SEMS/DOURADOS								
	contrato 135/2009	contrato 001/2010	5º termo aditivo	Contrato 604/2014	2015	2016	2017	Contrato 365/2017 2018
recursos próprios	R\$ 380.000,00	R\$ 200.000,00	R\$ 200.000,00	R\$ 72.921,17	R\$ 72.921,17	R\$ 72.921,17	R\$ 72.921,17	R\$ 272.921,17
Recursos estaduais (regionalização)	R\$ 150.000,00	R\$ 150.000,00	R\$ 350.000,00					
Recursos de incentivo estadual	R\$ 150.000,00	R\$ 150.000,00						
Recursos Federais (teto da MAC para mater	R\$ -	R\$ 730.000,00	R\$ 720.000,00	R\$ 33.000,00				
Recursos federais port. SAS 1268/2004	R\$ 600.000,00							
Recurso federal port. 1280/2008	R\$ 100.000,00	R\$ 100.000,00	R\$ 100.000,00	R\$ -	R\$ -	R\$ -		
Recursos federais port. GM 2127/2004	R\$ 71.020,80							
Teto da média e alta complexidade (DRC)								R\$ 70.000,00
Ressarcimento de valores para apoio à diagnose								R\$ 23.500,00
Sub total MAC	R\$ 1.451.020,80	R\$ 2.001.020,80	R\$ 2.041.020,80	R\$ 1.126.941,97	R\$ 1.126.941,97	R\$ 1.126.941,97	R\$ 1.126.941,97	R\$ 1.070.441,97
INCENTIVOS FINANCEIROS								R\$ 550.000,00
Recurso fonte estadual								R\$ 20.000,00
Incentivo IAPI	R\$ 20.000,00							
REHUF port. 1929/2010	R\$ -	R\$ 43.537,24						
Incentivo Rede Cegonha - portaria 1268/2012			R\$ 185.335,32					
Incentivo Rede Cegonha e RUE - portaria 2508/2012			R\$ 229.785,60					
Incentivo Rede Cegonha port. 2489/2013				R\$ 104.107,20				
Incentivo RUE - portaria 2395/2011 e 3110/2012			R\$ 323.292,66	R\$ 323.292,66	R\$ 349.677,79	R\$ 349.677,79	R\$ 323.292,66	R\$ 349.677,79
Incentivo Rede Cegonha port. 1776/2014				R\$ 219.000,00				
Incentivo Rede Cegonha port. 1772/2014				R\$ 197.100,00				
REHUF port. 2117/2014				R\$ 800.000,00	R\$ 800.000,00			
Sub total incentivos	R\$ 20.000,00	R\$ 63.537,24	R\$ 801.950,82	R\$ 2.122.158,02	R\$ 2.148.543,15	R\$ 1.348.543,15	R\$ 1.322.158,02	R\$ 1.898.543,15
Total préfixado	R\$ 1.471.020,80	R\$ 2.064.558,04	R\$ 2.842.971,62	R\$ 3.249.100,0	R\$ 3.275.485,1	R\$ 2.475.485,1	R\$ 2.449.099,99	R\$ 2.968.985,12
FAEC	R\$ 380.000,00	R\$ 314.000,00		R\$ 52.000,00	R\$ 52.000,00	R\$ 52.000,00	R\$ 11.800,00	R\$ 11.800,00
Total	R\$ 1.851.020,80	R\$ 2.378.558,04	R\$ 2.842.971,62	R\$ 3.301.100,0	R\$ 3.327.485,1	R\$ 2.527.485,1	R\$ 2.460.900,0	R\$ 2.980.785,1

9 meses

Fonte: Pesquisa de campo no HU-UFGD (2018).

A Figura 26, antecedente, retrata o histórico da contratualização do HU-UFGD. Antes de detalhar as informações sobre esse processo, cumpre destacar a concepção que a DAF sugere. Para a DAF, a contratualização é o contrato do SUS de prestação de serviços com o município de Dourados, assinado entre o Hospital Universitário da UFGD – HU-UFGD e a Secretaria Municipal de Saúde – SEMS. O contrato administrativo tem por objetivo a integração do hospital à Rede de Atenção à Saúde, define as responsabilidades entre as partes e estabelece metas quantitativas e qualitativas aos processos de assistência à saúde, gestão, ensino e pesquisa e de avaliação, em sintonia com as necessidades de saúde da população atendida, as políticas públicas para atenção hospitalar e os princípios e diretrizes do SUS.

De acordo com a DAF, sobre os contratos e Termos de Ajustes de Contas:

- a) Em 2009, assinou-se o contrato 135/2009, que vigorou entre setembro de 2009 a novembro de 2010, sendo o valor mensal contratualizado de R\$ 1.851.020,80;
- b) Em 2010, foi assinado o contrato 001/2010, que vigorou entre novembro de 2010 a agosto de 2014, sendo que o valor contratualizado, mensalmente, chegou a R\$ 2.842.971,62;
- c) Em 2014, entre os meses de setembro, outubro e novembro, o hospital prestou serviço à rede sem contrato, e, para recebimento dos valores, foi assinado um Termo de Ajuste de Contas – TAC 010/2014 em 05/12/2014, sendo o valor contratualizado mensal de R\$ 2.000.000,00;
- d) Em 2014, assinou-se o contrato 604/2014, que vigorou entre dezembro de 2014 a março de 2016, sendo que o valor contratualizado, mensal, inicialmente de R\$ 3.301.100,00, chegou a R\$ 2.527.485,10;
- e) Entre 2016 e 2017, dos meses de março de 2016 a dezembro de 2017, o hospital prestou serviço à rede sem contrato, e, para recebimento dos valores, foram assinados Termos de Ajustes de Contas – TACs (004/2016, 007/2016, 009/2016, 001/2017, 003/2017) e as Atas de Audiências de Conciliações, sendo o valor mensal de R\$ 2.460.900,00;
- f) Em 2017, assinou-se o contrato 365/2017, em vigor entre dezembro de 2017 a dezembro de 2019, sendo o valor contratualizado mensal de R\$ 2.980.785,10.

Percebe-se que ocorreu uma evolução nos valores contratualizados mensalmente, conforme a sazonalidade das temporalidades. Infere-se, ainda, que a relação junto ao gestor municipal do SUS não é tão harmônica como em tese pensa-se que seja, já que são demasiados os Termos de Ajustes de Contas celebrados, nos anos de 2014, 2016 e 2017, além das Atas de Audiências de Conciliações entre 2016 e 2017. O que reforça a tese de que os HUFs enfrentaram, ao longo de sua história, problemas no seu financiamento.

Plano anual de compras

A avaliação do REHUF no HU-UFGD requisitou informações sobre o plano anual de compras do hospital. Nesse sentido, o plano foi apresentado pelo Setor de Administração, responsável pelo processo de compras, com o resumo nos termos observáveis na Figura 27, abaixo:

Figura 27 - Plano de compras do HU-UFGD (2018)

RESUMO GERAL		
VALOR PREVISTO	R\$	58.881.265,58
QTD DE ITENS PREVISTOS		2574
QTD DE PROCESSOS PREVISTOS		87
QTD OBJETO COM POSSIBILIDADE DE PRORROGAÇÃO		60

DEMANDAS POR SETOR	PROCESSOS	VALOR TOTAL
SETOR DE ENGENHARIA CLÍNICA	12	R\$ 2.831.655,05
SETOR DE SUPRIMENTOS	29	R\$ 17.753.620,74
SETOR DE INFRAESTRUTURA FÍSICA	13	R\$ 7.028.213,18
UNIDADE DE ABASTECIMENTO FARMACÉUTICO	7	R\$ 3.595.471,14
SETOR DE HOTELARIA HOSPITALAR	8	R\$ 16.605.686,69
UNIDADE DE LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS E ANATOMIA PATOLÓGICA	3	R\$ 7.020.054,76
DIVISÃO DE GESTÃO DE PESSOAS	2	R\$ 25.100,00
UNIDADE DE APOIO OPERACIONAL	10	R\$ 2.721.464,02
UNIDADE DE PATRIMÔNIO	3	R\$ 1.300.000,00

DEMANDAS POR MODALIDADE	PROCESSOS	VALOR TOTAL
PREGÃO	83	R\$ 56.730.817,82
RDC	3	R\$ 1.600.000,00
INEXIGIBILIDADE	1	R\$ 550.447,76
DISPENSA	0	R\$ -

DEMANDAS POR TIPO	PROCESSOS	VALOR TOTAL
CUSTEIO - MATERIAIS	39	R\$ 21.876.387,99
CUSTEIO - SERVIÇOS	29	R\$ 31.841.269,59
INVESTIMENTO - BENS PERMANENTES	15	R\$ 3.483.808,00
INVESTIMENTO - OBRAS	3	R\$ 1.600.000,00
RECEITA	1	R\$ 79.800,00

Fonte: Pesquisa de campo no HU-UFGD (2018).

Além de uma visão panorâmica, é possível verificar que, de fato, há um planejamento anual de compras, conforme a existência nos autos de outra tabela que contém os seguintes campos: unidade requisitante, objeto (descrição sucinta do objeto do pedido), tipo, classificação, quantidade estimada de itens do pedido, valor da última contratação (se houver), modalidade prevista, indagação acerca de registro de preços, informação se o contrato é continuado com possibilidade de prorrogação, data prevista para envio do pedido e o campo observações. É por meio desse detalhamento que ocorre o planejamento anual de compras no hospital formando demanda de aquisições e contratações.

Plano Diretor Físico

É possível ver, conforme a pesquisa de campo/verificação documental no HU-UFGD, que existe um controle da execução dos projetos de infraestrutura física no HU-UFGD, através do qual é mensurada a evolução das etapas, e em que fases se encontram as diversas intervenções sob o bojo do Plano Diretor Físico da instituição.

Figura 28 - Controle da execução dos projetos/evolução mensal de projetos no HU-UFGD

CONTROLE DA EXECUÇÃO DOS PROJETOS									
EVOLUÇÃO MENSAL									
ETAPA	CUSTO ESTIMADO	PROGRAMA DE NECESSIDADES	ESTUDO PRELIMINAR	PROJETO LEGAL	PROJETO EXECUTIVO	ORÇAMENTO	LICITAÇÃO	CONTRATAÇÃO	EXECUÇÃO
REFORMA E ADAPTAÇÃO DO ESTACIONAMENTO, BANHEIROS, CAF, MORGUE E CAL	R\$ 187.717,46								
CONSTRUÇÃO DA CASA DA GESTANTE, BEBÊ E PUÉRPERA	R\$ 760.874,41								
UNIDADE DA MULHER E DA CRIANÇA - 1ª ETAPA	R\$ 34.186.000,00								
CONVERSÃO DAS MÁQUINAS DA LAVANDERIA PARA INJEÇÃO DIRETA DE GLP	R\$ 66.550,00								
REFORMA E ADEQUAÇÃO DA BIBLIOTECA - SALA RUTE	R\$ 76.081,58								
AMPLIAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS CANGURU	R\$ 268.517,87								
REFORMA E ADEQUAÇÃO DO PAGO, CME E HEMODIÁLISE	R\$ 331.286,45								
AMPLIAÇÃO DAS SALAS ADMINISTRATIVAS	R\$ 371.972,78								
UNIDADE DA MULHER E DA CRIANÇA - 2ª ETAPA	R\$ 19.000.000,00								
CONSTRUÇÃO DO CENTRO DE ESTUDOS	R\$ 2.100.000,00								
REFORMA E AMPLIAÇÃO DA LAVANDERIA HOSPITALAR	R\$ 900.000,00								
REFORMA E AMPLIAÇÃO DAS UNIDADES DE FARMÁCIA	R\$ 700.000,00								
REFORMA DO BLOCO CIRÚRGICO E CME	R\$ 2.750.000,00								
REFORMA, ADEQUAÇÃO E MODERNIZAÇÃO DA SUBESTAÇÃO DE ENERGIA ELÉTRICA	R\$ 150.000,00								
IMPLANTAÇÃO DE UNIDADES DE ALMOX, GUARDA DE PRONTUÁRIO, ABRIGO PATRIMÔNIO									
TOTAL	R\$ 61.606.283,09								

ATIVIDADES EXECUTADAS ANTERIOR A 2017
 ATIVIDADES CONCLUÍDAS EM 2017
 ATIVIDADES EM EXECUÇÃO EM 2017

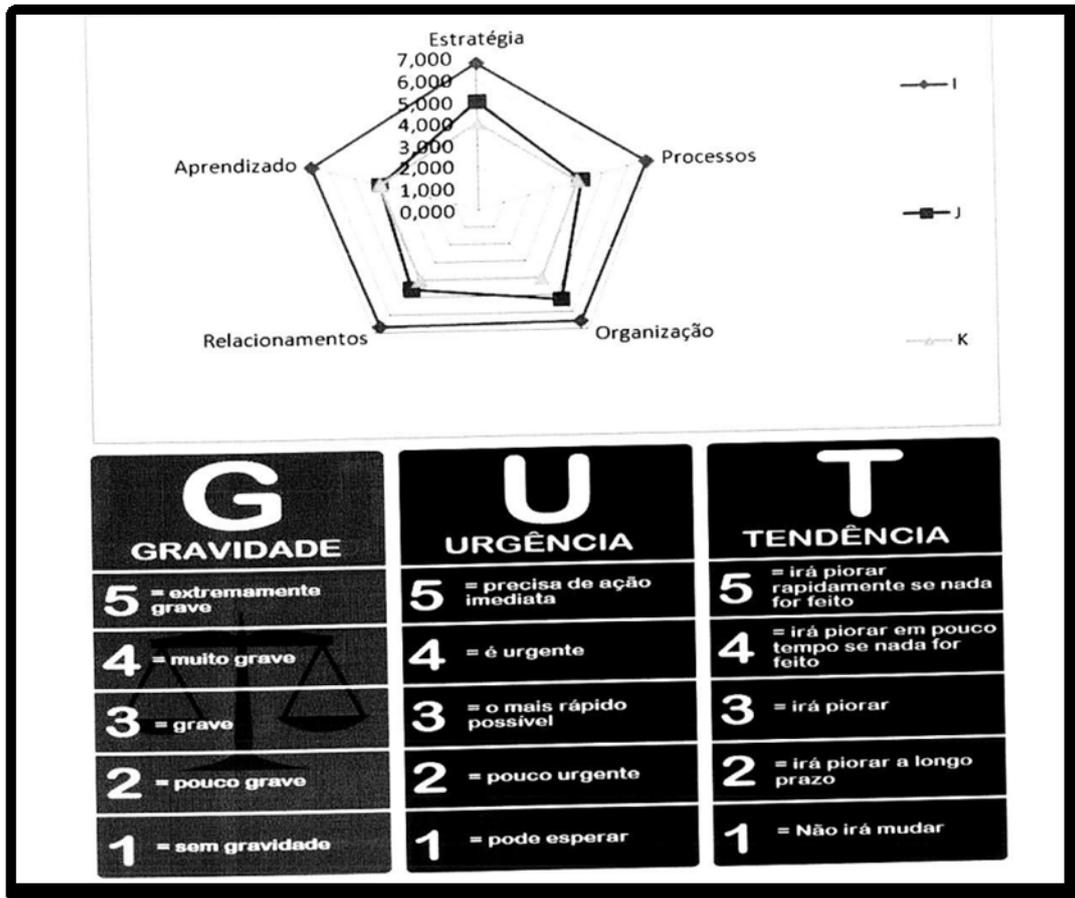
Fonte: Trabalho de campo (2018).

Assim, evidenciou-se, pois, a existência de um Plano Diretor Físico vigente em 2018 e outro elaborado, estando na fase diagnóstico. O interessante a perceber é que se demonstra, com isso, um planejamento ocorrendo em face dos planos, e maneiras ou formas de gerir a infraestrutura. A necessidade de existência de um Plano Diretor Físico é salutar, afinal, é preciso decidir como prover o hospital nesse quesito, o que é inferido é que as escolhas estão acontecendo via matriz GUT⁶², os parâmetros levam em conta as

⁶² É uma ferramenta ligada às ciências administrativas. O Portal Administração é didático neste sentido: “A Matriz GUT é uma ferramenta bastante utilizada pelas empresas, principalmente, com o intuito de priorizar os problemas e conseqüentemente tratá-los, levando em conta suas **gravidades, urgências e tendências**. Essa ferramenta auxilia na formação de estratégias, gestão de projetos e também na coleta de dados (levantamento de informações. (...) em relação à Matriz GUT, que é a possibilidade de quantificar as informações e de pontuar os itens analisados de acordo com o seu grau de prioridade. (...) A técnica GUT foi desenvolvida por Kepner e Tregoe, especialistas na resolução de questões organizacionais, e tinha como finalidade orientar decisões mais complexas, ou seja, decisões que envolvem muitas questões. A mistura de problemas por si só gera confusão, e acaba dificultando a visão do administrador na identificação dos problemas prioritários e na sua relevância. Nesse caso, é preciso

demandas em termos de gravidade, urgência e tendência, como podemos observar nas Figuras 29 e 30:

Figura 29 - Matriz GUT



Fonte: Trabalho de campo (2018).

separar cada problema que tenha causa própria e somente após isso, saber qual a prioridade na solução dos problemas identificados. A Matriz GUT atua justamente nesse aspecto, selecionando e escalonando os problemas, e levando em conta os principais impactos positivos e negativos que a correção dos mesmos pode trazer”. Disponível em: <<https://www.portal-administracao.com/2014/01/matriz-gut-conceito-e-aplicacao.html>> Acesso em: 14 de fev. 2020.

Figura 30 - Ilustração de aplicação da Matriz GUT

Ferramentas de Priorização e Apoio à Tomada de Decisão Matriz GUT					
Lista de Problemas	G	U	T	Pontuação (G x U x T)	Prioridade
Problema A	4	4	2	32	4º
Problema B	5	4	2	40	3º
Problema C	5	4	5	100	1º
Problema D	2	3	2	12	6º
Problema E	4	3	5	60	2º
Problema F	3	3	1	9	7º
Problema G	4	3	2	24	5º

Fonte: Trabalho de campo (2018).

Plano de Aquisições de Equipamentos

O Setor de Engenharia Clínica do hospital apresentou o plano de aquisições de equipamentos eletromédicos para os anos de 2018 e 2019, tendo como público-alvo todas as unidades e setores que prestam assistência ao paciente, e que ora necessitem de equipamentos para cumprir essa atividade-fim. O plano objetiva suprir as demandas existentes dos serviços, substituindo equipamentos que estão no final de sua vida útil, bem como incorporando novas tecnologias para atender as exigências das normas vigentes de cada serviço.

Os autos demonstram que o procedimento de definição dos equipamentos que serão adquiridos no ano de 2018 e no primeiro semestre de 2019 pelas seguintes etapas descritas: levantamento de demanda junto aos setores; compilação dos pedidos; análise dos pedidos e acréscimo de itens faltantes sobre o olhar da Engenharia Clínica; aplicação do método de priorização GUT; e elaboração de planilha final com lista de equipamentos que seriam comprados no período estipulado. Segundo o Setor de Engenharia Clínica, a Superintendência solicitou a todos os setores que enviassem

pedido de aquisição dos equipamentos médicos necessários para a execução dos serviços.

A Engenharia Clínica recebeu todos os pedidos entre os dias 16 de abril e 20 de abril de 2018, cadastrou, unificou/agrupou as quantidades dos setores. Após esse procedimento, avaliou os tipos de equipamentos, de forma qualitativa, conforme a gravidade, urgência e tendência (GUT) dos mesmos, devidamente tabulados, nos termos da Figura 31:

Figura 31 - Parâmetros utilizados pela Engenharia Clínica do HU-UFGD

Tabela 1 – Avaliação dos equipamentos			
Nota	Gravidade	Urgência	Tendência
1	Sem Gravidade	Longuíssimo Prazo	Desaparece
2	Pouco Grave	Longo Prazo	Reduz-se Ligeiramente
3	Grave	Prazo Médio	Permanece
4	Muito Grave	Curto Prazo	Aumenta
5	Extremamente Grave	Imediatamente	Piora Muito

Fonte: Trabalho de campo (2018).

Foi utilizada, como no Plano Diretor Físico, a matriz GUT, ferramenta que auxilia na priorização de atividades e problemas. Para isso, é classificado cada equipamento de acordo com sua Gravidade, Urgência e Tendência, aplicando notas de 1 a 5 e multiplicando essas notas ($G \times U \times T$), gerando um índice, no qual o maior é o mais prioritário.

Figura 32 - Resultado da aplicação da Matriz GUT pelo Setor de Engenharia Clínica no HU-UFGD

RESULTADO

Tabela 2 – Resultado da priorização

Nº	Equipamento	Setor	Qtd	Gravidade	Urgência	Tendência	Pontuação
1	Aparelho de anestesia	SUEMP, UCRC-DADT	2	Extremamente Grave	Imediatamente	Piora Muito	125
2	Bombas de seringa	Divisão de Enfermagem, UASCA, UCI neo	50	Extremamente Grave	Imediatamente	Piora Muito	125
3	Módulo de capnográfica	UCRC-DADT	3	Extremamente Grave	Imediatamente	Piora Muito	125
4	Monitor Multiparametros	UCRC-DADT, SUEMP, UTI Adulto, UCI	22	Extremamente Grave	Imediatamente	Piora Muito	125
5	Oxímetro de Pulso Portátil	UCRC-DADT, Divisão de Enfermagem	10	Extremamente Grave	Imediatamente	Piora Muito	125
6	Ventilador Pulmonar	UTI Adulto	6	Extremamente Grave	Imediatamente	Piora Muito	125
7	Ventilador pulmonar BIPAP	UTI Adulto	2	Extremamente Grave	Imediatamente	Piora Muito	125
8	Ventilador Pulmonar para Transporte	UTI Adulto	2	Extremamente Grave	Imediatamente	Piora Muito	125
9	Mesa cirúrgica	UCRC-DADT	1	Muito Grave	Curto Prazo	Piora Muito	80
10	Mesa cirúrgica para Obeso	UCRC-DADT, SUEMP	2	Muito Grave	Curto Prazo	Piora Muito	80
11	Tube Endoscópio	UDIMA	3	Muito Grave	Curto Prazo	Piora Muito	80
12	Fototerapia	SUEMP, UCI neo	10	Muito Grave	Prazo Médio	Piora Muito	60
13	Microscópio oftalmológico	EC para catarata	1	Grave	Curto Prazo	Piora Muito	60
14	Endoscópio Flexível	Unidade do Sistema Digestivo, UDIMA	3	Grave	Curto Prazo	Aumenta	48
15	Ultrassom móvel	SAD, UDIMA	2	Muito Grave	Curto Prazo	Permanece	48
16	Videocoloscópio	GEP	1	Grave	Prazo Médio	Piora Muito	45
17	Sonar Doppler	SUEMP	6	Muito Grave	Prazo Médio	Permanece	36
18	Foco Cirúrgico	UCRC-DADT, SUEMP	7	Pouco Grave	Curto Prazo	Aumenta	32
19	Termodesinfetadora	UCRC-DADT	1	Grave	Prazo Médio	Permanece	27
20	Termoseladora	UCRC-DADT	1	Grave	Prazo Médio	Permanece	27
21	Facoemulsificador	EC para catarata	1	Grave	Prazo Médio	Permanece	27
22	Aparelho de Raio-x móvel	UDIMA	2	Pouco Grave	Prazo Médio	Aumenta	24
23	Aquecedor, manta térmica	UTI Adulto, Equipe Anestesia	6	Pouco Grave	Curto Prazo	Permanece	24
24	Aquecedor, manta térmica para crianças	UCRC-DADT	2	Pouco Grave	Curto Prazo	Permanece	24
25	Otoscópio	SUEMP	2	Muito Grave	Prazo Médio	Reduz-se Ligeiramente	24
26	Aparelho de raio X	SAD	1	Pouco Grave	Prazo Médio	Permanece	18
27	Berço Aquecido	SUEMP	2	Pouco Grave	Prazo Médio	Permanece	18
28	Caixa aquecedora de hemoderivados e soro	SUEMP	2	Pouco Grave	Prazo Médio	Permanece	18
29	Secadora de traqueias	UCRC-DADT	1	Pouco Grave	Prazo Médio	Permanece	18
30	Secadora de utensílios cirúrgicos	UCRC-DADT	1	Pouco Grave	Prazo Médio	Permanece	18
31	biômetro	EC para catarata	1	Grave	Prazo Médio	Reduz-se Ligeiramente	18

Fonte: Trabalho de campo (2018).

Constatamos que foram recebidos 122 pedidos, resultando em um total de 1.631 equipamentos; desses, apenas 288 faziam parte do escopo da Engenharia Clínica e foram avaliados resultando em 57 equipamentos diferentes.

Em relação ao planejamento da execução, mediante a impossibilidade de compra de todos os itens, foram priorizados os classificados entre os 18 primeiros, resultando na seguinte tabulação:

Figura 33 - Itens priorizados para compra pela Engenharia Clínica do HU-UFGD

Prioridade	Equipamento	Quantidade
1	Ventilador pulmonar	45
2	Monitor multiparâmetro	55
3	Aparelho de anestesia	5
4	Bomba de seringa	50
5	Aparelhos de ultrassonografia e transdutores	4
6	Máquina de hemodiálise	3
7	Equipamento para fisioterapia (BIPAP, elevador, eletroestimulador, etc...)	15
8	Equipamento para emissão otoacústica	1
9	Endoscópios e equipamentos de suporte	16
10	Mesa cirúrgica	7
11	Aspirador de secreção	10
12	Equipamento para fototerapia	10
13	Colposcópico	2
14	Conector de tubo	1
15	Litotriptor	2
16	Aparelho de raio-x fixo	1
17	Arco cirúrgico	1
18	Manta térmica	8

Fonte: Trabalho de campo (2018).

Importa registrar o apontamento do Setor de Engenharia Clínica acerca de que o processo de execução pode ser realizado de três formas: Intenção de Registro de Preço, compra centralizada e licitado pelo HU-UFGD.

Nesse aspecto, foi abordado que no que diz respeito às compras centralizadas, a EBSEH sede tinha processos abertos para compra centralizada de ventiladores pulmonares, monitores e aparelhos de anestesia.

O Setor de Engenharia Clínica ainda asseverou que trabalha para encontrar IRPs de equipamentos que atendam às necessidades do HU-UFGD, com melhores preços por meio de economia de escala.

Nesse ínterim, para os processos em que não são adquiridos de forma central, nem foi encontrado processo por IRP, o Setor de Engenharia Clínica encaminha pedido de compra para ser licitado pelo HU-UFGD.

Plano Diretor de Tecnologia da Informação

Depreende-se da pesquisa documental que fizemos, que foi solicitado ao Setor de Tecnologia e Informação do HU-UFGD a elaboração de Plano Diretor de Tecnologia da Informação – PDTIC, em que pese reunião do Comitê Interno do REHUF do HU-UFGD indicando o mesmo como parte integrante do plano de reestruturação do hospital.

Nesse sentido, o PDTIC 2018–2020 foi elaborado. As versões que foram tramitadas foram as seguintes: criação do documento – Equipe PDTIC - 27/06/2019; avaliação do documento – Equipe PDTIC - 15/09/2018; validação pela unidade de Planejamento do HU-UFGD; Aprovação pelo CGTI; e aprovação pelo Colegiado Executivo do hospital.

O plano constituiu-se em um diagnóstico do *status* tecnológico atual do hospital e a necessidade de avanços, aquisições, de forma que se evidencia a ocorrência de planejamento na área da tecnologia da informação no HU-UFGD. Ou seja, em uma visão geral, uma reestruturação nesse contexto estava sendo pensada.

Relatório de dimensionamento do quadro de pessoal e recomposição da força de trabalho

Nesse processo avaliativo, houve provocação da Superintendência, à época (2018), no sentido de que a EBSEH teria realizado 4 (quatro) concursos para provimento de recursos humanos para o HU-UFGD/EBSEH, e ainda assim até aquela época o hospital seguia com vagas não preenchidas com fundamento no dimensionamento do Departamento de Coordenação e Governança das Empresas Estatais – DEST.

Nesse sentido, ocorreu, por parte da Divisão de Gestão de Pessoas do HU-UFGD, a apresentação de relatório do dimensionamento do quadro de pessoal e recomposição da força de trabalho. Em 9 de outubro de 2013, o antigo DEST⁶³ publicou a Portaria nº 32⁶⁴ fixando o quadro de pessoal do HU-UFGD/EBSEH, com totalidade de 1.160 trabalhadores estatutários e celetistas.

Segundo a DivGP do HU-UFGD, as vagas que correspondem aos servidores estatutários, que exercem atividades no hospital, são substituídas por empregados concursados pela EBSEH à medida que esses servidores se aposentam ou quando, por qualquer outra razão, se extinguir o seu vínculo com o órgão de origem. Dessa forma, o quadro dimensionado é atualizado constantemente.

Em análise ao artigo 2º e parágrafo único da referida portaria, é possível compreender esse processo, conforme os termos seguintes regulamentados:

Art. 2º - Do limite máximo para o quadro de pessoal próprio estabelecido no Art. 1º desta Portaria, 463 (quatrocentos e sessenta e três) vagas correspondem aos servidores estatutários que exercem atualmente suas atividades no Hospital, dos quais **461** (quatrocentos e sessenta e um) poderão ser substituídos por empregados concursados pela EBSEH à medida que

⁶³ Atualmente dentro do Ministério da Economia, a pasta Planejamento, Desenvolvimento e Gestão tem o atual órgão que substituiu o DEST: “Criada pelo Decreto nº. 8.818, de 21 de julho de 2016, a Secretaria de Coordenação e Governança das Empresas Estatais, atua sobre as empresas em que a União, direta ou indiretamente, detém a maioria do capital social com direito a voto, ou seja, as empresas públicas, sociedades de economia mista, suas subsidiárias e controladas e demais empresas, denominadas empresas estatais. (...) A Secretaria é responsável pela elaboração do Programa de Dispêndios Globais – PDG – e da proposta do Orçamento de Investimentos – OI – das empresas em que a União detenha, direta ou indiretamente, a maioria do capital social. Realiza, também, a gestão dos Conselheiros de Administração representantes da União, o acompanhamento e disponibilização das informações econômico-financeiras das empresas estatais, bem como se manifesta sobre os pleitos das empresas estatais, no que se refere à política salarial, aprovação e eventuais modificações nos planos de previdência dessas empresas e seu quantitativo de empregados”. Disponível em: <<http://www.planejamento.gov.br/aceso-a-informacao/institucional/unidades/sest>> Acesso em: 14 de fev. 2020.

⁶⁴ Nos Anexos deste trabalho, encontra-se a Portaria nº 32, de 09 de outubro de 2013.

esses servidores se aposentarem ou quando, por qualquer outra razão, se extinguir o seu vínculo com Órgão de origem;
 Parágrafo único. Serão preenchidas por empregados da EBSERH, exclusivamente, as vagas correspondentes a cargos compatíveis com o Plano de Cargos, Carreiras e Salários da empresa, num total de (mil cento e sessenta) vagas (Portaria n º32, de 09/10/2013, DEST, BRASIL, 2013, grifos nossos).

Quadro 9 - Composição da força de trabalho (atualizada em dez/2018)

Grupos	RJU	CLT	Limite de Quadro
Médico	57	174	231
Enfermeiro	42	189	231
Técnico em Enfermagem ⁶⁵	164	255	419
Demais assistenciais de Nível Superior	27	74	101
Demais assistenciais de Nível Técnico	33	29	62
Total – Atividades Assistenciais	323	721	1044
Advogado	0	2	2
Demais Administrativos de Nível Superior	8	22	30
Administrativos de Nível Técnico/Médio	51	33	84
Total – Atividades Administrativas	59	57	116
Total	382	778	1.160

Fonte: DivGP. Elaborado em 03/12/2018.

Quadro 10 - Quadro de pessoal contratado – CLT (atualizado em dez/2018)

Celetistas	Grupo	Quadro CLT Atualizado	Contratados	Saldo	% de contratados
	Médico	174	136	-37	78,1%
Enfermeiro	189	170	-19	89,9%	
Técnico em Enfermagem	255	245	-10	96%	
Demais Assistenciais de Nível Superior	74	70	-4	94,6%	
Demais Assistenciais de Nível Técnico	29	27	-2	93,1%	

⁶⁵ Estão inclusos os cargos de Auxiliar de Enfermagem.

Total – Atividades Assistenciais	721	648	-72	89,9%
Advogado	2	2	0	100%
Demais Administrativos de Nível Superior	22	21	-1	95,5%
Demais Administrativos de Nível Médio	33	31	-2	93,94%
Total – Atividades Administrativas	57	54	-3	94,7%
Total	778	702	-75	90,2%

Fonte: elaborado pela DivGP, em 03/12/2018.

A partir do dimensionamento determinado pelo DEST (2013), sendo, pois, o limite do quadro do HU-UFGD estabelecido em 1.160 trabalhadores, ocorre, portanto, no interstício de 10/2013 a 12/2018, diminuição do nº total de servidores RJUs na composição do quadro (conforme dimensionamento de 2018). Assim, os 461 servidores elencados na Portaria nº 32, de 10 de outubro de 2013, caem para 382, conforme mostrou o Quadro 9. É perceptível, por conseguinte, estar ocorrendo o provimento a longo prazo dos HUFs via funcionários celetistas, já que não há substituição destes, mas vagando-se o cargo estatutário ele é provido via EBSE RH, seguindo a diretriz da Portaria nº 32, do DEST, de 9 de outubro de 2013.

Conforme o Quadro 10, antecedente, o profissional celetista médico é o que mais apresenta saldo negativo de contratação frente às vagas celetistas a serem providas. Importa salientar que, por fim, todas as categorias (celetistas) apresentam déficit no provimento total permitido pelo dimensionamento, operando, pois, com a falta de funcionários, em termos gerais de aproximadamente 10%.

Segundo a DivGP as vagas não preenchidas justificam-se por diversos fatores: inexistência de saldo de aprovados em concurso público; ausência de autorização orçamentária para convocação; vaga reservada judicialmente; e vaga bloqueada por movimentação judicial ou temporária no interesse da empresa.

Em 2019, a EBSE RH lançou concurso para provimento de vagas em diversos Hospitais Universitários Federais, inclusive no HU-UFGD. Isso mostra que a empresa vem periodicamente recrutando empregados públicos, logo, nota-se que a problemática de recursos humanos ainda não foi resolvida na sua totalidade. A saber, a seleção é de

âmbito nacional, e tem-se o quantitativo de 1.660 vagas a serem preenchidas, entre os níveis de formação médio e superior.

As vagas estão distribuídas nas seguintes áreas e editais: Edital nº 002/2019 – área médica (533 vagas); Edital 003/2019 – área assistencial (998 vagas); e Edital 004/2019 – área administrativa (129 vagas) (PCI CONCURSOS, 2019).

Especificamente para o HU-UFGD, tem-se os seguintes quadros de vagas:

Figura 34 - Quadro de vagas – área médica – HU-UFGD

Hospital Universitário da Universidade Federal de Grandes Dourados - HU-UFGD							
Código	Cargo/Especialidade	Total de Vagas	Vagas Ampla Concorrência	Vagas P.c.D. (*)	Vagas PNP: Pessoa Negra ou Parda (**)	Carga Horária Semanal	Salário Mensal
006	MÉDICO - ANESTESIOLOGIA	4	2	1	1	24h	R\$ 8.647,57
024	MÉDICO - CIRURGIA PEDIÁTRICA	2	1	1	-	24h	R\$ 8.647,57
029	MÉDICO - CLÍNICA MÉDICA	1	1	-	-	24h	R\$ 8.647,57
048	MÉDICO - GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA	5	3	1	1	24h	R\$ 8.647,57
067	MÉDICO - MEDICINA FETAL	CR	-	-	-	24h	R\$ 8.647,57
069	MÉDICO - MEDICINA INTENSIVA	2	1	1	-	24h	R\$ 8.647,57
070	MÉDICO - MEDICINA INTENSIVA PEDIÁTRICA	2	1	1	-	24h	R\$ 8.647,57
078	MÉDICO - NEONATOLOGIA	2	1	1	-	24h	R\$ 8.647,57
094	MÉDICO - PEDIATRIA	6	4	1	1	24h	R\$ 8.647,57
099	MÉDICO - PSIQUIATRIA	CR	-	-	-	24h	R\$ 8.647,57
102	MÉDICO - RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	CR	-	-	-	24h	R\$ 8.647,57
110	MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA	CR	-	-	-	24h	R\$ 8.647,57

Fonte: PCI CONCURSOS, 2019. Edital 002/2019, EBSEH.

Nota-se, portanto, a existência, no HU-UFGD, de 24 vagas na área médica, além de 4 vagas de formação de cadastro de reserva, o que logo permite inferirmos que este hospital, diante desse quadro, ainda não está trabalhando com a força de trabalho ideal para desempenhar suas funções, o que acaba por sobrecarregar os trabalhadores em seus postos. Não se trata de expansão, as vagas destinam-se a preencher um quadro que está incompleto, trabalhando defasado mesmo após a implantação do REHUF e da EBSEH.

Figura 35 - Quadro de vagas – área assistencial – HU-UFGD

Hospital Universitário da Universidade Federal de Grandes Dourados - HU-UFGD							
Código	Cargo/Especialidade	Total de Vagas	Vagas Ampla Concorrência	Vagas P.c.D. (*)	Vagas PNP: Pessoa Negra ou Parda (**)	Carga Horária Semanal	Salário Mensal
400	ASSISTENTE SOCIAL	CR	-	-	-	30h	R\$ 4.725,21
300	ENFERMEIRO	26	19	2	5	36h	R\$ 6.690,39
356	ENFERMEIRO - SAÚDE DA MULHER - OBSTETRÍCIA	CR	-	-	-	36h	R\$ 6.690,39
362	ENFERMEIRO - SAÚDE INDÍGENA	1	1	-	-	36h	R\$ 6.690,39
460	FARMACÊUTICO	CR	-	-	-	40h	R\$ 6.300,28
472	FÍSICO - FÍSICA MÉDICA - RADIODIAGNÓSTICO	CR	-	-	-	40h	R\$ 10.350,46
480	FISIOTERAPEUTA	2	1	1	-	30h	R\$ 4.725,21
510	FONOAUDIÓLOGO	CR	-	-	-	30h	R\$ 4.725,21
520	NUTRICIONISTA	1	1	-	-	40h	R\$ 6.300,28
550	PSICÓLOGO - ÁREA HOSPITALAR	CR	-	-	-	40h	R\$ 5.339,00
600	TÉCNICO EM ANÁLISES CLÍNICAS	3	1	1	1	40h	R\$ 3.617,48
602	TÉCNICO EM ENFERMAGEM	12	9	1	2	36h	R\$ 3.255,32
604	TÉCNICO EM FARMÁCIA	CR	-	-	-	40h	R\$ 3.617,48
609	TÉCNICO EM RADIOLOGIA	CR	-	-	-	24h	R\$ 2.170,22

Fonte: PCI CONCURSOS, 2019, edital 003/2019, EBSE RH

Outrossim, temos, conforme podemos observar na Figura 35, acima, 45 (quarenta e cinco) vagas a serem preenchidas referentes a empregos públicos de nível médio, técnico e superior da área assistencial, bem como 7 (sete) vagas para formação de cadastro de reserva. Significativo o número de enfermeiros e de técnicos de enfermagem que se fazem necessários para o hospital. Observa-se, ainda, tão somente 1 (uma) vaga destinada a enfermeiro da saúde indígena em um município que os concentra em demasia — característica intrínseca latente, além do fator de fronteira internacional, que torna Dourados singular em relação a outros municípios brasileiros.

E, por fim, o Edital 004/2019, conforme a Figura 36 subsequente, identifica a existência de 3 (três) vagas e 1 (uma) de formação de cadastro de reserva referente à área administrativa.

Figura 36 - Quadro de vagas – área administrativa – HU-UFGD

Hospital Universitário da Universidade Federal de Grandes Dourados - HU-UFGD							
Código	Cargo/Especialidade	Total de Vagas	Vagas Ampla Concorrência	Vagas P.c.D. (*)	Vagas PNP: Pessoa Negra ou Parda (**)	Carga Horária Semanal	Salário Mensal
700	ADVOGADO	CR	-	-	-	40h	R\$ 8.771,39
710	ANALISTA ADMINISTRATIVO - ADMINISTRAÇÃO	1	1	-	-	40h	R\$ 6.300,28
713	ANALISTA ADMINISTRATIVO - BIBLIOTECONOMIA	1	1	-	-	40h	R\$ 6.300,28
900	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	1	1	-	-	40h	R\$ 2.451,14

Fonte: PCI CONCURSOS, 2019. Edital 004/2019, EBSE RH.

A reestruturação, pelo menos pensada pela lógica de administração da EBSEH, através do provimento da mão de obra, ainda carece de trabalhadores. Os editais suprarreferenciados e as vagas identificadas apontam os gargalos a serem resolvidos, principalmente no campo das áreas médicas e assistenciais.

Se desde 2013 a EBSEH faz a gestão dos HUFs, um concurso em 2019 demonstra que ainda os HUFs trabalham com déficit de pessoal e/ou que há uma sazonalidade no provimento dessas vagas, principalmente as assistenciais, o que torna necessário constantes realizações de concursos. Tal fato expressa, ainda, a condição de que certas profissões possuem poder tamanho que escolhem ondem querem atuar — locais mais urbanizados, com mais opções de entretenimento, com os melhores salários —, enquanto os “rincões” brasileiros sempre ficam com reduzido efetivo, mesmo com certames constantemente lançados.

Questionamento: a contratualização do HU-UFGD com o SUS atende ao pacto global, em conformidade com o Decreto nº 7.802/2010 e a Portaria 883/2010

Uma interessante descoberta nessa pesquisa documental é a partir de devolutiva do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde (SERAS) do HU-UFGD, argumentando acerca do questionamento: “Se a contratualização do HU-UFGD com o SUS atende ao pacto global, em conformidade com o Decreto nº 7.802/2010 e a Portaria nº 883/2010?”.

Segundo a SERAS, o contrato vigente 365/2017 foi elaborado com base na Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), e as diretrizes para contratualização com o SUS, respectivamente, instituídas pelas Portarias GM/MS nº 3.390/2013 e 3.410/2013. Assim, o contrato prevê compromissos, metas quantitativas e indicadores qualitativos distribuídos em quatro eixos, preconizados pela Diretriz de Contratualização com o SUS, em consonância com a PNHOSP: assistência, ensino e pesquisa e avaliação.

Para a SERAS, o REHUF é regido por normas anteriores à PNHOSP, como o Decreto nº 7.802/2010 e Portaria nº 883/2010. O pacto global é um instrumento balizador para o financiamento dos Hospitais Universitários, conforme inciso II, do artigo 8º da mencionada portaria.

Ainda segundo essa fonte, a maior parte do recurso de origem do REHUF recebido pelo HU-UFGD não possui correlação direta com as avaliações de

desempenho do contrato vigente, nº 365/2017. O contrato é avaliado via Comissão de Avaliação da Contratualização (CAC), e o pacto global pela unidade executiva do programa e Comitê Gestor do REHUF, com avaliações semestrais e descentralização de recursos variáveis, diferente do contrato, que se trata de recurso fixo mensal (valores pré-fixados).

Contudo, a SERAS pontua que existem diversos aspectos que englobam a pactuação global preconizada pelo REHUF:

- O contrato prevê recurso de origem REHUF, com valor pré-fixado mensal, no quadro da programação orçamentária, classificado como incentivo, e vinculado a metas qualitativas relacionadas às temáticas preconizadas pelo Ministério da Saúde;
- O contrato prevê compromissos e indicadores de desempenho nos quatro eixos preconizados pela pactuação global (assistência, gestão, ensino, pesquisa e extensão);
- O contrato contempla a maioria dos itens previstos no anexo II e III da Portaria nº 883/2010.

A SERAS ainda destacou que o contrato 365/2017 foi construído com base na Diretriz de Contratualização do SUS (Portaria 3.410/2013), que, por sua vez, já levou em consideração a necessidade do financiamento compartilhado dos Hospitais Universitários Federais entre as áreas da saúde e educação, com regime de pactuação global entre os hospitais, como é possível observar em seu preâmbulo, citando o Decreto nº 7.802/2010.

Ademais, para o SERAS, a matriz de avaliações passadas possui vários indicadores já contemplados no contrato 365/2017. E também o contrato 365/2017 já prevê o modelo de orçamentação global preconizado pela Portaria 3.410/2013, restando conhecer os custos regionais de materiais e serviços para complementar a composição orçamentária e negociações com o gestor local. Assim, a SERAS observa congruência com as competências da Unidade Executiva do Programa REHUF (art. 4º, incisos II e VIII da Portaria nº 883/2010).

Por corolário, entende a SERAS que o contrato 365/2017 está aderente à PNHOSP, que já foi elaborada levando em consideração a necessidade de financiamento global, pactuação global e contemplando os quatro eixos preconizados por ambas as áreas (saúde e educação): assistência, gestão, ensino e pesquisa e avaliação.

Considerações finais

O REHUF é um financiamento (custeio e capital) para os HUFs, ademais constitui-se como uma estratégia governamental iniciada na década de 2010 de melhorar as condições desses hospitais. Configura-se como a aposta mais recente para que estes enfrentassem a crise que vivenciavam e carregavam desde as políticas de redução de investimento do Estado na saúde sob o cotejo do PDRAE de 1995, em que este se tornou mais regulador e menos provedor, colocando suas atividades não-exclusivas nas mãos de OSs, OCISPs, e, por último, EBSEH — uma empresa pública que passou a cuidar dos HUFs.

Intrigante essa dinâmica histórica das empresas públicas, desde a antiga Caixa de Aposentadoria e Pensões (CAPs), hoje Caixa Econômica Federal, responsável pelo financiamento de diversos programas sociais do governo, atualmente no ramo bancário, de exploração econômica e desempenhando papel estratégico. Logo, as vemos no setor de serviços como a partir de 2010 no setor de saúde com a EBSEH administrando os HUFs.

Empresas públicas (100% públicas), mas normatizadas sob o regime jurídico do direito privado: o Estado tem se interessado mais por esse tipo de administração descentralizada que abre brechas, podendo em momento futuro, ser objeto de privatização, já que despertam o interesse do mercado. Estar-se privilegiando estas entidades caminha mais em sintonia com um modelo de Estado mercadológico do que de Bem-Estar Social. Os empregados públicos dessas empresas não gozam do direito da estabilidade e, caso um determinado governo queira, podem ser demitidos, como o são as pessoas que trabalham na iniciativa privada; nessa hipótese, também receberiam FGTS. A legislação menciona que esses trabalhadores podem ser dispensados por ato motivado.

A inserção do HU-UFMG no REHUF ocorreu de forma automática, como no caso dos outros 45 Hospitais Universitários Federais, em 2010. Assim, por intermédio da Portaria Interministerial nº 883, de 5 de julho de 2010, o governo disciplinou a regulamentação de 46 hospitais integrantes do REHUF. Ou seja, eles faziam parte do plano de reestruturação governamental, a regulamentação estava disciplinando a forma que ocorreria a pactuação para que se atingissem os objetivos do programa nos termos no Decreto nº 7.802, de 2010.

Em 2010, portanto, que se instituiu uma política focal do governo para os HUFs. Caracterizada, então, por ser vinculada, ou em outras palavras, automaticamente voltada aos HUFs, ao contrário da EBSEH, que era condicionada à assinatura de contrato com a universidade de vinculação do HUF.

Em 2013, a maioria dos HUFs, à época, assinou contrato com a EBSEH, e, passando-se alguns anos, em 2018, o panorama consolidou-se com sua participação na administração de 80% dos HUFs. Porém, a adesão não foi vinculada taxativamente ou vinculada, como no caso do REHUF — havia, portanto, a faculdade na adesão, embora, implicitamente, o governo dava sinais que era o caminho que queria que os hospitais seguissem. E toda a discussão desse processo foi perpetuada por tensões, conflitos, embates dentro dos HUFs, no corpo político das universidades, no MRSB e nas entidades sindicais.

As propostas e os programas estratégicos de redução no Estado de Bem-Estar Social replicaram políticas restritivas de investimentos na saúde e foram impulsionados por um modelo de Estado (ultra)neoliberal. O discurso oficial de “ajuste fiscal” tornou-se imperioso e uma espécie de “pânico de poder” para propagar o tom de que o mercado e a gestão privada seriam mais eficientes em relação à pública — era preciso espelhar-se no *modus* de gestão privada. Assim, práticas de gerenciamento surgiram como “salvadoras da pátria”, expostas como fórmulas mágicas a partir da menção “gestão”, procurando-se fazer mais com menos, em outras palavras, pregava-se, ideologicamente, otimizar os recursos.

Mas a saúde tem um conceito maior, mais complexo, não se refere a somente otimizar processos clínico-cirúrgicos ou de atendimentos. Está relacionada às condições de vida, ao meio epidemiológico. A debilidade da saúde é inerente à alimentação que a pessoa tem, ao local de moradia em que vive, ao saneamento básico de que dispõe, às oportunidades de lazer que possui. Por exemplo, uma pessoa que trabalha desde criança esforçando-se desproporcionalmente em trabalhos penosos, insalubres, carregando peso, na idade adulta indubitavelmente enfrentará mais problemas de coluna que uma que não se submeteu a estas mazelas, ou seja, saúde se relaciona com processos de exclusão social (BARATA, 2012).

É preciso lutar por um Estado que promova elevação de números, mas em termos de qualidade e não em quantidade, que atue por uma Política Nacional de Humanização, por um SUS que dê certo. Em meio a esse contexto de “ajustes”, é necessário aglutinar doses de um espaço estriado, como propõe Deleuze (1997).

Nos Estados Unidos, quando Barack Obama deixou a presidência em seu segundo mandato (20 de janeiro de 2013 – 20 de janeiro de 2017), entrou Donald Trump (20 de janeiro de 2017, com previsão de término em 20 de janeiro de 2021), com uma visão assimétrica sob a ótica da saúde⁶⁶, modificando abruptamente a lógica dos planos de saúde instituídos, que eram destinados a uma maior cobertura, passando a vigorar planos tidos como racionais, porém de viés individualista, liberais.

Nesse contexto, constatamos também que o Banco Mundial tem produzido diversos documentos impondo políticas, ou melhor, recomendando e vinculando seus financiamentos ao estabelecimento/cumprimento de obrigações e ajustes.⁶⁷

Para Faé (2009), existem discursos impregnados que visam manter a hegemonia neoliberal no mundo. Nesse sentido, a partir do BIRD e do Banco Mundial, um modelo de “desenvolvimento” é imposto como ideal a ser seguido, e, assim, essa última instituição citada atuaria nos países considerados em “subdesenvolvimento”, aproveitando-se de diversos discursos — como, por exemplo, o de ajuste fiscal —, para assim impor aos Estados Nacionais o modelo “ideal” de desenvolvimento.

Há, baseando nosso entendimento a partir de Faé (2009), direcionamento de políticas visando prevenir que ocorram gastos concebidos como demasiados desses Estados em políticas sociais que demandem alto custo do Estado, saneando flagelos já em processo inicial a fim de garantir superávit para se pagar a dívida pública.

Haveria, portanto, implicitamente, ações que mantêm o modelo hegemônico ditando como quer que os países subdesenvolvidos se “desenvolvam”, contribuindo para manter o sistema financeiro mundial controlado pelas grandes corporações e nações ricas. Desse modo, as políticas financiadas pelo Banco Mundial não são coadunadas a um movimento coletivo, progressista, Política de Estado e Pacto de Bem-Estar-Social, mas de ações que se restringem à atuação estatal, nos investimentos sociais/populares.

Faé (2009, p. 215) esclarece, considerando o final da década de 1980, que “as agências internacionais ligadas ao desenvolvimento ampliaram sua atuação e

⁶⁶ “Como o sistema de saúde público nos Estados Unidos não contempla toda a população, os cidadãos ficam sem outra opção além de obrigatoriamente contratar um convênio particular para garantir seus cuidados médicos.” Disponível em: <<https://www.politize.com.br/sistema-de-saude-dos-estados-unidos/>> acesso em 01 abr. 2020.

⁶⁷ BANCO MUNDIAL. **Por um ajuste justo com crescimento compartilhado - Uma agenda de reformas para o Brasil.** Disponível em: <<http://pubdocs.worldbank.org/en/156721534876313863/Sum%C3%A1rio-Notas-de-Pol%C3%ADtica-P%C3%BAblica.pdf>> Acesso em: 15 de jan. 2020. Ver, ainda, sobre essa temática, a importante contribuição de FAÉ (2009).

importância no campo discursivo do desenvolvimento, principalmente, ao direcionar seus esforços para a minimização dos custos sociais do ajuste econômico”. Desse modo, “a ênfase foi na inserção produtiva dos pobres, assim como no aproveitamento de seu potencial” (FAÉ, 2009, p. 215). O autor traz o discurso do Banco Mundial:

O Banco irá aumentar os investimentos diretamente ligados ao incremento do acesso dos pobres a melhores alimentos, abrigos, cuidados de saúde e educação. Nós devemos promover mudanças políticas e institucionais para assegurar programas públicos mais eficientes e que direcionem seus benefícios para os pobres. Nesses investimentos sociais vitais, nós iremos trabalhar mais próximos com o setor privado e com organizações não-governamentais, como meio de multiplicar sua efetividade e direcioná-los para os pobres. (BANCO MUNDIAL, 1987, p. 5, *apud* FAÉ, 2009, p. 215).

Faé (2009, p. 215) considera que: ⁶⁸

(...) a ação do Banco Mundial, na década de 1980, direcionou-se para a defesa de práticas com vista ao incentivo de uma lógica neoliberal em defesa do livre mercado de forma a fornecer estabilidade e possibilidade de superação das crises de estagnação do sistema capitalista em escala mundial. (FAÉ, 2009, p. 215).

Considerando essa discussão suscitada, pensamos que é importante deixar em combustão a concepção integralista tendo na saúde um pacto social. Movimentos como o MRSB mantiveram viva a concepção da saúde sob um viés horizontalizado, empoderando a perspectiva do usuário/cidadão. Possuem o condão de contraditar o modelo hospitalocêntrico vigente.

Percebe-se no REHUF uma das últimas formas de financiamento para os HUFs pensada pelo Governo Federal. Atualmente, existe uma PNHOSP que regulamenta gargalos no processo de financiamento, o que demonstra a constante busca por mecanismos/estratégias de gestão de financiamento — em outras palavras, a gestão de um provimento orçamentário junto ao campo da saúde pública parece constantemente necessitar de aperfeiçoamentos. O REHUF e a EBSEH, por conseguinte, são demarcadores históricos da década de 2010.

Os equipamentos e a estrutura que se deve conter em um HU comparecem cada vez mais com custos elevados, tornando os diversos mecanismos de

⁶⁸ Este autor ainda discorre: “Foi estimulado, ainda, um processo de centralização das estratégias sociais de forma articulada com o condicionamento econômico, entretanto, operacionalizado com bases em redes com a finalidade de disseminar essas mesmas estratégias, assim como incentivá-las em escala local de forma a fugir ao controle estrito dos Estados Nacionais. Além disso, a incorporação e ênfase em temas sociais (pobreza, educação, meio ambiente), ainda que subordinados à lógica econômica, garantia a performatividade necessária para o novo discurso” (FAÉ, 2009, p. 215).

financiamento/aprimoramento necessários e imprescindíveis. Em outros termos, políticas públicas eficientes e eficazes.

Os HUs, como outros hospitais públicos ou privados, são clientes de indústrias farmacêuticas transnacionais, o que nos leva à seguinte reflexão: investimentos em pesquisas e tecnologia nessa área poderiam baratear custos para as aquisições hospitalares e avançar internamente em ciência/tecnologia. Nessa visão de totalidade do Estado, há sinalização de que países subdesenvolvidos como o Brasil continuam a servir para o desenvolvimento alhures, ou seja, os dominantes nos enxergam como consumidores dos produtos/serviços de suas indústrias da área da saúde. Do mesmo modo, recomendam políticas vinculadas aos seus financiamentos e interesses.

O REHUF teve como justificativa para sua criação o fato dos hospitais estarem enfrentando problemas de financiamento e, por terem sido incumbidos como também responsáveis pela assistência à saúde, passaram, além do ensino e pesquisa, a realizar essa função. Para manter um hospital de ensino que presta assistência, precisa-se, portanto, de mais recursos. O que se indica pela lógica, quando se amplia seu papel, é que deveria ter-se aumentado o respectivo financiamento, mas, no decorrer da dissertação, percebemos que a introjeção orçamentária foi ocorrendo sazonalmente, até se chegar à criação do REHUF, como uma estratégia mais recente. Infere-se, assim, que, diante da intervenção do Estado, os HUs ficaram com o compromisso da assistência à saúde, inclusive, em nível de referência no âmbito do SUS.

Como em democracias delegativas, delegaram a esse programa a competência de criar condições materiais/institucionais para o desenvolvimento pleno dos HUFs, logo, a promessa de resolução da problemática da falta de recursos humanos não estava sendo resolvida pelo programa, e então a administradora — a EBSEH — começou a realizar recrutamento e seleção, lançando concursos celetistas para os HUFs. Nota-se que ela também foi criada como “única” solução para os problemas dos HUFs, sendo o caminho a ser seguido, conforme o discurso governamental produzido e difundido feito para pressionar e justificar sua criação.

Interessante é que não se buscou a realização de concursos sob o regime jurídico estatutário dos servidores civis, o governo não autorizava e induzia logo que se aderisse à EBSEH, posto ser a “solução” proposta. O Estado sinalizou, assim, distanciamento do pacto social ao apostar num modelo para a saúde racional e gerencial/administrativo como receita mágica para o sucesso. Por que não se preferiu

melhorar a carreira dos estatutários, prover os HUFs com esses trabalhadores e optou-se por um regime jurídico de direito privado?

No fundo, o governo enxergava que práticas da administração privada poderiam ser implementadas nos HUFs por intermédio da EBSEH e ratificava o discurso de ineficiência dos órgãos públicos com o corpo funcional de estatutários. E ainda demonstra o Estado tornando-se regulador e não provedor da saúde, utilizando-se da técnica de publicização dos serviços públicos, tal qual se coaduna com o movimento global promovido pela NGP. O discurso propagado era que o provimento via celetistas era mais célere e proporcionaria flexibilidade à gestão.

A EBSEH, no contexto do REHUF, saiu de um papel de coadjuvante para ser protagonista, gerindo os recursos, mesmo aqueles das universidades que não têm contrato. Foi através dela que ocorreu a descentralização para o hospital ainda sob a gestão de sua universidade de vinculação.

Mais que isso, com a chegada dessa empresa no campo da saúde pública, o Estado sinalizou a preferência por esses modelos de publicização, impulsionados pelos postulados da NGP. O cenário vigente em que se encontram os HUFs é de permeação de empregados públicos (EBSEH), servidores públicos (estatutários), fundacionais (funcionários contratos pelas fundações) e terceirizados (contratados pelo HU). Em meio a essa teia complexa, temos trabalhadores com vínculos, direitos e deveres assimétricos.

Há uma disputa entre eles, salários diferentes em profissões iguais, vínculos frágeis em comparação ao outro, ritos processuais diferenciados. Um processo administrativo disciplinar de servidor estatutário precisa ser conduzido por outro estatutário e tem última tramitação e grau de recurso junto à reitoria, enquanto pelo regime disciplinar da EBSEH isso não ocorre, e o grau de recurso seria na Superintendência do HU e junto à SEDE. Até dias de licença luto, gala, são diferentes.

Interessante, ainda, a título exemplificativo, no caso de determinados médicos, alguns possuem as duas vinculações (estatutário e EBSEH), já que fizeram os dois concursos, mas quando do usufruto de direitos e deveres serão surpreendidos pelas especificidades de cada regime jurídico.

Curioso que o dirigente do hospital se relaciona com a EBSEH no corpo de superintendente hospitalar — cargo comissionado da EBSEH — e com a universidade como diretor-geral. Ele metamorfoseia-se em duas figuras ao mesmo tempo. Sendo superintendente, representa diretamente os interesses da empresa e é mandatário

máximo do HU, nesse momento, ele tem um poder à parte; inclusive, conforme o rito processual da empresa, pode ser destituído de tal cargo diante de um processo instalado pela empresa, sem mesmo a interveniência da universidade.

Pela universidade, ele chefia o órgão suplementar universitário e é chefe, ou melhor, diretor-geral, sob o encargo da estrutura organizacional estatutária. Mas, ao mesmo tempo, a cada reitorado, ocorre indicação junto à EBSEH do superintendente desejado e, normalmente, atendendo os requisitos legais, logo o empossado indica seus gerentes, e a EBSEH, aceitando esta, tem-se a partir de então a governança hospitalar formada. Ou seja, a universidade possui poder sobre os HUs ao indicar a sua governança, o que evidencia ainda mais a mistura entre os regimes jurídicos.

Essa plêiade de categorias interfere substancialmente também nas relações de poder, seja no contexto dos HUs, assim como na universidade, de maneira mais geral, notadamente em períodos eleitorais.

Infere-se ainda que, ao contratar o funcionário público, o Estado sinaliza como quer o *modus operandi* de certo serviço público, dizendo que naquele momento está quase que o equiparando-o ao trabalhador da iniciativa privada, ou seja, se resistir muito, se reclamar pode demiti-lo, pois existe um exército de reservas à disposição. Esse mesmo recurso orçamentário poderia ser usado no provimento de estatutários e, levando-se em conta as posições críticas já elencadas nesta dissertação, a empresa compareceria mais sob o viés autoritário de gestão.

O Estado brasileiro, na onda de reformas; mais recentemente, implantou a reforma trabalhista e conseguiu aprovação da reforma previdenciária. Já promulgada pelas mesas do Congresso Nacional, está se propondo uma chamada reforma emergencial e uma PEC de reforma administrativa, colocando a conta da falta de emprego nas costas dos servidores, e não propondo ajustes nas instituições financeiras e taxaço das grandes fortunas.

O sinal é, portanto, de distanciamento da execução direta de serviços públicos consoante às descentralizações decorridas das publicizaçoes já efetuadas, bem como das privatizaçoes aprovadas e planejadas para ocorrerem. Agora, mais do que nunca, é necessário nos unir! Eleiçoes vêm e vão, é preciso um projeto de Estado, talvez assim direitos não serão tidos como “privilégios” por discursos nefastos que desprestigiam servidores/empregados públicos e não modificam a essência da problemática da desigualdade social e do capitalismo especulativo improdutivo.

Um viés, portanto, que pode ser apreendido é que o HU-UFGD, no bojo do REHUF, está utilizando, a partir desse direcionador, de práticas gerencialistas, como, por exemplo, a matriz GUT, ou seja, ele utiliza os parâmetros de gravidade, urgência e tendência para escalonar as prioridades nas aquisições de equipamentos de infraestrutura hospitalar, tramitados pela Engenharia Clínica do hospital. Ora, é preciso ter critérios nas compras, haja vista a necessidade de suprir as maiores demandas hospitalares e permanecer constantemente com equipamentos em perfeitas condições de funcionamento.

Nesse sentido, o movimento parte do constituir um aparato estrutural a serviço de uma tipologia de hospital produtivo e parece contribuir para reforçar tal lógica em detrimento da concepção de saúde integralista, em que o usuário seria visualizado e pensado, ou seja, a discussão em propiciar espaços humanizados ficaria secundarizada.

A racionalidade que o programa propõe fica mais vinculada a estar apto a produzir serviços objetivando o cumprimento de metas. Impregnado, portanto, de um cunho economicista, matemático. Se fizessem um levantamento junto aos HUFs buscando saber o que os usuários pensam que deve ser melhorado para que fossem mais completos e voltados à sociedade, poderia ser até por intermédio de interpelações ora remetidas às suas ouvidorias — a partir disso, tabulando as prioridades sugestionadas por estes e colocando-as na mesa na hora das reuniões do grupo condutor do REHUF de cada hospital, alguns aspectos relacionados à busca de mais humanização dentro dos hospitais poderiam ser materializados em ações que o REHUF executaria por seu financiamento. A participação do usuário deveria estar alocada inclusive dentro do Comitê Gestor do REHUF junto à EBSEH, posto que este órgão é o que aprova e avalia ações do REHUF.

Mesmo sob a gestão da EBSEH no HU-UFGD, tendo como base dezembro de 2018, a força de trabalho contratada (CLT) não alcançou a recomposição necessária nas atividades administrativas e nas assistenciais, com destaque para a necessidade percentual geral nesta última, com saldo negativo de 72 profissionais, ou seja, 10,1% do total de profissionais (CLT) necessários ao hospital.

Chegamos ao final desta dissertação com a sensação de dever cumprido e de ter trazido para o texto o que foi possível diante das documentações a que tivemos acesso durante a pesquisa. O período em que pesquisamos o HU-UFGD se associou ao mesmo em que esse hospital passou por diversas mudanças organizacionais, uma temporalidade tensa, em que houve troca de superintendente, momento em que o

superintendente ficou mantido no cargo pela EBSEH, todavia, perdeu o encargo de diretor-geral junto à UFGD; outrora, tal decisão foi revogada e, mais tarde, reapresentada em conjunto com a perda do cargo de superintendente. Ainda nesse *momentum* de transformações, ocorreu, pela primeira vez no HU-UFGD, a nomeação de um superintendente interino advindo da Enfermagem. Por último, em decorrência do momento da própria UFGD estar com uma reitoria *pro tempore*, foi posto, também no HU-UFGD, um superintendente *pro tempore*.

Partilhamos do pressuposto que nossa posição não é neutra nesse processo porque, ao pesquisar, sistematizamos esse processo do REHUF através das escalas que destacamos ao longo do texto. Atingimos o objetivo de identificação desse programa: entendê-lo pela categoria da totalidade, discorrer acerca de suas diretrizes, instrumentos e investimentos, enfim, abalzar sua materialização no HU-UFGD. Assim, nós contribuimos com algo que era desconhecido da maioria e, didaticamente, propiciaremos que leitores possam compreender como se estabelecem as políticas de gestão/práticas gerenciais — suas contradições, conflitos, tensões, clivagens, rupturas, fissuras (SOUZA, 2013) — especificamente destinadas aos HUFs, os quais, pela análise histórica, evidenciam papéis distintos desempenhados no âmbito da saúde.

A racionalidade, nos leva, em meio à crise vivenciada pelos hospitais, a apontar que o montante de custeio + investimento da ordem de R\$ 127.343.578,76 (cento e vinte e milhões, trezentos e quarenta e três mil, quinhentos e setenta e oito reais e setenta e seis centavos) empenhado com recursos recebidos do REHUF no interstício de 2010–2018 foi importante para o HU-UFGD estar conseguindo fornecer seus serviços de saúde. Mas, ao mesmo tempo, a humanidade e o compromisso social com o processo civilizatório nos fazem refletir que falta a participação do usuário no HU e no SUS, o qual precisa de mais voz e participação e reconhecimento e não ser mais um número ou indicativo contábil.

O REHUF é uma fonte de financiamento vultosa, mas é preciso uma equipe de servidores que tramitem a execução desse orçamento, com poucos funcionários se torna difícil a sua execução total. O ato administrativo público de empenhar, licitar, respeitar normativos é moroso, e a capacitação constante de servidores técnicos na execução é fundamental.

Nota-se que existem planos de diversas áreas do HU-UFGD, logo, observa-se que está ocorrendo controle/planejamento dessa ação neste nosocômio. A EBSEH, criada para resolver um dos gargalos do REHUF, ou seja, a questão de recursos

humanos, recompôs, no HU-UFGD, parcela significativa de trabalhadores, mas restam, ainda, mais de 10% a serem recompostos.

O principal embate que existe é no sentido de se buscar manter os HUs e o HU-UFGD 100% públicos, em meio à onda de ideias ultraliberais economicistas propagadas. Trabalhar para corrigir vícios que estão presentes tanto no regime jurídico estatutário e no celetista, para que os profissionais da saúde tenham melhores condições laborativas, com mais segurança, inclusive jurídica, minimizando tensões, também se constituem importantes ações para o SUS.

A gestão do HU-UFGD, como nos casos de outros hospitais que assinaram contrato com a EBSEH, é redefinida com a empresa em ação/operacionalização, porque o dirigente hospitalar fica sob o crivo da presidência da empresa, uma vez que esta define as direções a serem seguidas no HU. Todos os HUs que aderiram à EBSEH são subordinados à presidência e devem seguir os ditames pensados por essa SEDE, já que são filiais, para promoverem serviços de saúde, sempre agindo, desta feita, sob bases da empresa — como, por exemplo, o modelo da DAS – Diretoria de Atenção à Saúde.

As universidades descentralizam seus HUs ao aderirem à EBSEH, incumbindo-lhe a administração dos seus hospitais. A relação dos HUs passa a ser mais diretamente com a empresa, ficando com a universidade em secundarizada, e o superintendente do hospital torna-se, institucionalmente, o mais alto responsável por cumprir o ordenamento da empresa.

A instituição da EBSEH demarca a inserção de um mecanismo que regula o território. É este território regulado a característica principal das formas de publicização criadas, em que o direito privado se faz presente, misturado a um direito público (serviço público). Temos universidades públicas, com órgãos suplementares, administradas por uma empresa pública de direito privado — é este espaço híbrido o quadro atual que conforma os HUFs.

A complexidade é nítida diante dos funcionários públicos, ora regidos pelo regime jurídico de direito privado, outrora devem seguir os princípios da administração pública: moralidade, eficiência, legalidade, impessoalidade. Embora representantes do Estado, eles pactuam via CTPS um contrato de trabalho com cláusulas obrigatórias perante o empregador (EBSEH). O vínculo, embora celetista, é um que pode ser intitulado efetivo, já que não é um contrato temporário ou precário, cuja base normativa é o regimento da EBSEH, bem como a sua lei de criação. No caso dos estatutários, o

vínculo também é efetivo, a lei que impede este pacto entre empregador e empregado é a que serve para todos os que são regidos por ela (servidores), ou seja, a relação é de observância a ela, e não a um contrato pactuado entre duas partes. Todos os servidores públicos são regidos por um estatuto.

Dourados, pela sua condição histórica e geográfica de cidade-polo (Souza, 2003), atrai muitas pessoas da chamada região polarizada, concentrando serviços de saúde para atender à demanda. Ainda, destaca-se que a atração propicia agregar cada vez mais outros serviços de saúde, como no caso do HU-UFGD, em que, em anexo ao seu prédio, está se construindo outro hospital, a chamada Unidade da Mulher e da Criança – UMC, já com obras em fase avançada. Interessante que essa obra, em especial, é estratégica para funcionar como retaguarda do HU-UFGD e como ampliação de seus serviços, sem contar que pode propiciar empregos diretos/indiretos e movimentar a economia da cidade.

A interpelação que não pode faltar é no sentido de que se não seria o momento de buscar-se realizar uma regionalização diferente que não sobrecarregue as cidades-polo, ou seja, proporcionar que outras cidades que compõem as microrregiões e as macrorregiões, pelo menos, certa parcela, possam ofertar serviços de saúde mais especializados ao invés de simples atendimentos ambulatoriais.

Guimarães *et al.* (2014), com a obra *Geografia e Saúde - Sem Fronteiras*, nos leva a uma nova imaginação sobre a relação que pode ser possível entre esses campos lançados na intitulação que foi criada, logo, se a Geografia é sem fronteiras, como o título sugere, assim ocorre uma Geografia aplicada à Saúde, ou seja, a análise geográfica estaria analisando o espaço vivido, e esta ciência, como outras ciências, também estaria contribuindo com olhares múltiplos em torno de uma saúde coletiva.

Assim, os autores sugerem que principalmente o SUS, ao ser estudado, trouxe a necessidade de se articular diferentes conceitos geográficos, como, por exemplo, o território, a região e o lugar. O SUS, com foco na esfera municipal, constitui-se como modelo de gestão estratégica para significativa fração da sociedade. Todavia, tem-se um problema na implementação desse modelo, que é “a desinformação e a falta de conhecimento do território vivido por parte de quem governa” (GUIMARÃES *et al.*, 2014, p. 115).

Estudando essa temática, Dantas e Aranha (1999) acertadamente asseveram que se estabelece, gradativamente, uma diferenciação/distinção entre o território da norma e o território vivido/apropriado.

Ainda em um tom crítico, os autores discorrem que aumentar gastos com saúde *per capita* diretamente não teria relação imediata com melhoria da condição de saúde e com o déficit das iniquidades intraurbanas, indicando, nesse sentido, “a necessidade de estabelecer relações criativas entre a produção do espaço, as matrizes conceituais da política e as experiências práticas” (GUIMARÃES *et al.*, 2014, p. 115).

“A cidade não é simples condição objetiva de vida, ela supõe condições de direção, gestão, atividades sociais, políticas e religiosas, conforme as necessidades das pessoas concretas, que vivem em cada lugar” (GUIMARÃES *et al.*, 2014, p. 115-116). No sentido da promoção da saúde, experiências como as “Cidades Saudáveis e Sustentáveis” são tidas como alternativas (GUIMARÃES *et al.*, 2014).

Dada a importância de um problema, cria-se a possibilidade de efetuar a convocação de especialistas de várias áreas (pesquisadores), e, ao passo que estes se incorporam, não são mais aqueles “estritos representantes” de uma disciplina, dando surgimento a um campo transdisciplinar, uma espécie de nova especialidade, conformando um “estatuto epistemológico independente”. “Não há barreiras epistemológicas capazes de isolar um campo tão importante como o é o da Geografia da Saúde. Tampouco há fronteiras”, ou seja, a ciência acaba ampliando seus limites (GUIMARÃES *et al.*, 2014, p. 142).

Essa tendência contribui atualmente para o avanço da pesquisa aplicada. O momento não é de cérebros isolados que em tese pensariam por todos os demais. Guimarães *et al.* (2014) expõe o imperativo de agora: “pensemos todos”. O debate, assim, torna-se enriquecedor, estabelecendo a semente do vínculo e da associação criativa. “É a melhor maneira de crescer sem barreiras que frustrem as iniciativas: *uma geografia sem fronteira!*” (GUIMARÃES *et al.*, 2014, p. 142).

As desigualdades sociais fazem mal à saúde (BARATA, 2012), o território e as relações aparecem sob a forma de regulação (ANTAS JR., 2005). O espaço vivido, o uso do território, são elementos, portanto, que merecem a nossa interpretação para que, com olhar não enviesado, possamos compreender “o conjunto indissociável de ações e objetos”, a racionalidade que permeia a organização social/espacial e lutarmos por uma nova imaginação ou espacialidade, com menos *pajcha*.

Não ultrapassando muito o escopo do objeto dessa pesquisa, mas também não deixando de elencar fatores que possuem relação, precisamos explicitar que a questão orçamentária — a representatividade da UFGD e do HU para Dourados — é exponencial, ou seja, a UFGD atualmente tem um orçamento de R\$ 240.000.000,00

(duzentos e quarenta milhões de reais), equivale a praticamente $\frac{1}{4}$ do orçamento do município de Dourados, que hoje chega a R\$ 1 bilhão (LOA - UFGD, 2019). Além disso, o orçamento do HU, de R\$ 40.000.000,00 (quarenta milhões de reais), contempla Dourados com mais recursos (LOA – HU-UFGD, 2019; PDE do HU-UFGD 2018/2020, 2019).

A UFGD possui 41 graduações, tem 600 professores, sendo que 76% destes possuem doutorado — significando muito para a ciência e para o município, já que os formandos desses cursos contribuem/participam de alguma maneira no processo de desenvolvimento de Dourados. Ademais, são 1.000 técnicos administrativos e mais de 8.000 acadêmicos, além de outros mais de 1.000 funcionários/trabalhadores no HU-UFGD. (PROGRAD, 2018; PROGESP, 2018; CARTA DE SERVIÇOS AO USUÁRIO DO HU-UFGD, 2019).

Ademais, podemos asseverar que Dourados, a partir da UFGD e do HU, transformou-se qualitativamente em um centro médico de referência no contexto nacional.

O período contemporâneo é um em que é presente a racionalidade. Principalmente o discurso de eficiência e otimização dos recursos é empregado, mas há que se ressaltar que a métrica qualitativa não deve ser abandonada por uma tão somente quantitativa. Assim, os números precisam dialogar com a melhoria da qualidade de vida efetivamente das pessoas, ou seja, com o espaço vivido, é essa saúde que considera as condicionalidades de vida e não somente o aspecto biológico a que precisa de um maior/melhor olhar (BARATA, 2012).

Em outras palavras, é preciso mais humanização, respeitar os cidadãos é produzir saúde em contraponto ao modelo biomédico, porque a exclusão social faz muito mal à saúde. Precisamos falar que não queremos saúde como mercadoria e sim como direito (BARATA, 2012).

É nítido, conforme os dados apresentados na pesquisa, que os empregados públicos estão aumentando no HU-UFGD em detrimento dos servidores estatutários. Essa realidade impõe a necessidade de atenção a possíveis intencionalidades nesse *modus operandi* que prega práticas de administração privada/gerenciais, para que a saúde, como pacto social, direito, não seja prejudicada.

Ao analisarmos o Plano de Desenvolvimento Estratégico (PDE) 2018–2020 do HU-UFGD, publicado em 20 de novembro de 2019, no *site* do hospital, em sua aba Boletim de Serviços, de início, identificamos dois grupos condutores em sua elaboração

e, nesse sentido, infere-se como é difícil a manutenção de sujeitos no planejamento das ações, provocando descontinuidades, ou seja, determinadas pessoas participam desse processo somente no início e outras somente na fase final — assim, sugere rupturas que podem comprometer a condução dessa política. Por seu turno, se ele é referente ao interstício 2018–2020, teria de ter sido elaborado em 2017, para repercutir nos anos subsequentes, sob pena de ser apenas mais um rito burocrático formal.

De sorte, é um documento importante que necessita de um olhar, porque nele há salutar diagnóstico sobre o hospital, de modo que propõe intervenções em pontos críticos considerados. O texto do PDE “ratifica o compromisso da gestão do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados, com a manutenção cíclica e contínua do planejamento estratégico da instituição”, portanto constitui-se em um guia que deverá ser outrora cobrado caso esteja se desvirtuando do planejado e escrito (PDE HU-UFGD, 2019).

Interessante observar que o PDE 2018–2020 contempla os pontos que “o hospital necessitará reunir esforços para superar”. O documento reforça que “os desafios expostos serão trabalhados democraticamente, impulsionando a gestão colegiada e compartilhada” (PDE HU-UFGD, 2019). É, portanto, preciso acompanhar se esse discurso repercutirá em práticas reais ou ficará apenas documentado como baliza direcionadora.

Constatamos que são 3 (três) os macroproblemas que foram definidos pelo hospital, que especificamente se desdobraram em 18 (dezoito) descritores e 30 (trinta) nós críticos. Estes últimos representam os principais elementos que subsidiaram a construção dos Planos de Ações respectivos, objetivando mitigação dos eventos tidos como riscos institucionais. Presume-se, portanto, que, resolvendo estes nós críticos e/ou sua maioria, o PDE contribuirá para formar “um hospital competente, solidário e qualificado, que contribua em diversos níveis, a exemplo de fortalecimento dos relacionamentos interpessoal, interdisciplinar e multiprofissional” (PDE HU-UFGD, 2019).

Fato é que, com o PDE, tem-se um planejamento de gestão hospitalar, a intenção do mesmo é ousada, se conseguirá os efeitos objetivados, somente uma avaliação pós-2020 poderá mensurar e replanejar outras intervenções necessárias conforme o hospital se encontre. Considerando esse diagnóstico que o PDE faz e o que ele vislumbra como necessidade, as ações projetadas precisarão de recursos financeiros, e é nessa seara que o REHUF deve estar associado, ou seja, possibilitando estruturar o

hospital para avançar conforme o planejado. É forçoso não perder essa relação e não deixar de produzir sintonia entre eles.

Ainda, podemos considerar que o REHUF é um programa destinado a estruturar os HUs nas áreas, principalmente, de tecnologia, aporte de pessoal e infraestrutura, enfim, visando criar condições para que estes hospitais desempenhem “plenamente” suas funções e que, por serem hospitais-escola, logo se diferenciam dos demais.

O programa reveste-se, portanto, de salutar importância para os HUs, o que nos impõe buscar que ele se relacione com o projeto social de saúde — com o SUS —, doravante com os princípios e referenciais dessa política pública. Uma melhor e maior articulação com esses postulados e pressupostos poderá gerar uma gestão menos economicista e mais solidária, revitalizando os hospitais para atender ao que os usuários indicam que é necessário reestruturar, concernentes aos seus modos de vida, etnias, particularidades/singularidades, para se criar alicerces rumo a uma sociedade saudável, porque saúde é mais que o diagnóstico biológico de doença advinda de um modelo biomédico, ela tem a ver com a produção espacial/social!

Da análise do PDE do HU 2018–2020, é possível depreender que foi construído detalhadamente, ou seja, tal fato é necessário ser destacado, e, além disso, que várias ferramentas de administração/gestão foram aplicadas no contexto da realidade do hospital.

Não querendo extrapolar muito os limites de nossa pesquisa, destacamos algumas percepções que julgamos interessantes e que se coadunam direta ou indiretamente com o REHUF. O próprio PDE 2018–2020 baseou-se na utilização de uma metodologia administrativa, isto é, fez o uso de *braistorming*, *ferramenta 5W2H*, *análise de SWOT*, *plano de ação*, *árvore explicativa de problemas*, *missão*, *visão*, *valores*, *nós críticos*, não que isso seja *a priori* bom ou ruim, mas que se constata a utilização de ferramentas da administração privada na gestão da *res publica*.

Nota-se que, por exemplo, pela matriz de *SWOT* (pontos fortes, pontos fracos, oportunidades, ameaças), que foi possível dimensionar o *status quo* do hospital, e voltar a atenção para os problemas considerados maiores que necessitam que seja feita gestão de processos, gestão de riscos, através de intervenções planejadas. A Figura 37, subsequente, aponta o que o PDE sistematizou nesse sentido, dimensionando valores sobre as variáveis ambiente externo e interno:

Figura 37 - Detalhamento da matriz SWOT identificada no HU-UFGD

Quadro 25: Mapeamento SWOT

Ponto Forte 1	Ser filial da Ebserh
Ponto Forte 2	100% SUS
Ponto Forte 3	Reconhecimento da instituição perante a comunidade
Ponto Forte 4	Alto índice de satisfação do usuário
Ponto Forte 5	Especialidades multiprofissionais disponibilizadas para a rede
Ponto Forte 6	Capacidade de adaptação/Instituição nova
Ponto Forte 7	Qualidade da assistência
Ponto Forte 8	Capital humano qualificado
Ponto Forte 9	Infraestrutura em processo de melhoria
Ponto Forte 10	Aumento contínuo da produtividade e registro
Ponto Forte 11	Referência macrorregional
Ponto Forte 12	Espaço disponível para ampliação
Ponto Forte 13	Referência no atendimento ao público indígena
Ponto Forte 14	Existência de sistemas informatizados de gestão
Ponto Forte 15	Melhoria no processo de aquisição de suprimentos
Ponto Forte 16	Comissões hospitalares instituídas
Ponto Forte 17	Implantação do laboratório de Telessaúde
Ponto Forte 18	Possibilidade de inserção de acadêmicos nas comissões do HU
Ponto Fraco 1	Gestão da clínica incipiente
Ponto Fraco 2	Falta de integração do ensino, pesquisa e assistência
Ponto Fraco 3	Parque tecnológico defasado
Ponto Fraco 4	Comunicação interna inadequada
Ponto Fraco 5	Suporte ineficiente de sistemas informatizados de gestão
Ponto Fraco 6	Déficit de infraestrutura e tecnologia

(Continua na próxima página.)

(continuação)

Ponto Fraco 7	Alto índice de absenteísmo e rotatividade de colaboradores
Ponto Fraco 8	Aprimoramento da Educação Permanente
Ponto Fraco 9	Excesso de burocracia
Ponto Fraco 10	Falta de comunicação visual
Ponto Fraco 11	Excesso de soluções paliativas
Ponto Fraco 12	Ausência de mapeamento dos processos de trabalho
Ponto Fraco 13	Falta de resolução dos pontos de alerta identificados nos relatórios de gestão e órgãos de controle
Ponto Fraco 14	Falta de capacitação adequada dos profissionais por ausência de orçamento
Ponto Fraco 15	Baixa motivação e envolvimento dos colaboradores
Ponto Fraco 16	Falta e não adesão às normas, protocolos, evidências e rotinas
Ponto Fraco 17	Ausência de pleno funcionamento das comissões obrigatórias
Ponto Fraco 18	Indefinição das políticas internas de humanização
Ponto Fraco 19	Ausência de institucionalização do AGHU
Ponto Fraco 20	Ausência de prontuário único
Ponto Fraco 21	Não uniformização das informações obrigatórias do prontuário
Ponto Fraco 22	Deficiência na aplicação de medidas disciplinares
Ponto Fraco 23	Ausência de cultura organizacional baseada em metas, resultados, gestão de riscos e controle interno.
Ponto Fraco 24	Falta de subsídio para ações de inovação tecnológica
Ponto Fraco 25	Falta de subsídio para ações de avaliação em tecnologia em saúde
Ponto Fraco 26	Rastreabilidade incipiente dos insumos
Ponto Fraco 27	Padronização incipiente dos materiais
Ponto Fraco 28	Ausência de estimativa, discussão e formalização do impacto orçamentário nas ações hospitalares
Ponto Fraco 29	Controle interno e gestão de riscos incipientes
Ponto Fraco 30	Envolvimento organizacional no planejamento estratégico
Oportunidade 1	Ampliação contínua do ensino público/privado superior e técnico
Oportunidade 2	Credenciamento como hospital de ensino
Oportunidade 3	Potencial para novas habilitações
Oportunidade 4	Alinhamento com os órgãos de controle
Oportunidade 5	Inserção efetiva nas redes de atenção à saúde
Oportunidade 6	Ampliação dos programas de pós-graduação
Oportunidade 7	Possibilidade de troca de insumos com a rede e hospitais parceiros

(Continua na próxima página.)

(continuação)

Ameaça 1	Contigenciamento a longo prazo de recursos federais
Ameaça 2	Parâmetros de municipalização e regionalização
Ameaça 3	Judicialização da saúde
Ameaça 4	Rede desarticulada com baixa inserção
Ameaça 5	Contratualização inadequada
Ameaça 6	Falta de qualidade, compromisso e ausência de fornecedores de materiais e serviços
Ameaça 7	Legislação inadequada ao ambiente hospitalar
Ameaça 8	Greves
Ameaça 9	Interesses políticos
Ameaça 10	Políticas de financiamento
Ameaça 11	Quadro de pessoal insuficiente
Ameaça 12	Localização geográfica não atrativa para profissionais
Ameaça 13	Dificuldade de integração com a FCS
Ameaça 14	Ausência de interoperabilidade em sistemas de informação da esfera federal

Fonte: PDE HU-UFGD (2018–2020) 2019.

Por seu turno, a chamada análise de mapeamento *TOWS* traz o quantitativo de todos os pontos detalhados na matriz *SWOT* em graus de valores, conforme a Figura 38, a seguir. Nela, os maiores valores apresentados representam pontos em que se torna necessária a atenção de riscos para a instituição e, conseqüentemente, torna importante a inserção de planos de ações respectivos para mitigar esses cenários.

Figura 38 - *TOWS* do HU-UFGD

Quadro 26: Mapeamento *TOWS*

Total Pontos Fortes X Oportunidades	738
Total Pontos Fortes X Ameaças	1602
Total Pontos Fracos X Oportunidades	1321
Total Pontos Fracos X Ameaças	2852

Fonte: PDE HU-UFGD (2018–2020), 2019.

O REHUF trouxe, no seu bojo, o argumento de um programa necessário para melhorar a infraestrutura do hospital e de sua tecnologia também, porém, no PDE (2018–2020) do HU-UFGD é mostrado que, conforme os 3 (três) macroproblemas — 1) necessidade de institucionalização e cultura de gestão; 2) insuficiência de infraestrutura e tecnologia; e 3) gestão da clínica incipiente —, que os objetivos do REHUF ainda não foram alcançados.

E, ademais, o REHUF veio para contribuir com a gestão do hospital, mas fica explícito que a gestão precisa ser institucionalizada culturalmente, logo, precisa de uma educação permanente nesse aspecto e não somente em documentos oficiais; infraestrutura e tecnologia como carros chefes do REHUF ainda permeiam no hospital como um macroproblema e, portanto, precisam de avanços. A clínica é apontada como tendo uma gestão incipiente, ou seja, para o REHUF funcionar plenamente como sugestionado em seu bojo é preciso que o hospital administre seus principais gargalos, ou *GAPS* (numa linguagem mais técnica).

Esse Plano Diretor, portanto, avalia a situação atual (planejamento estratégico situacional) e propõe planos de ações para minimizar riscos. Esse modelo de gestão é interessante porque não esconde as problemáticas principais identificadas no hospital e indica caminhos para a melhoria contínua. Entretanto, é importante pontuar que os planos de ações devem ser revistos constantemente porque muitas vezes o que foi pensado e redigido não condiz com a prática vivida na realidade do espaço hospitalar.

Por todo o exposto sobre o REHUF no HU-UFGD nesta pesquisa, é salutar enfatizar que é necessário, diante dos objetivos do programa, sempre tentar convergi-lo com o que foi planejado pelo PDE do hospital, assim as chances de obtenção de resultados exitosos são maiores, as ações não podem ser descompassadas, desarticuladas.

Chegamos ao término deste trabalho com a sensação de ter trazido para o debate a construção de um estudo que atingiu o objetivo de ir além dos discursos midiáticos, ou seja, aquelas famosas manchetes mencionando que, em época determinada, os HUs receberam certa quantia de recursos financeiros e que aquilo era advindo do Programa REHUF, e que este era o responsável por reestruturar os HUFs, expressando um tom discursivo que não explicava muito.

Assim, nossa pesquisa conseguiu trazer uma periodização no trato sobre os HUFs sob o prisma das estratégias de financiamento e de aproximação junto ao sistema de saúde — SUS —, coadunando isso com o cenário mundial de reformas do Estado,

sem deixar de abordar a inserção dos HUFs sendo responsáveis por uma função a mais que lhes foi atribuída: a assistência. Trouxemos para a análise dados produzidos pelos diversos setores do HU-UFGD que tramitam a ação REHUF e procuramos apontar a importância de entendê-lo e relacioná-lo dialeticamente com a dinâmica territorial e de funcionamento do HU. Enfim, ficamos contentes com o que produzimos!

O trabalho possui limites como qualquer outra pesquisa, mas procuramos desvelar uma temática até então pouco conhecida localmente. A pesquisa trouxe à tona a existência de um espaço híbrido, de regulação híbrida, da disputa de classes e interesses em torno da promoção da saúde. Nesse sentido, o trabalho propõe, essencialmente, que a luta por uma saúde de qualidade, 100% gratuita, continue.

Às vezes, vemos uma matriz OCC⁶⁹ racional idêntica para vários cursos, ou seja, carente de humanidade; um olhar diferente para indígenas, por exemplo, condizente com suas peculiaridades; é preciso tratar os desiguais de outra forma. Políticas públicas que respeitem o território vivido, quem vive nele (como o SIS-Fronteira), podem ter resultados melhores do que simplesmente dados quantitativos, não condizentes com a realidade.

Conforme todas as portarias, leis, decretos, regulamentações que perpassaram neste texto, percebemos a existência de um território da norma — do Direito —, o que traz a reflexão de que se torna imperioso que haja maior convergência com o território não-formal (o lugar onde as pessoas vivem, reproduzem seus modos de vida) - o espaço geográfico/território não-formal do Direito (ANTAS JR., 2005). Assim, as chances de se produzir mais *humanidades* são maiores, porque normatizações que não respeitam o vivido tendem a perpetuar processos de dominação do sistema capitalista.

⁶⁹ Matriz OCC: matriz de orçamento de custeio e capital/investimento destinada a efetuar repasses financeiros às universidades federais de acordo com o desempenho nas suas produções acadêmicas, conforme cada curso.

REFERÊNCIAS

ALVES, G. “Nova ofensiva do capital, crise do sindicalismo e as perspectivas do trabalho – o Brasil nos anos noventa”. In: TEIXEIRA, F. J. S. e OLIVEIRA, M. A. (Orgs.). **Neoliberalismo e reestruturação produtiva**. São Paulo: Cortez; Fortaleza: UECE, 1996, p. 109-162.

ANDES-SN. **Dossiê Nacional – Precarização do trabalho docente II (Na defesa da educação pública de qualidade)**. Publicação Especial do Andes-SN, nº 3, Andes, Brasília: Novembro, 2013.

ANTAS JR, R. M. **Território e regulação: espaço geográfico, fonte material e não-formal do direito**. São Paulo, Associação Editorial Humanitas: Fapesp, 2005, 248 p.

ARAÚJO, K. M.; LETA, J. **Os hospitais universitários federais e suas missões institucionais no passado e no presente**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, out.- dez. 2014, p. 1261-1281.

AZEVEDO, J. M. R. **A contratualização no âmbito da gestão do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás: análise do período de 2001 a 2013**. 268f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Goiás. Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Goiânia, 2017.

BANCO MUNDIAL. **Governança no Sistema único de Saúde (SUS) do Brasil: Melhorando a Qualidade do Gasto Público e Gestão de Recursos**. February. 2007. Disponível em <<http://siteresources.worldbank.org/BRAZILINPOREXTN/RESOURCES/3817166-1185895645304/4044168-1186326902607/19GovernancaSUSport.pdf>> Acesso em: 12 de jan. 2018.

BANCO MUNDIAL. **Por um ajuste justo com crescimento compartilhado - Uma agenda de reformas para o Brasil**. Disponível em: <<http://pubdocs.worldbank.org/en/156721534876313863/Sum%C3%A1rio-Notas-de-Pol%C3%ADtica-P%C3%BAblica.pdf>> Acesso em: 15 de jan. 2020.

BAPTISTA, T. W. F. **História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde**. In: Matta, Gustavo Correa; Pontes, Ana Lucia de Moura (Org.). Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, v. 3, Rio de Janeiro, 2007.

BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde [online]**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. Temas em Saúde collection. 120p.

BARBOSA NETO, F. **Diretrizes Curriculares, Certificação e Contratualização de Hospitais de Ensino: O Caminho se faz ao andar?** Rio de Janeiro: *Cadernos ABEM*, v. 4, Out, 2008.

BRAGA NETO, F. C.; BARBOSA, P. R.; SANTOS, I. S. **Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências**. In: Giovanella, Lídia (Org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz. p. 665-704, 2008.

BRAGA NETO, F. C.; BARBOSA, P. R.; SANTOS, I. S.; OLIVEIRA, C. M. F. **Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências**. In: Giovanella L. *et al.* [org.] Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2a. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

BARROS, R. T. **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: uma análise sobre sua gestão no contexto institucional do Hospital das Clínicas da UFPE**. 2014. 157f. Dissertação (Mestrado profissional em Gestão Pública). Programa de Mestrado profissional em Gestão Pública para o Desenvolvimento do Nordeste. Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, Recife, PE, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **História e evolução dos hospitais**. Rio de Janeiro, 1944, Reedição de 1965. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_08.pdf> Acesso em: 10 de ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde. Saúde e qualidade de vida. Políticas de Estado e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. (Relatório Final). Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios.htm>>. Acesso em: 10 de ago. 2019.

BRASIL (a). **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL (b). **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

BRASIL (c). Presidência da República. Casa Civil. **Lei 8.112, de 11 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18112cons.htm> Acesso em: 20 de nov. 2017.

BRASIL (d). Casa Civil. **Subchefia para Assuntos Jurídicos**. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 20 de nov. 2017.

BRASIL. **Portaria nº. 357, de 04 de março de 1991**. Estabelece conceituações para Hospital de Ensino.

BRASIL, Presidência da República (F.H. Cardoso), 1995. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília: Presidência da República, Câmara da Reforma do Estado. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Disponível em: <<http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/PlanoDiretor/planodiretor.pdf>> Acesso em: 30 de dez. 2019.

BRASIL. Presidência da República. **Câmara da Reforma do Estado. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília, 1995.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acesso em: 29 de jun. 2017.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 2019. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 23 de dez. 2019.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº. 1000, de 15 de abril de 2004.** Certifica como Hospital de Ensino as Instituições Hospitalares que servirem 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 conveniados com Instituições de Ensino Superior.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 1006, de 27 de maio de 2004.** Cria o Programa de reestruturação dos hospitais de ensino do MEC.

BRASIL. **Portaria nº. 1.702, de 17 de agosto de 2004.** Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Acórdão nº 1.520/2006.** Plenário. Relator: Marcos Vinicius Vilaça. Sessão de 23/8/2006. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 ago. 2006. Disponível em <https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/#/documento/acordao-completo/*/KEY%253AACORDAO-COMPLETO-34251/DTRELEVANCIA%2520desc/0/sinonimos%253Dfalse> Acesso em: 27 de jul. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios.** Brasília: CONASS, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta complexidade no SUS – Coleção Progesteres – Para entender a gestão do SUS**, vol. 9, Brasília: CONASS, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/collec_progesteres_livro9.pdf> Acesso em: 12 de fev. 2020.

BRASIL(a). **Portaria Interministerial nº. 40, de 08 de janeiro de 2010.** Institui Comissão Interinstitucional com o objetivo de avaliar e diagnosticar a atual situação dos Hospitais Universitários e de Ensino no Brasil, visando reorientar e/ou formular a política nacional para o setor. Diário Oficial da União, Brasília, 2010.

BRASIL(b). **Portaria Interministerial nº. 41, de 08 de janeiro de 2010.** Designar os membros da Comissão Interinstitucional. Diário Oficial da União, Brasília, 2010.

BRASIL(c). **Decreto nº. 7.082, de 27 de janeiro de 2010.** Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais - REHUF, dispõe sobre o financiamento compartilhado dos Hospitais Universitários Federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais. Diário Oficial da União, Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20072010/2010/decreto/d7082.htm> Acesso em: 20 de nov. 2017.

BRASIL(d). **Portaria Interministerial nº. 883, de 05 de julho de 2010.** Regulamenta o Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010, que institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais - REHUF, dispõe sobre o financiamento compartilhado dos Hospitais Universitários Federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais. Diário Oficial da União, Brasília, 2010. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/15796/65717/portaria_rehuf.pdf/43686833-d346-489d-ab13-4a3a6b9cd075> Acesso em: 20 de nov. 2017.

BRASIL(e). **Medida Provisória nº. 520, de 31 de dezembro de 2010.** Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

S.A. - EBSEERH e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 2010. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=490386>> Acesso em: 20 de nov. 2017

BRASIL(f). Subchefia de Assuntos parlamentares. Exposição de Motivos. **EM Interministerial nº. 383, de 23 de dezembro de 2010 / MP/MEC**. Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/Exm/EMI-383-MP-MEC-MPV-520-10.htm> Acesso em: 12 de jan. 2018.

BRASIL(a). Subchefia de Assuntos parlamentares. **Exposição de Motivos. EM Interministerial nº. 127, de 20 de junho de 2011 / MP/MEC**. Lex: coletânea de projetos: edição federal. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Projetos/ExpMotiv/EMI/2011/127-MP%20MEC.htm> Acesso em: 12 de jan. 2018.

BRASIL(b). Tribunal de Contas da União. **ACÓRDÃO 261/2011**. Disponível em: <http://www.tcu.gov.br/Consultas/Juris/Docs/judoc/Acord/20111007/AC_2681_42_11_P.doc> Acesso em: 12 de abr. 2018.

BRASIL(c). Congresso Nacional. **Projeto de Lei nº 1749/2011**. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. - EBSEERH e dá outras providências, Brasília 2011. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=511029>>. Acesso em: 12 de abr. 2018.

BRASIL(d). Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Lei 12.550, de 15 de dezembro de 2011**. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEERH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm> Acesso em 12 de abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Política de reestruturação dos hospitais de ensino e filantrópicos no Brasil no período de 2003-2010: uma análise do processo de implantação da contratualização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012

BRASIL, **Portaria 442, de 25 de abril de 2012** – Delega à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEERH o exercício de algumas competências descritas no Decreto nº 7.690, de 02 de março de 2012, bem como no Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010. Disponível em: <<http://www.andifes.org.br/mec-portaria-442-competencias-da-ebserh/>> Acesso em: 12 de abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 14ª Conferência Nacional de Saúde**. Todos usam o SUS; SUS na Seguridade Social; Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro, Série C. Projetos, Programas e Relatórios: Brasília – DF, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/Relatorio_final.pdf> Acesso em: 17 de fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde, **Portaria GM/MS nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013**. Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt3410_30_12_2013.html> Acesso em: 10 de out. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde, **Portaria GM/MS nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html>. Acesso em: out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório de Gestão – Exercício 2017**, março de 2018. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/abril/16/RELATORIO-DE-GESTAO-2017--COMPLETO-PARA-MS.pdf>> Acesso em: 22 de jul. 2019.

BRASIL. (Minuta) **Projeto de Lei que visa instituir o Programa Institutos e Universidades Empreendedoras e Inovadoras – FUTURE-SE**. 2019 Disponível em: <<https://www.adufabc.org.br/future-se-conheca-a-minuta-do-projeto-de-lei-que-o-mec-nao-divulgou/>> Acesso em: 14 de dez. 2019.

BRIZOLA, J. B.; GIL, C. R. R.; JUNIOR, L. C. **Gestão hospitalar**: análise de desempenho de um hospital universitário e de ensino antes e após a contratualização com o Sistema Único de Saúde. *Revista de Administração em Saúde*, v. 13, n. 50, p. 7-22, 2011.

CARDIAL, A. M. D. **Novas determinações do capital na saúde brasileira: a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares em questão**. 2013. 177f. Dissertação. (Mestrado em Serviço Social. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2013.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. In: **Estudos Avançados**. São Paulo: USP, (27), 78, 2013, p. 7-24.

CASARA, R. **Estado pós-democrático. Neo-obscurantismo e gestão dos indesejáveis**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018.

CASTELAR, R. M. *O hospital no Brasil*. In: GRABOIS, V, CASTELAR, R e MORDELET, P. **Gestão Hospitalar – Um desafio para o hospital brasileiro**. Rio de Janeiro, ENSP – 1995.

CATÃO, R.C.; REOLON, C.A. e MIYAZAKI, V.K. “Interações espaciais: uma reflexão temática” In: **CAMINHOS DE GEOGRAFIA** - revista on-line. Uberlândia v. 11, n. 35 Set/2010 p. 231 – 239. Disponível em: <<http://www.ig.ufu.br/revista/caminhos.html>>. Acesso em: 11 de fev. 2018.

CHEPTULIN, A. **A Dialética Materialista – Categorias e Leis da Dialética**. São Paulo: Alfa Ômega, 1982. Disponível em: <<http://observatoriogeograficoamericalatina.org.mx/egal8/Geografiasocioeconomica/Geografiaagricola/08.pdf>> Acesso em: 11 de fev. 2018.

CHIAVENATO, I. **Administração Geral e Pública: provas e concursos**. 4. Ed. Barueri, São Paulo: Manole, 2016.

CHIORO DOS REIS, A. A; CECILIO, L. C. O. **A política de reestruturação dos hospitais de ensino: notas preliminares sobre os seus impactos na micropolítica da organização hospitalar**. *Saúde em debate* 2009; 33:88-97.

CLEMENTE, B. T. **Cronologia dos Hospitais Universitários Federais do MEC**. Brasília, [S.l]:1998.

COELHO, I. B. *Os Hospitais no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2016

CORIOLOANO, L. N., e SAMPAIO, C. A. C. **Discursos e concepções teóricas do desenvolvimento e perspectivas do turismo como indução**. In BRASILEIRO, M. D. S., MEDINA, J. C. C., e CORIOLOANO, L. N., orgs. *Turismo, cultura e desenvolvimento* [online]. Campina Grande: EDUEPB, 2012. p. 49-73.

CORRÊA, R. L. **“Processos, formas e interações espaciais”** In: Revista Brasileira de Geografia. v. 61, n. 1, jan./jun. 2016, p. 127-134.

CORREIA, A. D. M. S. *et al.* (Org.). **Políticas Públicas de Saúde e Processo de Trabalho em Saúde da Família**. Campo Grande, MS: Ed. UFMS: Fiocruz Unidade Cerrado Pantanal, 2010. 190 p. v. 2, unidade 1, módulo 3, p. 24-100, módulo 4, p. 104-190. (Curso de Pós-graduação em Atenção Básica em Saúde da Família. v. 2).

COSTA, Mônica. A.; MOTA, Joaquim A.C.; FIGUEIREDO, Ricardo C.P. Hospital das Clínicas da UFMG: da origem como hospital de ensino à inserção no sistema único de saúde. Revista Médica de Minas Gerais, v. 18, n. 3, p. 212-219, 2008.

COSTA, E. M. da: Da ação em saúde à ação para a saúde; p. 71-93 In: **Geografia da Saúde: ambientes e sujeitos sociais no mundo globalizado** / Organização de José Aldemir de Oliveira e Geraldo Alves de Souza – Manaus: EDUA, 2016.

DANTAS, Danilo. S. **O Programa Mais Médicos: análise do processo de implementação, desdobramentos e perspectivas em Mato Grosso do Sul**. 2018. 263f. Tese (Doutorado em Geografia) – Faculdade de Ciências Humanas – Dourados/MS: UFGD, 2018.

DARDOT, P. e LAVAL, C. **“Neoliberalismo e subjetivação capitalista”** In: Revista O Olho da História. nº 22, abril de 2016, SP. Artigo publicado em *Revue Cités*, nº 41, 2010. Tradução de **Eleutério F. S. Prado**.

DELEUZE, Gillés; GUATTARI, Félix. O liso e o estriado. In: _____. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Vol. 5. São Paulo, ed. 34, 1997, p. 179-214.

DOURADOS. **Tetila relembra história e destaca grandiosidade da UFGD**. Prefeitura Municipal de Dourados. Matéria digital publicada em: 17/10/2008, as 11:42 Horas. Disponível em: <http://www.dourados.ms.gov.br/index.php/tetila-relembra-historia-e-destaca-grandiosidade-da-ufgd/> Acesso em: 14 de fev. 2020.

DOWBOR, L. **A Era do capital improdutivo**. São Paulo: Outras Palavras & Autonomia Literária, 2017.

DIAS, L.C. “Os sentidos da rede: notas para discussão”. In: DIAS, L.C. e SILVEIRA, R.L.L. **Redes, sociedades e territórios**. 2.ed. Santa Cruz do Sul (SC): Edunisc, 2007.

DUSSAULT, G. **A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências**. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, 26 (2):8-19, abr./jun. 1992.

EIGEDIN – **Encontro Internacional de Gestão, Desenvolvimento e Inovação**. Naviraí, MS; UFMS, 2019.

EIGEDIN – Anais (resumo) **Encontro Internacional de Gestão, Desenvolvimento e Inovação**. Naviraí, MS; UFMS, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufms.br/index.php/EIGEDIN> Acesso em: 04 de nov. 2019.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). **Estrutura organizacional dos hospitais sob gestão da EBSE****RH: diretrizes técnicas**. Versão 1.0, MEC-EBSE**RH**: março de 2013. Disponível em: <[http://www2.ebserh.gov.br/documents/222346/866032/EBSE**RH**_Estrutura+Organizacional+d os+HUs+sob+gest%C3%A3o+da+EBSE**RH**.pdf/f31541d2-a849-4ab9-a2b7-9de9e01d1acb](http://www2.ebserh.gov.br/documents/222346/866032/EBSERH_Estrutura+Organizacional+d os+HUs+sob+gest%C3%A3o+da+EBSERH.pdf/f31541d2-a849-4ab9-a2b7-9de9e01d1acb)> Acesso em: 21 de jul. 2019.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇO HOSPITALARES (EBSE**RH**). **Contrato de adesão da UFGD à gestão da EBSE****RH**. 2013. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/101632/contrato_hu_ufgd.pdf/e2509eaa-5d00-405f-860b-94e18a9a60f5> Acesso em: 12 de out. 2017.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSE**RH**). **HU-UFGD: Nossa história**. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/hu-ufgd/nossa-historia>> Acesso em: 11 de fev. 2018.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSE**RH**). **Regimento interno da EBSE****RH**. EBSE**RH**. 3ª revisão. Aprovado na 49ª Reunião do Conselho de Administração, realizada no dia 10 maio de 2016. Disponível em: <<http://www2.ebserh.gov.br/documents/15796/112576/Regimento+Interno+Aprovado+CA+12052016.pdf/fda5583a-4f34-44ed-b75b-ea96c1332b4b>> Acesso em: 21 de jul. 2019.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSE**RH**). **Relatório de Gestão do Exercício de 2017**. Brasília, EBSE**RH**-MEC, 2018. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/sites/default/files/processo-contas/2018-12/Relat%C3%B3rio_TCU_2017_publicado.pdf> Acesso em: 30 de jun. 2018.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSE**RH**). **Aba acesso à Informação. Perguntas Frequentes**. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/acesso-a-informacao/perguntas-frequentes>> Acesso em: 21 de jul. 2019.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSE**RH**). **Carta de Serviços ao Usuário do Hospital Universitário da UFGD**, 2018. Disponível em: <<http://www2.ebserh.gov.br/documents/16692/4104182/Anexo+Resolu%C3%A7%C3%A3o+054+-+Carta+de+Servi%C3%A7os.pdf/8806d02f-4e77-4d9c-9e44-1d2290f127ca>> Acesso em: 30 de dez. 2019.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSE**RH**). *(Site do HU-UFGD)*. **Portaria nº 259, de 27 de agosto de 2018**. Institui o Comitê de Gestão dos recursos do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF) do HU-UFGD, com o objetivo de apoiar a Superintendência na tomada de decisão para a aplicação dos recursos do programa REHUF no âmbito do HU-UFGD. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/16692/2742028/Boletim_157_27_08_2018.pdf/5f2a2ab7-a910-4458-a77b-940af513b0a2> Acesso em: 21 de jul. 2019.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSE**RH**). **Plano de cargos e funções gratificadas. Remuneração Presidente e Diretores. Honorários conselheiros**. MEC-EBSE**RH**: Brasília, junho de 2018. Disponível em: <[http://www2.ebserh.gov.br/documents/14003/3375554/Plano_de_CC_e_FG_Presidente_Diretores_Conselheiros_EBSE**RH**_2018_2019.pdf/08b452c1-3440-4a13-93ce-d47e7732702e](http://www2.ebserh.gov.br/documents/14003/3375554/Plano_de_CC_e_FG_Presidente_Diretores_Conselheiros_EBSERH_2018_2019.pdf/08b452c1-3440-4a13-93ce-d47e7732702e)> Acesso em: 21 de jul. 2019.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSE**RH**). **Plano Diretor Estratégico 2018/2020 do HU-UFGD**, 2019. Disponível em:

<<http://www2.ebserh.gov.br/documents/16692/4671836/Anexo+resolu%C3%A7%C3%A3o+87+PDE.pdf/46a310ec-a665-41a2-975e-8b6b3c73341d>> Acesso em: 30 de dez. 2019.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). **Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitárias (AGHU)**. MEC-EBSERH. Disponível em: <<http://www2.ebserh.gov.br/web/aghu>> Acesso em 21 de jul. 2019.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). (Site do HU-UFGD). Notícias – conquista: **“HU-UFGD inaugura Datacenter visando avanços na informatização dos sistemas”, publicado em 21/08/2015**. MEC-EBSERH. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/web/hu-ufgd/noticia-aberta/-/asset_publisher/7p06OW26rZdc/content/hu-ufgd-inaugura-datacenter-visando-avancos-na-informatizacao-dos-sistemas> Acesso em: 21 de jul. 2019.

ESCOREL, S. **Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitária**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1999.

ESCOREL, S. **História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária**. In: GIOVANELLA, Lígia *et al.* (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

ESCOVAL, A.; RIBEIRO, R.; MATOS, T. **A contratualização em cuidados de saúde primários: o contexto internacional**. Revista Portuguesa de Saúde Pública, v. 9, p. 41-47, Lisboa, 2010.

FAÉ, R. **Os discursos sobre desenvolvimento como recursos político-estratégicos: o Banco Mundial como organização central no campo do discurso do desenvolvimento**. Porto Alegre: UFRGS, Tese, 2009.

FALLETI, T. G. **Infiltrando o Estado: a evolução da reforma da saúde no Brasil, 1964-1988**. ANGELUCI, A. C. B. (trad.). *Estud. Social, Araraquara*, v. 15, n. 28, p. 345-368, 2010.

FERNANDES, R. B. **Da conquista ao desmonte: Um estudo de caso sobre os (des)caminhos da política de saúde em tempos de EBSERH**. 2017. 145f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Instituto de Ciências Humanas, Departamento de Serviço Social, Programa de Pós-Graduação em Política Social, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2017.

FERREIRA, S. R. V.; MENDONÇA, M. H. M. **O programa de reestruturação dos Hospitais de Ensino (HE) do Ministério da Educação (MEC) no Sistema Único de Saúde (SUS): uma inovação gerencial recente**. Revista de Administração em Saúde, São Paulo, v. 11, n. 44, p. 113-126, 2009.

FERRO, M. R.; CARVALHO, A. C. **Administração contratual, nova contratualidade administrativo e contratos de parcerias: breves considerações acerca de alguns conceitos que integram uma nova terminologia trazida pela doutrina administrativa contemporânea**. REDESG, v. 4, n. 1, p. 149-169, Santa Maria, RS, 2015.

FREIRE DE SOUZA, A. **Entre discursos e territorialidades: uma análise antropológica das práticas institucionais no Hospital Universitário da Grande Dourados – MS**. Dissertação (Mestrado em Antropologia), Faculdade de Ciências Humanas, UFGD, 2016.

FREY, K. **Políticas Públicas: Um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de Políticas Públicas no Brasil**. *Planejamento e Políticas Públicas*, nº 21, p. 211-259, 2000.

FLEXNER, Abraham. **Medical education in the United States and Canada**. New York: Carnegie Foundation for The Advancement of Teaching. 1910.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Sistema de indicadores de percepção social (SIPS)**. Schiavinatto, F. (Org). - 1ª Ed. – Brasília: Ipea, 2011.

LIMA JÚNIOR, O.B. “**As reformas administrativas no Brasil: modelos, sucessos e fracassos**” In: Revista do Serviço Público. Nº 2, abr./jun. 1998, p. 5 - 32. Disponível em <[http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/Terceiros-Papers/98-LimaJunior,OBde49\(2\).pdf](http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/Terceiros-Papers/98-LimaJunior,OBde49(2).pdf)> Acesso em: abril de 2018.

GARCIA, R. C. Subsídios para organizar avaliações da ação governamental. **Planejamento e Políticas Públicas**, nº 23, junho de 2001.

GEOSAÚDE – **IX SIMPÓSIO NACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE**. Blumenau, SC, 2019.

GEOSAÚDE – Anais (resumo) **IX SIMPÓSIO NACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE**. Blumenau, SC: Editora IFC, 2019. Disponível em <<http://editora.ifc.edu.br/2019/07/01/anais-resumo-ix-simposio-nacional-de-geografia-da-saude-geosaude/>> Acesso em: 01 de jul. 2019.

GEOSAÚDE – (Coleção Geografia da Saúde) **IX SIMPÓSIO NACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE. Regionalização e Gestão dos Serviços de Saúde**. 1ª edição, Blumenau, SC: IFC, 2019. (Orgs) RIBEIRO, E. A. W; DE FARIA, R.M; M, J.R; P, U.C; DE OLIVEIRA, J. C.

GOMES, M. R. **Uma análise geográfica do Programa Farmácia Popular do Brasil na cidade de Dourados**. Dourados (MS): UFGD, Dissertação, 2018.

GUIMARÃES, R. B; PICKENHANYN, J. A; LIMA, S. do. C. **Geografia e Saúde: sem fronteiras**. Uberlândia (MG): Assis Editora, 2014.

GUIMARÃES, R. B. **Geografia da saúde: categorias, conceitos e escalas**. In: **Saúde: fundamentos de Geografia humana**. São Paulo: Editora UNESP, 2015, pp. 79-97. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/4xpyq/pdf/guimaraes-9788568334386-05.pdf>> Acesso em: 05 de jul. 2019.

GRÜN, R. **Da pizza ao impeachment: uma sociologia dos escândalos no Brasil contemporâneo**. 1ª ed., São Paulo: Alameda, 2018.

HEALY, Judith; MCKEE, Martin. Chapter 2. The evolution of hospital systems. In: Healy, Judith; Mckee, Martin (Org.). **Hospitals in a changing Europe**. Buckingham: Open University Press. p. 14-35. 2002.

HENIG, E. V. “Políticas Sociais, Estado e Reforma Agrária Pós-Constituição de 1988” In: **Revista Videre**, Dourados, MS, v. 10, nº 19, jan./jun. 2018, p. 323-349.

HENRIQUES, J. **Gestão por resultados e contratualização de serviços: a experiência de Minas Gerais**. Disponível em: <<http://www.administradores.com.br/artigos/economia-efinancas/gestao-por-resultados-e-contratualizacao-de-servicos-a-experiencia-de-minasgerais/59742/>> Acesso em: 20 de dez. 2019.

HOFLING, E. M. “Estado e Políticas (públicas) sociais” In: **Cadernos do CEDES (UNICAMP)**, Campinas, v. 21, nº 20, p. 30-41, 2001.

LAMPERT, J. B. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas**. São Paulo: Hucitec. 2002

LAPREGA, M. ROBERTO. **Hospitais de Ensino no Brasil: História e Situação Atual**. 293p. (Tese de Livre Docência). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

LOA - UFGD, 2019. **Proposta executiva orçamentária – ano 2019 – UFGD**. Disponível em: < <https://portal.ufgd.edu.br/setor/orcamento-proap/orcamento-2019>> Acesso em: 30 de dez. 2019.

LOA – HU-UFGD, 2019. **Proposta de Lei Orçamentária Anual do HU-UFGD para o exercício de 2019**. Resolução do Colegiado Executivo HU-UFGD/EBSERH nº 112, de 4 de dezembro de 2018. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/16692/2113464/resolu%C3%A7%C3%A3o+112+04+12+18+PLOA+HU+Boletim_171_18_12_2018.pdf/d7fc6809-93fc-4164-ba85-6aa8f70713c1> Acesso em: 30 de dez. 2019.

LIMA, S. M. L. **Possibilidades e limites da contratualização para o aprimoramento da gestão e da assistência em hospitais: o caso dos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro**. 316f. Tese de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, RJ, 2009.

LIMA, S.M. L; RIVERA, F. J. U. **A contratualização nos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro**. São Paulo: ABRASCO, 2012.

LUZ, M. T. **As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia**. 2ª edição. Coleção Clássicos da Saúde Coletiva. Porto Alegre, Editora Rede Unida, 2014.

LOBO, M. S. C; SILVA, A. C. M; LINS, M. P. E; FISZMAN, R. **Impacto da reforma de financiamento de hospitais de ensino no Brasil**. *Rev Saúde Pública* 2009;43(3): 437-45.

MARQUES, I. P. **O processo de contratualização do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora no contexto do Sistema Único de Saúde**. 136f. Dissertação (mestrado acadêmico), Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2015.

MATTA, G. C. e LIMA, J. C. F. (org.) **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, EPSJV, 2008.

MARTINS, C. P. **Possibilidades, limites e desafios da humanização no SUS**. Assis, 2010. 104p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras – UNESP – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.

MARTINS, V. F. **Hospitais Universitários Federais e a Nova Reestruturação Organizacional: O Primeiro Olhar, Uma Análise de Um Hospital Universitário**. ReAC Revista de Administração e Contabilidade. Faculdade Anísio Teixeira (FAT), Feira de Santana Ba, v. 3, nº 2, p. 4-22, julho/dezembro, 2011.

MARTINS, C. P. **A política nacional de humanização na produção de inflexões no modelo hegemônico de cuidar e gerir no SUS: habitar um paradoxo**. 2015. 192f. Tese (Doutorado em Psicologia). – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2015.

MATO GROSSO DO SUL. Educação Permanente em Saúde: **Plano Estadual de Mato Grosso do Sul**. Secretaria de Estado de Saúde, Campo Grande: Outubro, 2011.

MATO GROSSO DO SUL. **Republica-se por conter erro no original publicado no D.O.E 8221 de 29/06/2012, pág. 14. Resolução nº. 059 /SES/MS.** Secretaria de Estado de Saúde, Campo Grande: Junho, 2012. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/julho/13/4.%20d%20-%20Resolu%C3%A7%C3%A3o%20CIB%20n%C2%BA%2059%20-%20SES-MS.pdf>> Acesso em: 18 de fev. 2020.

MASSUDA, A. **O método do apoio Paidéia no Hospital: descrição e análise de uma experiência no HC-Unicamp** [dissertação]. Campinas: Unicamp; 2010.

MENDES, E. V. **Os grandes desafios do SUS.** Salvador: Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA), Casa da Qualidade Editora, 2001.

MENICUCCI, T. M. G. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

MILLER, Timothy. **The birth of the hospital in the Byzantine Empire.** Baltimore: Johns Hopkins University Press. 1985.

NEVES, C. A. **Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS: uma avaliação dos eixos de assistência, gestão e financiamento.** 159f. Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Federal de Lavras, 2017.

OCKÉ-REIS, C.O. “SUS: o desafio de ser único” In: SANTOS, N.R. e AMARANTE, P.D.C. (Orgs.). **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde.** Rio de Janeiro: Cebes, 2010, p. 101-114.

OLIVEIRA, J. A. P. **Desafios do planejamento em políticas públicas: diferentes visões e práticas.** Rev. Adm. Pública, Rio de Janeiro, v. 40, nº 2, 2006.

OLIVEIRA, G. A. **A compatibilidade dos princípios e modelo de Estado que subjazem ao SUS e a EBSEH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares).** Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul / Faculdade de Filosofia / Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Porto Alegre, 2014.

O'DONNELL, G. “Democracia delegativa?” In: **Revista Novos Estudos.** Nº 31 – out/1999 - CEBRAP, p. 25-40.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica.** 300p. Tese (doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

PAIM, J.S. “Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas” In: MATTA, G. C. e LIMA, J. C. F. (org.) **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, EPSJV, 2008, p. 91-122.

PEITER, P.C. *et al.* “Espaço geográfico e Epidemiologia” In: BRASIL. **Abordagens espaciais na saúde pública.** Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz; Simone M. Santos e Christovam Barcellos (orgs.) Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

PCI CONCURSOS. Três novos Concursos Públicos, que tem por objetivo o preenchimento de 1660 vagas a serem lotadas em 36 Unidades Hospitalares além da Sede da Rede EBSEH, nas seguintes áreas e editais: nº 002/2019 - Área Médica (533); nº 003/2019 - Área Assistencial (998); e nº 004/2019 - Área Administrativa (129). Disponível em:

<<https://www.pciconcursos.com.br/noticias/um-dos-tres-concursos-publicos-e-retificado-pela-ebserh>> Acesso em: 30 de dez. 2019.

PROGRAD. **Relatório de indicadores da PROGRAD** (2018). UFGD, PROGRAD. Disponível em: < <https://portal.ufgd.edu.br/setor/indicadores/graduacao>> Acesso em: 30 de dez. 2019.

PROGESP. **Relatório de indicadores da PROGESP** (2018). UFGD, PROGESP. Disponível em: < <https://portal.ufgd.edu.br/setor/indicadores/gestao-pessoas>> acesso em 30 de dezembro de 2019.

PEREIRA JÚNIOR, N. **Política, Planejamento e Gestão em Hospitais Universitários Federais**. Tese de Doutorado, Universidade Estadual de Campinas / Faculdade de Ciências Médicas / Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Campinas - SP, 2018.

PERDICARIS, P. R. **Contratualização de resultados e desempenho no setor público: a experiência do contrato programa nos hospitais da administração direta no Estado de São Paulo**. 133f. Tese (Doutorado em Administração Pública e Governo) - FGV - Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2012.

PESSOA, C. M. **Cultura Organizacional e condições de trabalho: impactos da contratualização de um Hospital Universitário com a EBSEH**. 78f. Dissertação (Mestrado em Gestão Pública) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública. Natal, RN, 2018.

POULANTZAS, N. **O Estado, o poder, o socialismo**. 1980, 3ª ed. Rio de Janeiro – RJ. Brasil. Trad. Rita Lima.

RIBEIRO, L.H.L. **Território e macrossistema de saúde: os programas de fitoterapia no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Campinas: Unicamp, Tese em Geografia, 2015.

RODRIGUES, R. D. **Hospital universitário no Brasil contemporâneo: dilemas e perspectivas ante o processo de consolidação do SUS**. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 1999.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

SANTOS, M. **Sociedade e espaço: a Formação Social como teoria e como método**. Boletim Paulista de Geografia, n.54, p. 81-99, 1977.

SANTOS, M. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. 6ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.

SANTOS, M. **Metamorfoses do espaço habitado**. São Paulo: Hucitec, 1988.

SANTOS, M. **Por uma outra globalização**. São Paulo: Record, 6ª ed. 2001.

SANTOS, N. R. “A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: tendências e desafios após 20 anos” In: **Saúde em debate**. Rio de Janeiro: v. 33, n. 81, jan./abr. 2009, p. 13-26.

SANTOS, A. C.; OLIVEIRA JÚNIOR, L. B. **Rehuf: uma ferramenta para tomada de decisão e sua aplicação na saúde coletiva**. HU Revista, Juiz de Fora, v. 42, n. 1, p. 43-51, jan./jun. 2016.

SANTOS, T. B. S.; PINTO, I. C. M. **Política Nacional de Atenção Hospitalar: con(di)vergências entre normas, conferências e estratégias do executivo federal.** Saúde em debate; v. 41, n. 3, p. 99-113. 2017.

SCLIAR, M. **História do conceito de saúde.** Physis, Rio de Janeiro, v. 17, nº 1, p. 29-41, abr. 2007.

SILVA, E. L. e MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação.** – 4. ed. rev. atual. – Florianópolis: UFSC, 2005. 138p.

SILVEIRA, M. L. **Globalización y territorio usado: imperativos y solidariedades.** Cuadernos Del Cendes. Nº 19. Tercera Época, septiembre./diciembre, 2008.

SOLLA, J. e CHIORO DOS REIS, A. A. “Atenção Ambulatorial Especializada” In: Giovanella L. *et al.* (orgs). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; p. 547-576, 2012.

SODRÉ, F.; LITTIKE, D.; DRAGO, L. M. B. e PERIM, M. C. M. **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão?** Serv. Soc., São Paulo, nº 114, p. 365 – 380, abr./jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282013000200009> Acesso em: 12 de fev. 2018.

SOUZA, M. L. **Os conceitos fundamentais da pesquisa sócio-espacial.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2013.

SOUZA, C. **Políticas Públicas: uma revisão da literatura.** Sociologias. Porto Alegre, ano 8, jul/dez. 2006, nº 16, p. 20-45.

SOUZA, Adauto de O. **A estratégia dos distritos industriais como instrumento de desenvolvimento regional e sua aplicabilidade em Mato Grosso do Sul.** São Paulo: USP, tese em Geografia, 2003.

SOUZA, Adauto de O. “Geografias e políticas: algumas considerações” In: **Revista Entre Lugar.** Ano 4, nº 8, Dourados: UFGD, 2º sem. 2013, p. 65-75.

TEIXEIRA, F. J. S.; OLIVEIRA, M. A. (Orgs.). **Neoliberalismo e reestruturação produtiva.** São Paulo: Cortez; Fortaleza: UECE, 1996.

TORRES, M. D. F. **Agências, Contratos e OSCIPS.** Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

TRISTÃO, F. S. **Reestruturação dos hospitais universitários federais: estratégia de governamentalidade.** 2016. 362f. Tese (Doutorado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016. Disponível em <<https://wp.ufpel.edu.br/pgenfermagem/files/2017/03/TESE-Fernanda-SantAna-Trist%C3%A3o.pdf>> Acesso em: 10 de mai. 2018.

VASCONCELOS, C. M. **Notas sobre a crise dos Hospitais Universitários no Brasil.** 2004.

WAILLA, L. A. **A saúde no Brasil e o sistema único de saúde (SUS): uma história de conquistas e desafios.** 133f. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande. Programa de Pós-Graduação em Direito. Rio Grande, 2017.

ZEFERINO, T. F. **A contratualização interna de gestão no Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados.** Dourados-MS, 2019. 124p. Dissertação (Mestrado profissional em Administração Pública em Rede Nacional) – UFGD – Universidade Federal da Grande Dourados.

ZERMIANI, T. C. **Contratos de gestão e avaliação por resultados no setor público da saúde:** a experiência no processo de trabalho na atenção primária no município de Curitiba-PR. 155f. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências Sociais Aplicada, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas. Curitiba, 2017.

ZÖLLNER, A. C. R; SOUSA, E.G. **Convênio entre hospitais assistenciais e Faculdades de Medicina para o oferecimento de Programas de Residência Médica.** Rev. Med. Res. 2011; 13 (1) 1-80

ANEXOS

Tabela 15 - RECURSOS RECEBIDOS POR MEIO DO
REHUF

Data-base: 31/12/2018

UNIDADE ORÇAMENTÁRIA	GRUPO DE DESPESA	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
		VALOR EMPENHADO	VALOR EMPENHADO	VALOR EMPENHADO	VALOR EMPENHADO	VALOR EMPENHADO	VALOR EMPENHADO	VALOR EMPENHADO	VALOR EMPENHADO	VALOR EMPENHADO
26101 - MEC	CUSTEIO	-	4.437.344,97	3.271.456,73	-	-	-	-	-	-
	INVESTIMENTOS	266.158,04	4.027.297,89	3.437.622,50	-	-	-	-	-	-
TOTAL		266.158,04	8.464.642,86	6.709.079,23	-	-	-	-	-	-
155007 - EBSERH	CUSTEIO	-	-	-	1.001.489,30	2.342.629,81	3.699.010,68	4.642.121,15	7.342.819,35	2.769.284,45
	INVESTIMENTOS	-	-	-	874.769,91	672.537,84	-	562.816,76	10.848.816,91	3.442.263,54
TOTAL		-	-	-	1.876.259,21	3.015.167,65	3.699.010,68	5.204.937,91	18.191.636,26	6.211.547,99
36901 - FNS/MS	CUSTEIO	-	3.788.640,53	15.071.829,08	7.848.551,48	8.074.800,50	8.706.893,11	6.285.730,39	8.703.865,00	5.416.422,05
	INVESTIMENTOS	-	769.040,00	603.268,00	1.360.910,84	284.916,00	-	643.788,96	-	6.146.482,99
TOTAL		-	4.557.680,53	15.675.097,08	9.209.462,32	8.359.716,50	8.706.893,11	6.929.519,35	8.703.865,00	11.562.905,04
Custeio		-	8.225.985,50	18.343.285,81	8.850.040,78	10.417.430,31	12.405.903,79	10.927.851,54	16.046.684,35	8.185.706,50
Investimento		266.158,04	4.796.337,89	4.040.890,50	2.235.680,75	957.453,84	-	1.206.605,72	10.848.816,91	9.588.746,53
TOTAL GERAL		266.158,04	13.022.323,39	22.384.176,31	11.085.721,53	11.374.884,15	12.405.903,79	12.134.457,26	26.895.501,26	17.774.453,03

EMPENHADO	
CUSTEIO	93.402.888,58
INVESTIMENTO	33.940.690,18
TOTAL	127.343.578,76

Fonte: Divisão de Execução Orçamentária do HU-UFGD.
Atualizada em 31/12/2018.

Quadro 11 - Informações sobre a EBSEH

Pergunta frequente	Resposta
Pergunta 1 – Por que foi criada a Ebserh?	<p>Resposta: A criação da Ebserh integra um conjunto de medidas adotadas pelo Governo Federal para viabilizar a reestruturação dos hospitais universitários federais. Por meio do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (Rehuf), instituído pelo Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010, foram empreendidas ações no sentido de garantir a reestruturação física e tecnológica e também de solucionar a necessidade de recomposição do quadro de profissionais dos hospitais.</p>
Pergunta 2 – O que é a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares?	<p>A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) é uma empresa pública vinculada ao Ministério da Educação, criada pela Lei Federal nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, que tem como finalidade a prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, assim como a prestação às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres de serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, observada, nos termos do art. 207 da Constituição Federal, a autonomia universitária.</p> <p>Por ser uma empresa pública, o hospital manterá toda a prestação de serviços à</p>

	saúde da população 100% no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e funcionará com recursos 100% públicos.
Pergunta 3 – Onde fica localizada a Ebserh?	A Ebserh tem sede e foro em Brasília e está localizada em: Setor Comercial Sul - SCS, Quadra 9 Edifício Parque Cidade Corporate, Bloco C, 1º ao 3º pavimentos CEP: 70308-200, Brasília-DF

Fonte: *Site* da EBSEH. Acesso em: 21 de jul. 2019.

Quadro 12 - SUS, Autonomia Universitária e Rehof

Pergunta frequente	Resposta
Pergunta 1 – Os hospitais universitários federais continuarão a prestar assistência à saúde no âmbito do SUS com a contratação da EBSEH?	Sim, a partir da adesão à Ebserh, os hospitais universitários federais manterão as atividades de prestação de serviços de assistência à saúde integral e exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e de acordo com a Política Nacional de Saúde , estabelecida pelo Ministério da Saúde. Tal garantia está expressa na Lei de criação da empresa (Lei nº 12.550/2011) .
Pergunta 2 – Há risco de privatização dos hospitais universitários federais a partir da gestão da Ebserh?	Não. A Ebserh, vinculada ao Ministério da Educação, é uma empresa pública, constituída por recursos públicos que executará as atividades de prestação de serviços de assistência à saúde integralmente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e de acordo com a Política Nacional de Saúde, estabelecida pelo Ministério da Saúde.

<p>Pergunta 3 – Como será feita a gestão do Programa Rehuf a partir da criação da Ebserh?</p>	<p>O Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (Rehuf), criado em 2010 pelo Governo Federal, tem como objetivo criar condições materiais e institucionais para que os hospitais possam desempenhar plenamente suas funções em relação às dimensões de ensino, pesquisa e extensão e à dimensão da assistência à saúde. Com a criação da Ebserh, a empresa passa a ser a gestora do Rehuf conforme delegação estabelecida pela Portaria nº 442/2012, do Ministério da Educação.</p>
<p>Pergunta 4 – A partir do momento da contratação da Ebserh, haverá prejuízo da autonomia universitária?</p>	<p>Não haverá prejuízo à autonomia das universidades federais sobre a gestão dos hospitais universitários. A autonomia universitária está consagrada no Art. 207 da Constituição Federal e garantida pela Lei de Criação da Empresa (Artigos 3º e 6º da Lei nº 12.550/2011).</p>
<p>Pergunta 5 – Haverá controle social dos serviços prestados pela Ebserh?</p>	<p>O Conselho Consultivo é um órgão permanente da Ebserh que, além de prestar apoio à Diretoria Executiva e ao Conselho de Administração, tem como uma de suas finalidades o controle social. O Conselho Consultivo será constituído por representantes da Ebserh, do Ministério da Educação, do Ministério da Saúde, dos usuários dos serviços de saúde dos hospitais universitários federais, indicado pelo Conselho Nacional de Saúde; dos residentes em saúde dos hospitais universitários federais, indicado pelo conjunto de entidades representativas; reitor ou diretor de hospital universitário, indicado pela Andifes e representante dos trabalhadores dos hospitais universitários federais administrados pela Ebserh, indicado pela respectiva entidade representativa.</p>

Pergunta 6 – As universidades continuarão a ter autonomia sobre as pesquisas realizadas nos hospitais universitários federais?	Está mantida a autonomia das universidades federais sobre a gestão das atividades de ensino, pesquisa e extensão realizadas pelos hospitais universitários. De acordo com seu Estatuto Social, a Ebserh, no exercício de suas atividades, estará orientada pelas políticas acadêmicas estabelecidas pelas instituições de ensino com as quais estabelecer contrato de prestação de serviços.
--	--

Fonte: Site da EBSEH. Acesso em 21 de jul. de 2019.

Quadro 13 – Adesão, Contratação e Governança

Pergunta frequente	Resposta
Pergunta 1 – A partir da adesão, como será a implantação da Ebserh nos Hospitais Universitários Federais?	A partir da manifestação pela adesão por parte da universidade federal à qual o hospital é vinculado, a empresa trabalha em conjunto com o hospital no dimensionamento dos serviços prestados pela unidade e da necessidade de contratação de pessoal. Essas informações farão parte do Plano de Reestruturação, um dos anexos do contrato. A partir da assinatura do contrato, é constituída a equipe de governança do Hospital formada por pelo Superintendente e três gerentes (Atenção à Saúde; Administrativo e de Ensino e Pesquisa).
Pergunta 2 – Quais serão os critérios para constituição da equipe de governança dos Hospitais Universitários Federais?	O Superintendente, no caso dos hospitais universitários, será selecionado pelo reitor da universidade, preferencialmente do quadro permanente da instituição, obedecendo a critérios estabelecidos de titulação acadêmica e comprovada experiência em gestão

	<p>pública na área de saúde, definidos em conjunto entre a reitoria e a empresa, nos termos do art. 6º da Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011.</p> <p>As gerências serão ocupadas por pessoas selecionadas por um comitê composto por membros da Diretoria Executiva da Ebserh e o Superintendente selecionado para a respectiva unidade hospitalar, a partir de análise curricular que comprove qualificação para o atendimento das competências específicas de cada gerência.</p>
Pergunta 2 – O contrato será comum a todas as universidades?	Não, cada contrato e respectivo Plano de Reestruturação terá características que deverão refletir as especificidades de cada hospital.
Pergunta 3 – O que conterão os contratos firmados entre a Ebserh e as universidades federais?	De acordo com a Lei de criação da empresa (Lei nº 12.550/2011) o contrato conterá as obrigações dos signatários, as metas de desempenho, indicadores, prazos de execução que deverão ser observados pelas partes e respectiva sistemática de acompanhamento e avaliação, com os critérios e parâmetros a serem aplicados.
Pergunta 4 – As universidades federais que não aderirem à empresa terão asseguradas as condições necessárias ao seu funcionamento ou sofrerão algum tipo de prejuízo?	As universidades federais que não aderirem à Ebserh continuarão a ter seus hospitais universitários contemplados pelo Programa Nacional de Reestruturação (Rehuf). Entretanto, a solução apontada pelo Governo Federal para a recomposição da força de trabalho dos hospitais foi a criação da Ebserh.

Fonte: Site da EBSEH. Acesso em 21 de jul. de 2019.

Quadro 14 - Plano de Cargos e Benefícios

Pergunta frequente	Resposta
Pergunta 1 – Quais os benefícios que os empregados da empresa têm?	Resposta: Os profissionais aprovados nos concursos públicos realizados pela Ebserh que ingressarem no quadro de pessoal da empresa farão jus aos planos de Cargos, Carreiras e Salários e de Benefícios da empresa.

Fonte: *Site* da EBSEH. Acesso em 21 de jul. de 2019.

Quadro 15 - Cessão de Servidores

Pergunta frequente	Resposta
Pergunta 1 – Haverá cessão dos atuais servidores dos HUFs para a Ebserh?	A critério da universidade federal contratante, os servidores públicos em exercício no hospital permanecerão em seus postos de trabalho, exercendo as mesmas atividades e continuarão vinculados ao regime previsto na Lei nº 8.112/1990, inclusive quanto aos direitos e deveres, e regime disciplinar descritos na mesma lei, sendo vedada qualquer hipótese de desvio de função.

Fonte: *Site* da EBSEH. Acesso em 21 de jul. de 2019.

Após reorganização financeira, HU-UFGD volta a investir e amplia parque tecnológico

Publicado em 16 de abril de 2018 às 17:37

Após reorganização financeira, HU-UFGD volta a investir e amplia parque tecnológico

Além da aquisição de 81 novos equipamentos, o hospital otimizou seus contratos de manutenção, gerando maior agilidade no reparo de aparelhos médico-hospitalares

Com objetivo de renovar e ampliar seu parque tecnológico, o Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU-UFGD) investiu cerca de R\$ 754 mil em equipamentos nos últimos meses. Após um período de reorganização financeira e contingenciamento de despesas, a instituição vem retomando os investimentos em tecnologia, com previsão de mais aquisições para os próximos meses.

No conjunto de equipamentos recém-chegados, estão doze categorias de produtos que já estão atendendo a diversos setores do hospital. São 81 itens incluindo oxímetros, equipamentos de banho-maria para processamento de leite humano, centrífuga para laboratório, bisturis eletrônicos, aspiradores de vapores para cirurgias de alta frequência, fotóforos, estufas, ventilômetros, detectores fetais, eletrocardiógrafos, cardiotocógrafos e desfibriladores.

Toda a verba empregada na compra desses equipamentos é oriunda do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (Rehuf), iniciativa financiada pelos ministérios da Educação e da Saúde e gerida pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) – da qual o HU-UFGD é filial – no sentido de contemplar ações de melhoria nos hospitais federais de ensino do País.

A chefe do Setor de Engenharia Clínica do HU-UFGD, Flávia Lefort Lamanna, explica que os novos equipamentos foram adquiridos tanto para substituir itens antigos quanto para ampliar o parque tecnológico. "As substituições configuram melhoria, pois são equipamentos mais modernos, com mais funções e, por serem novos, apresentam menor tempo de parada para manutenção e, consequentemente, maior disponibilidade para as equipes usarem. Os inéditos, por sua vez, aprimoram as rotinas de trabalho e possibilitam mais qualidade no atendimento aos usuários", afirma.

Materno-Infantil

De modo geral, os novos equipamentos foram distribuídos entre praticamente todos os setores assistenciais do hospital, suprimindo desde necessidades por itens básicos, como oxímetros – que medem a saturação de oxigênio no sangue do paciente –, até aparelhos específicos, tal qual eletrocardiógrafos, usados para identificar se o usuário possui algum tipo de variação bioelétrica em sua atividade cardíaca.

Linhas de atendimento como a materno-infantil, por exemplo, receberam aporte de itens essenciais à manutenção e à melhoria do atendimento a seus pacientes. A Maternidade, o Pronto Atendimento de Ginecologia e Obstetrícia (PAGO) e o Centro Obstétrico (CO) contam agora com seis modernos cardiotocógrafos e sete novos detectores fetais, equipamentos importantes para a avaliação das condições do bebê, ainda dentro da barriga da mãe.

Também dentro dessa linha de cuidado, o Banco de Leite Humano (BLH) foi contemplado com três aparelhos de banho-maria de alta tecnologia, utilizados no processamento do leite humano doado pelas mães lactentes para a alimentação de bebês internados nas Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal (UTI) e Cuidados Intermediários Neonatal (UCI).



Oxímetros adquiridos pelo HU-UFGD. Equipamentos servem para medir a saturação de oxigênio no sangue – Divulgação

15/12/2019

Após reorganização financeira, HU-UFGD volta a investir e amplia parque tecnológico AgoraMS - O Endereço da Notícia : Mato Gr...

Atualmente, a linha materno infantil do HU-UFGD conta com a única Maternidade do município que atende via Sistema Único de Saúde (SUS), além de uma estrutura incluindo UCI e UTI Neonatais, PAGO, CO, UTI e enfermaria pediátricas, Pronto Atendimento Pediátrico (PAP), BLH e unidades que dão suporte diagnóstico a esses setores, como o Laboratório e a Imagenologia.

Manutenção

Durante o processo de reorganização financeira pelo qual o hospital passou e ainda está inserido, um dos focos foi a revisão de contratos com empresas prestadoras de serviços. A administração estudou a melhoria desses relacionamentos, de forma a diminuir custos e otimizar as atividades ofertadas ao HU-UFGD, refletindo em maior eficiência no atendimento ao paciente.

A manutenção do parque tecnológico é um dos principais exemplos de sucesso dessa otimização. Antes era feita por meio de diversos contratos com empresas específicas para cada tipo de equipamento, o que demandava mais tempo para o início do conserto, pois a grande maioria das prestadoras de serviço não possui filial na cidade de Dourados.

Assinado em setembro de 2017, o novo contrato de manutenção de equipamentos do HU-UFGD atua no atendimento a demandas de reparo de praticamente todo o parque tecnológico médico-hospitalar, feito por uma empresa especializada presente hoje em mais de 70 hospitais brasileiros.

Além de reduzir o custo para o hospital, por se tratar de um contrato unificado, a empresa licitada possui estrutura e fluxo de trabalho para atender a maioria das demandas no mesmo dia em que são feitas, inclusive com a troca imediata de peças, situação que em anos anteriores levava semanas para ser solucionada.

Presente no Setor de Engenharia Clínica do HU-UFGD com uma equipe de cinco funcionários, a empresa trabalha com o cumprimento de metas, o que garante a qualidade das atividades e proporciona que os primeiros atendimentos sejam feitos de forma quase instantânea à abertura da ordem de serviço.

Curto prazo

De acordo com o gerente administrativo do hospital, Paulo César Nunes da Silva, a instituição se encontra com nova perspectiva no que tange a investimentos. "O planejamento para os próximos dois anos é de retornar ao investimento em tecnologia e infraestrutura física, com obras de reforma e construção de novos espaços, assim como melhoria do parque tecnológico, conforme as demandas levantadas pelo Setor de Engenharia Clínica", afirma.

Ele antecipa, inclusive, que para os próximos meses já estão confirmadas as aquisições de novos aparelhos de ultrassonografia e ventiladores pulmonares, demanda antiga dos setores assistenciais e que vai impulsionar o atendimento aos pacientes da Grande Dourados.

Notícias

MODERNIZAÇÃO

Projetos em Tecnologia da Informação modernizam a rotina do HU-UFGD

O datacenter contêiner foi entregue pela Ebserh em 2014 e vai funcionar como um moderno centro de dados



Toda a estrutura de TI do HU-UFGD ficará implantada no contêiner, que será inaugurado em breve

(/documents/16692/255348/cdc_sgpti.jpg/f20acc0-adff-4685-8b23-7fa43d979db3?t=1430919335703&width=500)

O trabalho, muitas vezes, não é visto nem lembrado, a não ser quando "cai a internet". No entanto, é imprescindível a presença dos profissionais de Tecnologia da Informação (TI) no ambiente hospitalar, realizando, nos bastidores, o possível para que sistemas e redes funcionem adequadamente e estejam sempre atualizados.

No Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU-UFGD), o Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação (SGPTI) é integrado por nove colaboradores concursados e quatro colaboradores contratados, que, além de atender a todos os chamados registrados pela Central de Atendimento ao Usuário (CAU), têm planejado e executado diversos projetos para a melhoria da estrutura de comunicação de dados da Instituição.

Fibra ótica

Quem tem andado pelo HU-UFGD nas últimas semanas, pôde observar que em alguns pontos do hospital o forro está aberto, com a presença de profissionais trabalhando. Nestes locais estão sendo instalados cabeamento lógico e rede elétrica estabilizada, além da substituição da fibra ótica existente por uma estrutura nova. Nessa etapa serão atingidas a Unidade de Diagnóstico e Imagem, a Unidade de Laboratórios, a UTI Adulto, a UTI Pediátrica, a Gerência de Ensino e Pesquisa, o Centro Cirúrgico, o Centro Obstétrico e parte da Maternidade.

Ao todo 5,5 quilômetros de fibra ótica serão inseridos, fazendo a ligação entre o datacenter contêiner do HU, o prédio do hospital, a Biblioteca, a ala de Psicologia e o Almoxarifado Central, que fica localizado fora do prédio, na rua Mario Feitosa, 930, Jardim Flórida. Todo esse processo será feito pelos backbones interno e externo, que são uma espécie de rede de transporte de dados em um esquema de ligações complexo como o do HU.

Com essa instalação, haverá menos quedas e oscilações nos sistemas já existentes, progredindo seu funcionamento, e poderão ser agregadas novas tecnologias, sistemas e 560 pontos de acesso à rede, que hoje, com o rápido crescimento do hospital, já são insuficientes para a demanda de colaboradores.

Datacenter contêiner

PORTARIA Nº 32 , DE 09 DE OUTUBRO

DE 2013

O DIRETOR DO DEPARTAMENTO DE COORDENAÇÃO E GOVERNANÇA DAS EMPRESAS ESTATAIS – DEST, considerando o disposto no art.1º inciso I e § 4º do Decreto nº 3.735, de 24 de janeiro de 2001, no uso da competência que lhe foi delegada pela Portaria/MP nº 250, de 23 de agosto de 2005, resolve:

Art. 1º Fixar o limite máximo para o quadro de pessoal próprio da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH a ser lotado no Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados em 1.162 empregados (mil cento e sessenta e dois).

Art. 2º Do limite máximo para o quadro de pessoal próprio estabelecido no Art. 1º desta Portaria, 463 (quatrocentos e sessenta e três) vagas correspondem aos servidores estatutários que exercem atualmente suas atividades no Hospital, dos quais 461 (quatrocentos e sessenta e um) poderão ser substituídos por empregados concursados pela EBSEH à medida que esses servidores se aposentarem ou quando, por qualquer outra razão, se extinguir o seu vínculo com o Órgão de origem;

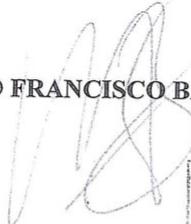
Parágrafo único. Serão preenchidas por empregados da EBSEH, exclusivamente, as vagas correspondentes a cargos compatíveis com o Plano de Cargos, Carreiras e Salários da empresa, num total de 1.160 (mil cento e sessenta) vagas.

Art. 3º Para fins de controle do limite do quantitativo de pessoal próprio da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH, ficam contabilizados, além dos empregados efetivos ingressantes por intermédio de concursos públicos, os empregados que possuem cargos, empregos ou funções comissionadas, os empregados que estão cedidos a outros Órgãos, os empregados requisitados de outros Órgãos, os empregados que estão afastados por doença, por acidente de trabalho, ou por qualquer outra razão e os servidores estatutários que exerçam suas atividades no Hospital Universitário.

Art. 4º Fica a empresa autorizada a gerenciar o seu quadro de pessoal próprio, praticando atos de gestão para repor empregados desligados ou que vierem a se desligar do quadro funcional, desde que sejam observados o limite ora estabelecido e as dotações orçamentárias aprovadas para cada exercício, bem como as demais normas legais pertinentes.

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

MURILO FRANCISCO BARELLA



PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL
DE 10 / 10 / 2013
SEÇÃO: I
PÁGINA: 51 e 52
ANOTADO POR: Regina