



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

NILTON PEREIRA JÚNIOR

**POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO
EM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS**

CAMPINAS

2018

NILTON PEREIRA JÚNIOR

POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO
EM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

Tese apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva, na área de concentração de Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

ORIENTADOR: PROF. DR. GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO
FINAL DA TESE DEFENDIDA PELO ALUNO
NILTON PEREIRA JÚNIOR, E ORIENTADO PELO
PROF. DR. GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS.

CAMPINAS

2018

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): Não se aplica.

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

P414p Pereira Júnior, Nilton, 1980-
Política, planejamento e gestão dos hospitais universitários federais / Nilton Pereira Júnior. – Campinas, SP : [s.n.], 2018.

Orientador: Gastão Wagner de Sousa Campos.
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Políticas públicas de saúde. 2. Hospitais universitários. 3. Administração hospitalar. 4. Planejamento em saúde. 5. Sistema Único de Saúde. I. Campos, Gastão Wagner de Sousa, 1952-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Policy, planning and management in brazilian federal university hospitals

Palavras-chave em inglês:

Public health policy

University hospitals

Hospital administration

Health planning

Unifield Health System

Área de concentração: Política, Planejamento e Gestão em Saúde

Titulação: Doutor em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Gastão Wagner de Sousa Campos [Orientador]

June Barreiros Freire

Alzira de Oliveira Jorge

Ademar Arthur Chioro dos Reis

Marcia Aparecida do Amaral

Data de defesa: 14-12-2018

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO

NILTON PEREIRA JÚNIOR

ORIENTADOR: PROF. DR. GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS

MEMBROS:

1. PROF. DR. GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS

2. PROF^ª. DR^ª. JUNE BARREIROS FREIRE

3. PROF^ª. DR^ª. ALZIRA DE OLIVEIRA JORGE

4. PROF. DR. ADEMAR ARTHUR CHIRO DOS REIS

5. PROF^ª. DR^ª. MARCIA APARECIDA DO AMARAL

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros da banca examinadora encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

Data: 14/12/2018

*“Recria tua vida,
sempre, sempre.
Remove pedras
e planta roseiras
e faz doces.
Recomeça.”*

Cora Coralina

Para Dayana,
Pelo amor, por dividir as pedras, pelas roseiras e pelos doces. Pelo recomeço.

AGRADECIMENTOS

A Elis e Lina, minhas estrelinhas que iluminam meus caminhos, aquecem meu coração e me ensinam as dores e delícias da paternidade.

Ao amigo e mestre, Gastão Wagner, por acreditar em mim para as missões mais improváveis. Por não desistir de mim e não me deixar desistir. Por me ensinar no cotidiano da vida que a cogestão e a clínica ampliada não são somente palavras escritas no papel, mas inscritas na alma.

A minha querida Fernanda Naves, pelo imenso apoio na coleta dos dados e no cotidiano do trabalho.

Aos amigos Marcia Amaral, June Freire, Arthur Chioro e Alzira Jorge pelas fundamentais contribuições nas qualificação, na defesa final e na vida.

As minhas “mães” de Uberlândia, Leila e Rosuita, pelo cuidado desde a graduação. Obrigado por me “adotarem”. Vocês são as culpadas por eu ter escolhido o caminho tortuoso da Saúde Coletiva.

Aos meus companheiros e companheiras do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia pela compreensão e apoio.

Ao professor Orlando (vice-reitor da UFU), aos diretores e diretora e aos trabalhadores do Hospital de Clínicas de Uberlândia (HCU) pelo apoio e por me proporcionarem viver a realidade da gestão hospitalar.

Aos estudantes que estagiaram no Núcleo de Gestão Estratégica do HCU e que contribuíram em etapas importantes deste trabalho.

RESUMO

Este estudo objetiva analisar a implementação das Políticas Hospitalares nos Hospitais Universitários Federais (HUFs) brasileiros, buscando descrever o planejamento, a estrutura, a gestão do trabalho e o financiamento desses hospitais. Pretende-se compreender a percepção dos dirigentes sobre a implementação das diretrizes da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) em suas instituições e analisar os efeitos das reformas de gestão produzidas pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) nos Hospitais Universitários Federais. O estudo insere-se no campo da análise de políticas públicas, utilizando estratégias e procedimentos dos métodos mistos de pesquisa, com abordagens quantitativa e qualitativa. A abordagem quantitativa é composta pelo estudo descritivo de dados secundários do Sistema Único de Saúde (SUS) e da EBSERH e pela análise descritiva de questionário estruturado em escala Likert, aplicado aos dirigentes dos HUFs. A abordagem qualitativa trata-se de análise documental, por meio de análise temática de conteúdo, dos Planos Diretores Estratégicos (PDE) dos 50 HUFs. Em oposição ao quadro geral de hospitais brasileiros, o parque hospitalar universitário federal aproxima-se de tendências internacionais por apresentar hospitais com maior número médio de leitos, concentração de densidade tecnológica, bem como, haverem se constituído em centros de pesquisa e formação de profissionais de saúde e em referência para a atenção de média e alta complexidade. As reformas administrativas e gerenciais específicas para os hospitais universitários federais, na qual se inserem o Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF) e a EBSERH, trouxeram possibilidades concretas de superação dos alguns desafios históricos de hospitais no SUS. Mesmo assim, há ainda controvérsia sobre a alternativa gerencial com caráter de gestão indireta adotada pelo governo federal. Identificaram-se impactos positivos na redução do subfinanciamento crônico, com ampliação real dos recursos públicos, originários do SUS e do MEC, que resultaram na ampliação do número de leitos e equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico de alta complexidade. A efetivação da EBSERH, substituindo as fundações privadas, possibilitou a redução da precarização dos vínculos trabalhistas e a profissionalização da gestão dos HUFs. As políticas implementadas reduziram as desigualdades regionais no acesso à rede federal de hospitais universitários. As políticas de gestão do trabalho avançaram na ampliação do número de trabalhadores para os HUFs, substituindo os empregados fundacionais por empregados da EBSERH, por meio de concursos públicos e com planos de carreira. Em geral, se pôde constatar a dificuldade de se realizar mudanças na rede hospitalar universitária federal que beneficiem usuários e que logrem assegurar maior visibilidade à estrutura de poder vigente nestas instituições. Isto fica evidente pela forma centralizada com que é realizado o planejamento e como são tomadas as decisões, excluindo usuários, profissionais e, principalmente, outras instâncias da gestão do SUS.

Palavras-chave: Políticas Públicas de Saúde; Hospitais Universitários; Administração Hospitalar; Planejamento em Saúde; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

This study aims to analyze the implementation of Hospital Policies in Brazilian Federal University Hospitals (HUFs), seeking to describe the planning, structure, work management and financing of these hospitals. The aim is to understand the managers' perception about the implementation of the National Hospital Attention Policy (PNHOSP) guidelines in their institutions and to analyze the effects of the management reforms produced by the Brazilian Hospital Services Company (EBSERH) at Federal University Hospitals. The study is part of the public policies analysis field, using strategies and procedures of mixed methods of research, with quantitative and qualitative approaches. The quantitative approach is composed by the descriptive study of secondary data from the Brazilian Unified Health System (SUS) and the EBSEH and by the descriptive analysis of a Likert scale structured questionnaire applied to HUF managers. The qualitative approach deals with documentary analysis, through thematic content analysis, of the Strategic Executive Plans (PDEs) of the 50 HUFs. As opposed to the general picture of Brazilian hospitals, the federal university hospital facilities are close to international trends because they lodge hospitals with a higher average number of beds, higher concentration of technological density, as well as being constituted in research centers, health professionals training fields and in being reference to the medium and high complexity attention levels. Specific administrative and managerial reforms for federal university hospitals, including the Federal University Hospitals Restructuring Program (REHUF) and EBSEH, have brought concrete possibilities to overcome the historical challenges of hospitals in the SUS. Even so, there is still controversy about the managerial alternative with an indirect management character adopted by the federal government. Positive impacts were identified in the reduction of chronic underfunding, with a real increase in public resources, originating from the SUS and Ministry of Education (MEC), which resulted in an increase in the number of beds and in high complexity diagnostic and therapeutic support equipment. The implementation of EBSEH, replacing private foundations, has made it possible to reduce the precariousness of labor relations and to professionalize the management of HUFs. The implemented policies reduced regional inequalities in access to the federal network of university hospitals. Workforce management policies have advanced in the expansion of the number of employees to HUFs, replacing foundational employees with EBSEH employees through public tenders and career plans. In general, it was possible to verify the difficulty of making changes in the federal university hospital network that benefit users and that manage to ensure greater visibility to the current power structure in these institutions. This is evident from the centralized way in which planning is done and how decisions are made, excluding users, professionals and, especially, other instances of SUS management.

Key words: Public Health Policy; University Hospitals; Hospital Administration; Health Planning; Unified Health System.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. CAPÍTULO 1: Os Hospitais no Mundo e no Brasil	18
3. CAPÍTULO 2: Os Hospitais Universitários Federais Brasileiros	29
4. CAPÍTULO 3: Percursos Metodológicos	41
Objetivos	41
Sujeitos e Métodos	42
5. CAPÍTULO 4: A estrutura dos Hospitais Universitários Federais	47
6. CAPÍTULO 5: A gestão do trabalho nos Hospitais Universitários Federais	64
7. CAPÍTULO 6: O financiamento dos Hospitais Universitários Federais	69
8. CAPÍTULO 7: A percepção dos dirigentes sobre a implementação da PNHOSP	81
9. CAPÍTULO 8: Planejamento em Hospitais Universitários Federais no Brasil	97
10. CAPÍTULO 9: Considerações Finais	118
11. REFERÊNCIAS	122
12. APÊNDICES	137
APÊNDICE 1: Hospitais Universitários Federais no Brasil	137
APÊNDICE 2: Análise estatística do questionário eletrônico	139
APÊNDICE 3: Núcleos Temáticos de Análise dos PDEs	145
13. ANEXOS	154
ANEXO 1: Parecer do CEP/FCM/Unicamp	154
ANEXO 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	155

INTRODUÇÃO

A análise de políticas e programas de saúde ganhou maior relevância na medida em que a Constituição Federal de 1.988 estabeleceu o sistema universal de atenção à saúde como direito do cidadão e dever do Estado. Esse objetivo a ser alcançado por meio dos princípios de universalidade, integralidade e equidade, tem exigido que as estratégias utilizadas pelos distintos gestores do SUS, tanto do nível federal como dos estadual ou municipal, sejam continuamente monitoradas e avaliadas para que os programas atinjam os objetivos propostos de maneira a mais fiel possível, tendo em vista os distintos contextos socioeconômicos e oferta de serviços existentes¹.

Espera-se que as políticas e os programas nacionais sejam formulados considerando evidências científicas relevantes. Entretanto, sempre serão necessários ajustes durante sua fase de implementação, pois o contexto político, social e econômico é mutável e adverso¹. Estudos avaliativos de políticas públicas, quando aplicados à gestão, podem contribuir para melhorar a efetividade das estratégias e ações formuladas, assim como subsidiar a tomada de decisões dos gestores e dos órgãos de controle social².

A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) somente foi aprovada e publicada em dezembro de 2013. Antes, uma série de outras políticas, programas e estratégias governamentais buscaram interferir sobre a rede hospitalar vinculada ao SUS. Segundo Amaral e Campos³, o cenário da atenção e da gestão hospitalar no Brasil foi um dos setores do sistema de saúde que menos transformações experimentou. Nesse sentido, se pode considerar que a rede de Hospitais Universitários Federais se constitui em uma exceção.

Ao longo dos últimos anos estes hospitais foram contemplados com várias políticas específicas dentro do SUS, além de serem incorporados a uma Empresa Pública Federal (EBSERH), evento que vem produzindo transformações na gestão dos hospitais, permitindo uma reestruturação do parque tecnológico, ampliação do número de unidades, de cursos e estudantes vinculados a eles. Ao mesmo tempo, contudo, como não foram resolvidos grande parte dos problemas estruturais e históricos da rede hospitalar, os Hospitais Universitários, apesar de várias mudanças, continuam com dificuldade de lidar com o aumento da demanda assistencial, com o permanente subfinanciamento do SUS, com a instável relação público-privada e ainda com vários outros desafios.

Neste sentido, torna-se necessário e pertinente analisar as Políticas Públicas para os Hospitais Universitários Federais, pois estas instituições estão entre as principais

referências do SUS em alta complexidade, em desenvolvimento de ciência, tecnologia e inovação em saúde e em formação de especialistas.

Assim, no **Capítulo 1** faremos uma revisão sobre a história dos hospitais no Mundo e no Brasil, identificando as principais tendências atuais. No **Capítulo 2** trataremos especificamente dos principais momentos históricos dos hospitais universitários, desde a relação com as escolas médicas surgidas antes dos hospitais de ensino, até a nova fase de reformas administrativas dos Hospitais Universitários Federais brasileiros.

No **Capítulo 3** desenharemos os percursos metodológicos pretendidos, detalhando os objetivos do estudo, os sujeitos e os métodos desenvolvidos. Os capítulos a seguir explicitarão os resultados da pesquisa e a discussão com a literatura. O **Capítulo 4** descreverá a Estrutura Física dos Hospitais Universitários Federais, considerando o número de unidades, leitos gerais e de UTI, assim como alguns equipamentos para apoio diagnóstico e terapêutico de alta complexidade.

No **Capítulo 5** trataremos de aspectos da Gestão do Trabalho nos Hospitais Universitários Federais, considerando os diversos vínculos existentes. O **Capítulo 6** abordará o Financiamento dos Hospitais Universitários Federais, considerando as metodologias utilizadas, assim como a evolução das duas principais fontes de recursos (Fundo Nacional de Saúde e MEC).

O **Capítulo 7** discutirá a percepção dos dirigentes sobre a implementação da Política Nacional de Atenção Hospitalar em seus hospitais. O **Capítulo 8** analisará os processos de planejamento dos Hospitais Universitários Federais, discutindo os movimentos pendulares entre o pensamento estratégico e gerencialismo burocrático. Por fim, o **Capítulo 9** trará as considerações finais e os apontamentos para futuras análises.

CAPÍTULO 1

OS HOSPITAIS NO MUNDO E NO BRASIL

Ao longo das últimas décadas, os sistemas de saúde do mundo passaram por profundas transformações assistenciais e organizacionais, ampliando a oferta de serviços e ações de saúde ambulatoriais e comunitários. Apesar disso, os hospitais seguem ocupando papel estratégico na assistência à saúde. Concentram saberes e tecnologias mais especializadas e são responsáveis pela maior parte dos gastos dos sistemas de saúde. Ainda é no hospital que a maioria das pessoas nascem, recebem assistência nas situações mais graves e morrem⁴.

O hospital é uma instituição secular na história da humanidade. Passou por profundas transformações associadas aos contextos políticos, sociais, econômicos e culturais, além das grandes descobertas científicas e o avanço tecnológico na área da saúde. Porém, ainda preserva parte de seu passado, evidenciado em seus símbolos, rituais e em sua cultura⁴.

Apesar de controvérsias na literatura, o século IV é reconhecido como o marco da história formal dos hospitais. O termo hospital tem suas origens no vocábulo latino *hospes*, cujo significado era convidado ou hóspede. Por muito tempo, variações como *hospitalis* (ser hospitaleiro) e *hospitium* (lugar em que hóspedes eram recebidos), denominavam o local em que pessoas com alguma enfermidade eram acolhidas para tratamento. Na França, o vocábulo “hotel”, que tem a mesma origem semântica dos termos anteriores, teve seu uso estendido para designar hospital, tal como o Hotel Dieu, fundado no ano 661 d.C., que é, ao que tudo indica, o mais antigo ainda em funcionamento no mundo ocidental⁵.

Os hospitais surgem vinculados às ordens religiosas, que cuidavam da organização interna, da administração e do suporte econômico. Eram conhecidos como “Casas de Deus” ou “Casas de Misericórdia”. Devido à sua vocação espiritual e à ausência do exercício da medicina, a missão dos hospitais não era a cura dos pacientes, mas a salvação espiritual. Seu papel era acompanhar o processo de transição entre a vida e a morte⁶.

Entretanto, também desempenhavam a função de exclusão social, pois a miséria e a doença estavam diretamente relacionadas naquela época. O hospital era destinado basicamente aos pobres, e representava um local de isolamento e recolhimento destes da sociedade em geral, pois eram considerados uma ameaça à coletividade. Portanto, ao mesmo tempo em que acolhia, o hospital isolava os pobres enfermos do

convívio social. O hospital medieval não era uma instituição médica ou um espaço terapêutico. Apenas na segunda metade do século XVIII foram estabelecidas as bases do hospital moderno⁷.

O hospital sofreu uma progressiva secularização. Devido às mudanças políticas, econômicas, sociais e culturais durante a Idade Média, a assistência aos pobres passou a ser responsabilidade dos Estados. A administração dos hospitais passou a ser responsabilidade das cidades e não mais da Igreja, sendo mantidos com recursos públicos. Aos poucos os hospitais se transformaram em espaço de estudos, investigação, tratamento e formação médica. A transição do hospital medieval para o hospital moderno associou-se à primeira Revolução Industrial⁶.

Nessa nova concepção, o hospital ganhou o atributo de hospital médico, resultado de dois fatores que modificaram substancialmente as práticas hospitalares: a mudança de foco da intervenção médica e o estabelecimento de regras para o espaço hospitalar. Nesse processo de medicalização do hospital, o profissional médico passou a ser o principal ator da instituição, o responsável pela organização do espaço e das práticas hospitalares. Tal papel não existia até o século XVIII, pois o trabalho médico era essencialmente realizado fora dos hospitais, em consultas privadas⁵.

O espaço do tratamento das doenças deixou de ser a casa das pessoas, e o hospital passou a ser um espaço organizado e controlado pela medicina. Para Foucault⁷, “a tomada de poder pelo médico se manifesta no ritual de visita, desfile quase religioso em que o médico, na frente, vai ao leito de cada doente seguido de toda hierarquia do hospital”. É neste momento que “a medicina se torna hospitalar e o hospital se medicaliza”, fundando o hospital moderno⁶.

“Essa nova rotina hospitalar determinou um novo papel para o hospital, o ensino. O hospital torna-se uma grande sala de aula prática, cujos médicos não apenas exercem e lideram a assistência aos enfermos, mas também se tornam reconhecidamente os profissionais com competência para o ensino médico. O acompanhamento do doente à beira do leito era considerado a peça fundamental para a formação do profissional médico. Nesse sentido, o hospital passa a ser visto não mais como um espaço de morte dos excluídos e de doentes de guerra, mas, cada vez mais, como um espaço de cura e formação de profissionais. A partir daí, o conceito de hospital médico se espalhou por todos os continentes, o que estreitou a relação entre as escolas médicas e os hospitais. Mas foi no século XX, com a elaboração e difusão do Relatório Flexner (1910), que tal relação tornou-se ainda mais próxima”⁵.

Segundo Coelho⁸, “do lado de fora do hospital” a saúde pública se desenvolvia, criando normas, rotinas, recomendações e prescrições de comportamento que não visavam mais o indivíduo isoladamente, mas os fenômenos coletivos. A natalidade, a morbidade, a mortalidade e a longevidade da população ou de grupos de indivíduos. Surgiram os serviços

de estatísticas sanitárias. Os fenômenos populacionais passaram a ser medidos e quantificados. As técnicas de prevenção e controle de doenças transmissíveis, de epidemias e endemias, aliados às mudanças demográficas e do perfil de doenças da população tornaram-se importantes estímulos externos a novas mudanças na configuração dos hospitais.

O período entre o fim da Segunda Guerra Mundial e meados da década de 1970 marcou o auge da assistência médico-hospitalar no mundo. A partir de 1945 ocorreu um importante desenvolvimento econômico e social, que ficou conhecido como o Estado do Bem-Estar Social na Europa, com a expansão das políticas sociais, incluindo as políticas de saúde. Grande parte dos países europeus reconheceu o direito à saúde como direito de cidadania, desenvolvendo sistemas universais de saúde. Ampliou-se o acesso aos serviços de saúde e o financiamento das políticas de saúde, em muitos casos, reproduzindo e ampliando o modelo hospitalocêntrico da atenção à saúde, apesar de importante expansão dos serviços de atenção primária⁴.

O hospital tornou-se o centro dos sistemas de saúde, “símbolo de prestígio profissional, sofisticação tecnológica, conforto e segurança para o paciente”⁴. A instituição hospitalar configurou-se em edificações arrojadas, com grande número de leitos, amplo e diversificado corpo de especialistas, concentrando um moderno parque tecnológico.

Entretanto, esse “*boom* da medicina hospitalar” provocou um crescimento exorbitante dos custos assistenciais, trazendo preocupações com a sustentabilidade financeira dos sistemas nacionais de saúde. A crise econômica mundial do final da década de 1970 provocou uma profunda redução dos investimentos públicos nos sistemas nacionais de saúde, induzindo importantes reorientações das políticas de saúde. A temática da gestão hospitalar entrou na agenda acadêmica e política, buscando modelos gerenciais e administrativos mais eficientes e racionalizadores da atenção hospitalar e da prática médica^{4,9}.

Além da vertente econômica, com o controle dos gastos hospitalares, destaca-se a formulação de um novo modelo de organização da assistência à saúde, por meio dos sistemas integrados de serviços de saúde, com a atenção básica no centro deste sistema¹⁰.

Fatores demográficos e epidemiológicos, como o expressivo aumento da expectativa de vida, o envelhecimento populacional, a redução das doenças infectocontagiosas, o aumento dos agravos crônicos e das causas externas têm justificado as reformas que privilegiem a promoção da saúde e o cuidado integral.

Uma nova prática médica vem se consolidando, buscando uma redução do tempo de permanência em internações hospitalares. Recomenda-se que os pacientes voltem o mais rápido possível para o convívio familiar e social. O ambiente hospitalar passou a ser considerado potencialmente iatrogênico. O desenvolvimento científico e tecnológico permite a transferência de procedimentos para fora do hospital. Surgem novas modalidades assistenciais, como o hospital-dia, a cirurgia ambulatorial, a atenção domiciliar e o centro de enfermagem⁴.

Estas mudanças assistenciais vieram acompanhadas de reformas da gestão hospitalar, buscando redução dos custos e ampliação da eficiência. Surgem inovações gerenciais para a profissionalização da gestão, com o uso intensivo de tecnologias de informação e ferramentas gerenciais oriundas do setor empresarial. Destacam-se as abordagens da qualidade total, da reengenharia, do planejamento estratégico, da remuneração baseada no desempenho e dos contratos de gestão⁴.

O conjunto destas reformas repercutiu no padrão de utilização dos serviços hospitalares em todo o mundo. Pesquisas da Organização para Cooperação do Desenvolvimento Econômico (OCDE) indicam acentuada queda do tempo médio de permanência das internações por condições agudas, associada a uma substantiva redução da oferta de leitos hospitalares em todos os países. Assim, a capacidade instalada dos leitos se revelava excessiva, justificando políticas de “desospitalização” que reduziram os leitos hospitalares, o fechamento ou fusão de hospitais e a conversão de serviços hospitalares em casas de enfermagem.

“Encontra-se em gestação um novo hospital, que agora opera integrado a uma rede diversificada de serviços de saúde. Este novo hospital, necessariamente de maior densidade tecnológica, tem um domínio de ação mais restrito, voltado especificamente para o atendimento aos casos mais graves, que exigem cuidados intensivos. Ao mesmo tempo, aumentam as suas responsabilidades como serviço de retaguarda e de apoio técnico à rede assistencial, como instituição de formação de especialistas e de desenvolvimento da educação permanente e ainda como espaço de desenvolvimento de projetos de investigação clínica, epidemiológica e administrativa. A instituição hospitalar mais uma vez se renova e segue exercendo um papel importante no sistema de saúde”⁴.

Araújo e Leta⁵ elaboraram um quadro sintetizando alguns marcos históricos que indicam as mudanças vivenciadas pelos hospitais ao longo dos séculos.

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 assistência

Fonte: (Araújo; Leta, 2014)

Os Hospitais no Brasil

Apesar de não haver uma periodização consensual da história dos hospitais brasileiros, a literatura indica certa similaridade com a história dos hospitais europeus. Os hospitais brasileiros, pelo menos até o império, apresentaram semelhanças com a estrutura hospitalar portuguesa, que, por sua vez, desenvolveu-se com poucas diferenças das estruturas hospitalares francesas e do continente europeu⁸.

A estrutura e a organização da atenção hospitalar no Brasil refletem a evolução histórica da organização sanitária do País, sendo possível sintetizar três principais momentos. Destaca-se, em um primeiro momento, a constituição da rede hospitalar brasileira, ocorrida ainda no Brasil Colônia, e que se estendeu até a organização do modelo previdenciário. Verifica-se nesse período a associação dos hospitais a ordens religiosas, no modelo das Santas Casas, bem como a conformação da prática médica liberal no País. No segundo momento, de configuração do modelo previdenciário de atenção à saúde, houve a grande expansão de hospitais públicos, associados às universidades ou ao sistema previdenciário, e ao desenvolvimento da medicina científica. Nesse período também se observavam as primeiras tentativas de aproximar os hospitais universitários da estrutura assistencial do País. O terceiro momento é período de grandes reformas políticas e administrativas voltadas para organizar a atenção à saúde em lógica de sistema, visando à construção do SUS¹¹.

O primeiro hospital brasileiro, a Santa Casa de Misericórdia de Santos, foi fundada ainda na colônia, em 1543, por Braz Cubas e por padres jesuítas. Em seguida surgiram a Santa Casa de Vitória (1555), que tinha o Padre Anchieta como capelão, a Santa Casa de Olinda (1560), a Santa Casa de São Paulo (por volta de 1560); a Santa Casa de Ilhéus (1564); a Santa Casa de Salvador (entre 1549 e 1572); e a Santa Casa do Rio de Janeiro (1585). Ao longo dos séculos XVII e XVIII proliferaram instituições semelhantes por todo o Brasil¹².

A chegada da família real portuguesa ao Brasil, em 1808, representou importante marco na história da saúde brasileira. Foram fundadas as Escolas de Cirurgia do Rio de Janeiro (1813) e da Bahia (1815). Os médicos, que antes se formavam em Portugal e outros locais, começaram a ser formados no País. Este período implicou também em alterações nas estruturas hospitalares. Para cuidar dos feridos e adoentados do exército, a Coroa construiu alguns hospitais próprios, como o de Desterro (atual Florianópolis) e o Hospital da Marinha, em Salvador; e fez contribuições econômicas importantes para a manutenção e melhoria das Santas Casas, com o objetivo de que estas também pudessem, em algumas circunstâncias, ministrar assistência às tropas¹².

Durante o Império e início da República, os governos implementaram diversas políticas de estímulo à imigração. A segunda metade do Século XIX e o início do Século XX marcaram a construção de um grande número de hospitais de influência portuguesa, que se acentuou com o processo migratório, em várias cidades do País, entre os quais a Beneficência Portuguesa do Rio de Janeiro (1840), Beneficências Portuguesas de São Paulo (1859) e de Santos (1889), o Hospital Português da Bahia (1866), o Real Hospital Português (1855) em Recife, além de outras unidades no Rio Grande do Sul e cidades do interior de São Paulo, entre outros⁸.

No início do século XX, o Estado aprofundou o modelo do sanitarismo campanhista, promovendo ações de cunho higienista voltadas para a vigilância dos portos, saneamento das cidades, produção de vacinas e controle de epidemias e endemias. No campo da assistência hospitalar interviu de maneira focalizada em segmentos populacionais estigmatizados e excluídos da sociedade, que poderiam trazer impactos não apenas para os indivíduos em si, mas também para toda a população, segundo os pensamentos da época. Assim, criou hospitais especializados como os leprosários (para pacientes com hanseníase), sanatórios (para pacientes com tuberculose) e manicômios (para paciente com transtornos mentais).

No início do século XX, surgiu a assistência médica previdenciária no Brasil, com a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP), em 1923, por meio da Lei Eloy Chaves. Entre as atribuições das CAP se encontrava a assistência médica aos trabalhadores da empresa e seus familiares. Esta assistência se deu através da criação de ambulatórios próprios pelas empresas para prestação de cuidados médicos e pela contratação dos hospitais, à época, constituídos em sua quase totalidade por Santas Casas. Em 1937, a fusão das CAP em Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP) ampliou a assistência à saúde, que, organizada anteriormente por empresa, passou a ser estruturada por categoria profissional¹³.

No período que vai da Segunda Guerra até 1965, surgiram os primeiros hospitais previdenciários e seus Postos de Atendimento Médico (PAMs). Tratava-se de grandes hospitais gerais e de gigantescos ambulatorios médicos, com múltiplas especialidades, espalhados por todo o País, em especial nos grandes centros urbanos. Em 1966, no início da ditadura civil militar, ocorreu a fusão dos IAPs no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). A política de assistência adotada privilegiou, de forma mais explícita que nos períodos anteriores, a compra de serviços do setor privado (filantrópico ou lucrativo) em detrimento da construção de unidades públicas próprias. Além de garantir o financiamento do setor hospitalar privado por meio da compra de serviços, a ditadura civil militar financiou a expansão e a consolidação deste setor com recursos do Fundo de Apoio à Assistência Social (FAS) para a construção de hospitais privados^{8,13}.

Esta trajetória estruturou e fortaleceu o modelo de assistência médica, hospitalocêntrico e liberal-privatista. Neste modelo, o hospital é o principal (ou o único), serviço de saúde do sistema, predominando a concepção biomédica das clínicas, do “hospital de clínicas”. O regime civil militar potencializou a privatização do conjunto de unidades hospitalares em todo o Brasil, com personalidades jurídicas filantrópicas ou liberais-privatistas. Mas este modelo de compra de serviços do setor privado, com utilização excessiva do hospital para o enfrentamento dos problemas da saúde, começou a ser questionado pela sua ineficiência, seletividade e elevado custo¹⁴.

Em decorrência da crise financeira e da crise de credibilidade da capacidade dos hospitais contribuírem na melhoria dos padrões de saúde, teve início uma série de projetos, programas e iniciativas - como o PIASS (Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento), PREV-SAUDE (Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde), PAIS (Programa de Ações Integradas de Saúde) e AIS (Ações Integradas de Saúde). Além destes programas, ressalta-se a importância do SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde), que transferiu o parque hospitalar público e a gestão do setor privado para as Secretarias Estaduais de Saúde. Esta política é fundamental para compreender o cenário atual dos Estados brasileiros, sobrecarregados pela gestão hospitalar. Estes programas procuravam racionalizar o gasto com a assistência médica e são considerados precursores do SUS. Como pontos comuns, podemos dizer que fomentavam atenção ambulatorial privilegiando os investimentos nas unidades públicas, aí incluídos os hospitais das três esferas de governo⁸.

Em paralelo, destaca-se um movimento que envolveu um amplo conjunto de forças sociais da saúde e de toda a sociedade, denominado Movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Este movimento tornou-se uma grande frente de defesa da democratização e da

saúde, influenciando decisivamente no fim do sistema de assistência médica previdenciária e a aprovação do direito universal à saúde na Constituição Federal de 1988¹⁵.

No nascimento do SUS, o Brasil contava com aproximadamente meio milhão de leitos hospitalares. Em torno de 15% pertenciam ao setor público e a imensa maioria pertencia aos setores privado e filantrópico, com predomínio dos últimos⁸. Grabois et al.¹⁶ classificaram os hospitais públicos em três grupos: hospitais previdenciários e universitários (em geral, administrados pela esfera federal); um grupo constituído pelos antigos hospitais asilares (hanseníase, tuberculose e psiquiátricos), também geridos pela esfera federal e um terceiro grupo constituído por hospitais estaduais e escassos hospitais municipais. No conjunto somavam menos de duas mil unidades hospitalares.

A partir dos anos 1990 foram formuladas leis, normas e estratégias para a operacionalização das diretrizes constitucionais e efetivação do Sistema Único de Saúde. Enquanto as Leis Orgânicas da Saúde^{17,18} trazem as principais diretrizes e estratégias, as Normas Operacionais Básicas¹⁹⁻²¹, apontavam mudanças no financiamento hospitalar, nos sistemas de informações hospitalares e na criação de instrumentos de gestão, que buscavam a eficácia e o alcance de resultados. O Ministério da Saúde editou normas que definiam com maior especificidade as competências de gestão, estabelecendo compromissos para contratualização dos hospitais entre entes públicos, definia parâmetros assistenciais nacionais de cobertura e produtividade dos serviços de saúde¹⁴.

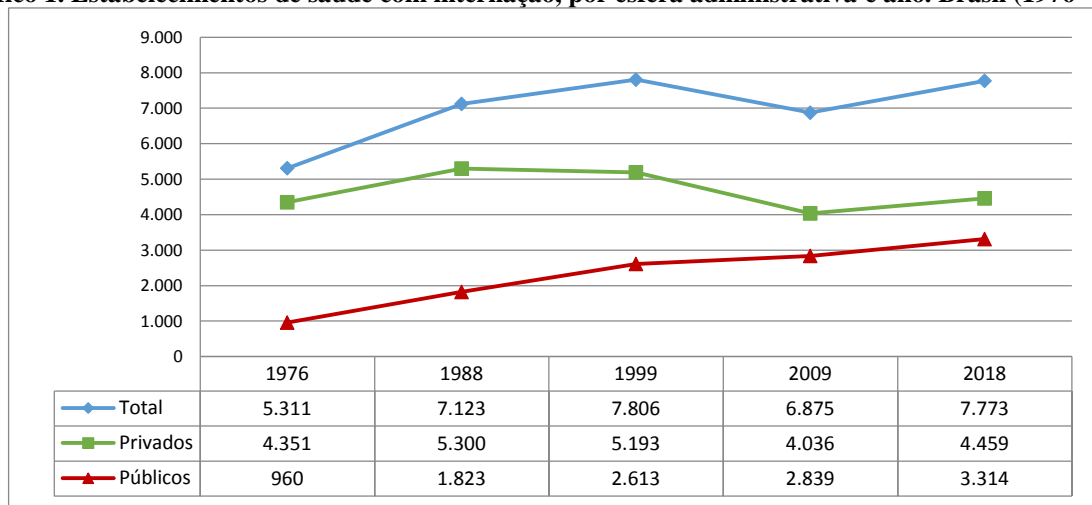
No entanto, o parque hospitalar brasileiro apresentava um conjunto de problemas de difícil solução e que persistem até hoje, em grande medida. Predomínio de hospitais de portes médio e pequeno, baixa resolutividade, dificuldade de gestão do trabalho em saúde (em particular, do trabalho médico), distribuição heterogênea pelas regiões do país, concentração em grandes centros urbanos, pequeno número de leitos controlados diretamente pelo Estado, competição entre o SUS e a saúde suplementar pela contratação dos hospitais privados e acentuado declínio no número de leitos hospitalares a disposição do País, a partir da década de 1990⁸.

Os dados das pesquisas sobre Assistência Médico-Sanitária²², realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e pelo Ministério da Saúde, desde 1976 até 2009, e do Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), de outubro de 2018, nos ajudam a compreender as tendências do parque hospitalar brasileiro ao longo das últimas quatro décadas (Gráfico 1).

O número total de estabelecimentos de saúde com internação no País aumentou até o ano de 1999, quando sofreu uma queda significativa até 2009. A partir daí demonstra

recuperação. Enquanto o setor hospitalar público apresentou aumento em todo o período analisado, o setor privado apresentou declínio acentuado no número de unidades a partir do início da década de 1990, com a implantação do SUS, até 2009, retomando seu crescimento na última década. As políticas implantadas pelo Sistema Único de Saúde promoveram a ampliação do número de hospitais públicos da Rede de Atenção à Saúde, mas, em virtude, do predomínio de hospitais de pequeno e médio porte, não foi reduzida significativamente a hegemonia política e econômica do setor privado no período. O controle da maioria dos leitos continuou, apesar da implementação do SUS, com a área privada empresarial.

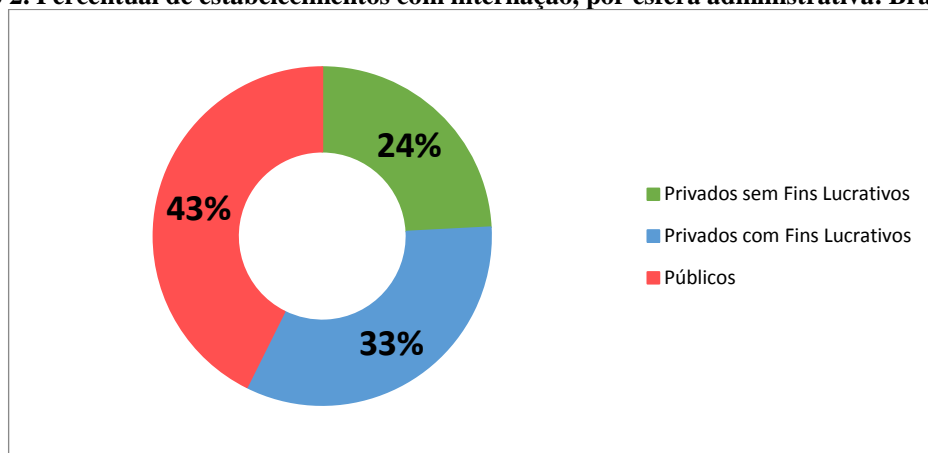
Gráfico 1. Estabelecimentos de saúde com internação, por esfera administrativa e ano. Brasil (1976 - 2018)



Fonte: IBGE, 2010 (dados de 1976 a 2009); SCNES, 2018 (dados de 2018)

Segundo dados do SCNES, a rede hospitalar brasileira é constituída de 7.773 unidades, divididas em três grandes grupos: 3.314 hospitais públicos (43%), 2.580 hospitais privados com fins lucrativos (33%) e 1.879 hospitais privados sem fins lucrativos (24%) (Gráfico 2).

Gráfico 2. Percentual de estabelecimentos com internação, por esfera administrativa. Brasil (2018)

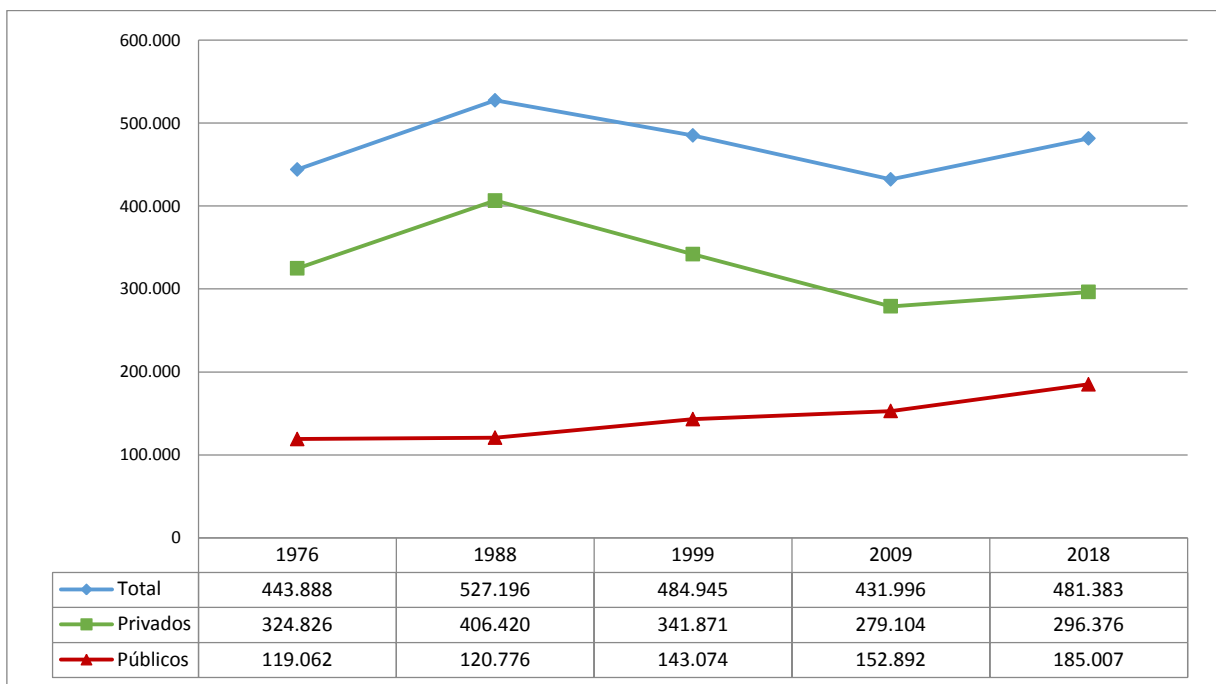


Fonte: SCNES, 2018

Deste total de hospitais existentes, 72,6% possuem leitos oferecidos ao Sistema Único de Saúde (5.455 hospitais), sendo que 55,7% são hospitais públicos, 31,7% são hospitais privados sem fins lucrativos e 12,6% são hospitais privados com fins lucrativos (Brasil, 2018).

Analisando o Gráfico 3, percebe-se que o número total de leitos de internação em estabelecimentos de saúde apresentou importante redução entre 1988 e 2009, aumentando na última década. O número de leitos em hospitais públicos aumentou em todo o período analisado, principalmente após a criação do SUS, em 1988. Por outro lado, a quantidade de leitos localizados em hospitais privados apresentou forte queda a partir de 1988 até 2009, devido à crise do modelo de financiamento dos prestadores privados e às crises econômicas das décadas de 1980 e 1990. Nota-se, também, que a partir de 2009, há uma tendência de crescimento gradual do setor privado na última década (2009 - 2018).

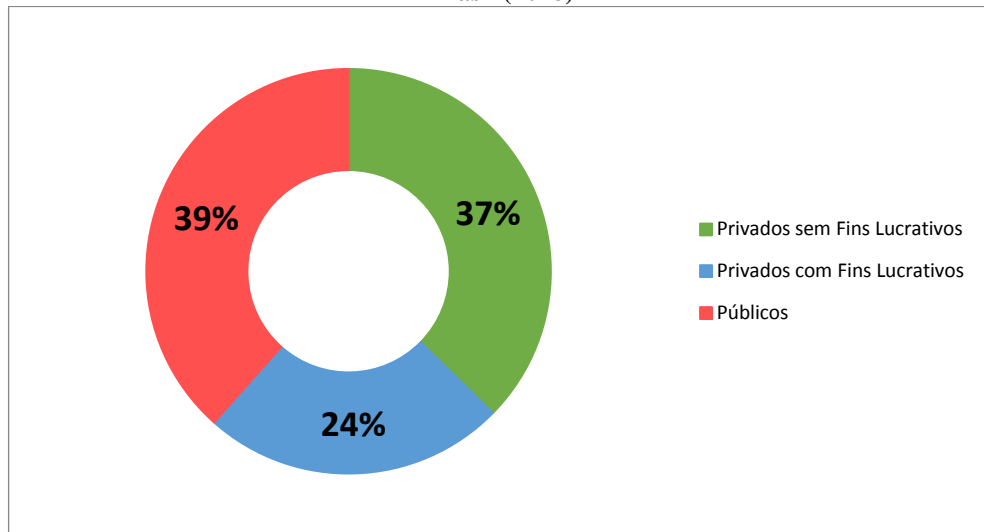
Gráfico 3. Leitos em estabelecimentos de saúde com internação, por esfera administrativa e ano. Brasil (1976 - 2018)



Fonte: IBGE, 2010 (dados de 1976 a 2009); SCNES, 2018 (dados de 2018)

Os recentes dados do SCNES também relevam que o conjunto de estabelecimentos de saúde com internação no Brasil possui 481.383 leitos, divididos em três grandes grupos de instituições: 185.007 estão em hospitais públicos (39%), 179.828 leitos em hospitais privados sem fins lucrativos (37%) e 116.548 estão em hospitais privados com fins lucrativos (24%) (Gráfico 4).

Gráfico 4. Percentual de leitos em estabelecimentos de saúde com internação, por esfera administrativa. Brasil (2018)



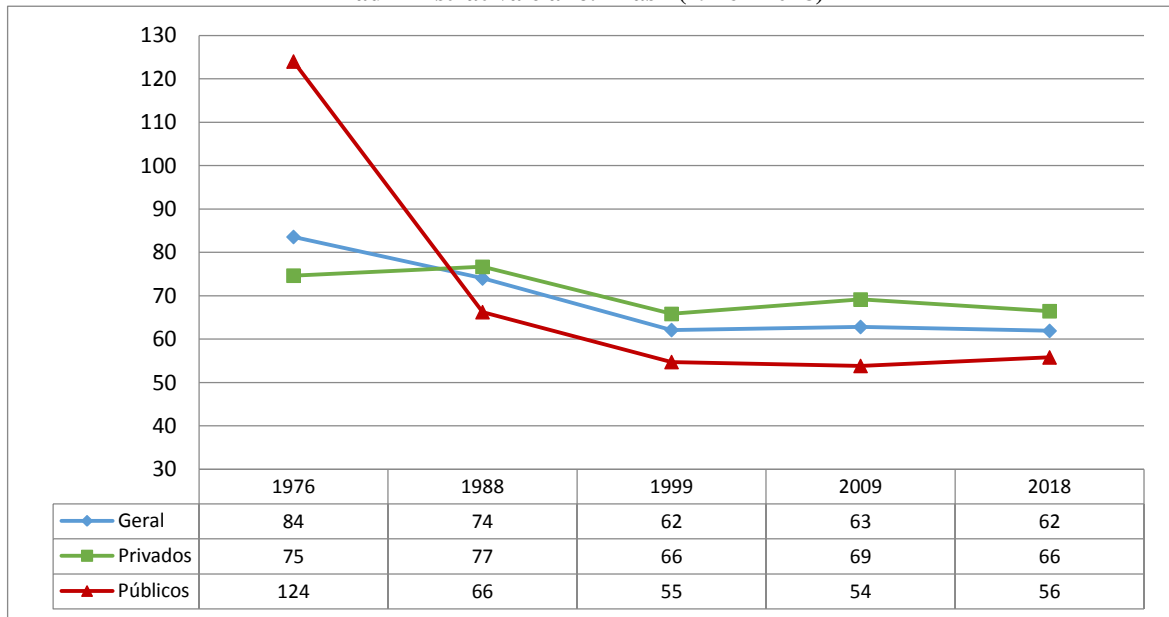
Fonte: SCNES, 2018

Do total de leitos de internação existentes no Brasil, 67,9% estão disponíveis ao SUS (327.010). Deste montante, 53,8%, estão em hospitais públicos, 38% estão em hospitais privados sem fins lucrativos e apenas 8,2% estão localizados em hospitais privados com fins lucrativos (Brasil, 2018).

Destaca-se, todavia, a retomada do crescimento do número de hospitais e leitos privados na última década, relacionado provavelmente, ao subfinanciamento crônico do SUS, às dificuldades encontradas pelos gestores municipais e estaduais em garantir o acesso adequado e ao crescimento do número de usuários dos planos privados de saúde.

Analisando o número médio de leitos em estabelecimentos de saúde com internação, percebe-se que os poucos hospitais públicos existentes Brasil antes do SUS, em geral eram de médio a grande porte. O Gráfico 5 demonstra uma acentuada redução do número médio de leitos em hospitais públicos, principalmente entre 1976 e 1988, persistindo até 2009, com um pequeno aumento na última década. Para o setor privado, a realidade é distinta. Há uma manutenção do número médio de leitos nestes estabelecimentos ao longo das quatro décadas analisadas.

Gráfico 5. Número médio de leitos em estabelecimentos de saúde com internação, por esfera administrativa e ano. Brasil (1976 - 2018)



Fonte: IBGE, 2010 (dados de 1976 a 2009); SCNES, 2018 (dados de 2018)

Este movimento de ampliação do número de hospitais e redução do número de leitos decorre da abertura de hospitais com menor número de leitos e do fechamento de hospitais maiores. Esta evolução é considerada um paradoxo, visto que o Brasil, seguindo a tendência mundial, deveria reduzir o número de leitos, mas com incorporação tecnológica em instituições hospitalares de grande porte⁴.

Apresentam-se duas tendências da atenção hospitalar brasileira. Em um polo, mais próximo às características internacionais, encontra-se hospitais com mais de 200 leitos, representando cerca de 7% dos serviços hospitalares. Estes hospitais possuem maior densidade tecnológica, maior sustentabilidade econômica e tendem a ser mais resolutivos. No outro polo, representando 39% dos hospitais, estão os serviços que possuem até 30 leitos, com ociosidade na ocupação dos leitos e menor resolutividade⁴.

A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP)

A partir publicação da Portaria do Ministério da Saúde nº. 3390, de 30 de dezembro de 2013, todos os hospitais públicos e privados que prestam serviços ao SUS deveriam ser orientados pela Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). Entretanto, esta Política é fruto de avanços e limites de um amplo conjunto de estratégias e políticas desenvolvidas pelas diversas gestões do governo federal ao longo da história. Antes de descrevermos com mais cuidado a PNHOSP, buscaremos uma breve retrospectiva dos principais marcos legais e institucionais que subsidiam a formulação da Política em tela.

Para esta análise utilizaremos como roteiro o recente estudo publicado por Santos e Pinto²³, que trata das convergências e divergências da PNHOSP com as diretrizes das Conferências Nacionais de Saúde e dos Planos Nacionais de Saúde.

Os autores identificam dois períodos históricos de formulação das bases da PNHOSP. O primeiro período estende-se do governo Sarney (1985-1989) até o fim do segundo governo FHC (1999-2002). O segundo período compreende os dois mandatos do governo Lula (2003-2010) e a primeira gestão do governo Dilma (2011-2014).

Após a publicação das Leis Orgânicas da Saúde em 1990^{17,18}, que marcam o início da implantação do SUS, foram instituídas as Normas Operacionais Básicas (NOB). A NOB 01/1991¹⁹ conduziu à equiparação dos prestadores públicos e privados quanto ao repasse orçamentário para atenção hospitalar e conformou o Sistema de Informação Hospitalar (SIH) via Autorização de Internação Hospitalar (AIH), mas não rompeu com a lógica reguladora estabelecida pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). A NOB 01/1993²⁰ criou os mecanismos de descentralização da gestão e capacidade regulatória aos municípios e estados e o orçamento por meio de repasses aos respectivos Fundos de Saúde. No mesmo ano foi extinto o INAMPS e criado o Sistema Nacional de Auditoria. Em paralelo, a criação de normas para compras e contratos no setor público por meio da Lei de Licitações nº. 8.666, de 1993, tornou-se um marco para a gestão pública brasileira²³.

O governo FHC criou o Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), buscando a modernização administrativa e implantando a agenda reformista da administração pública gerencialista. As políticas de orientação neoliberal promoveram as privatizações das empresas públicas, a diminuição do funcionalismo público, a seletividade de políticas sociais e a reforma previdenciária²⁴. Destacam-se três marcos legais que impactaram fortemente a gestão pública de saúde: a Emenda Constitucional nº. 19/1998²⁵, que incluiu o princípio da eficiência na administração pública; a Lei nº. 9637/1998²⁶, que cria o Programa Nacional de Publicização e regulamenta a terceirização da gestão de serviços públicos por empresas privadas sem fins lucrativos, qualificadas como Organizações Sociais (OS); e a Lei de Responsabilidade Fiscal nº. 101/2000²⁷, que cria um conjunto de normas sobre finanças públicas voltadas para a gestão fiscal e define limites para contratação de servidores e impõe dificuldades para a gestão das políticas sociais que demandam um número expressivo de trabalhadores para a sua efetivação.

Santos e Pinto²³ afirmam que a formulação da política de atenção hospitalar deste período foi conduzida à luz do projeto governista de terceirizações, privatizações e reforma

administrativo-financeira que criou as Organizações Sociais como um dos modelos alternativos de gestão pública indireta; via governamental denominada como publicização pelo Ministério da Reforma do Estado.

A partir de 2003, com a posse do governo Lula, a nova agenda política da saúde destacava a necessidade de mudança do modelo hegemônico de organização da atenção à saúde e da gestão das instituições e serviços de saúde. A nova gestão tentou gerar movimentos de reformas das políticas e dos programas, buscando ampliar a participação dos sujeitos, diminuir a fragmentação entre políticas de saúde, criar espaços coletivos de formulação e implementação de estratégias e fortalecer as relações entre os entes federados. Mas nem todos estes objetivos foram postos em prática²⁸.

Em 2004 o Ministério da Saúde apresentou a Reforma da Atenção Hospitalar Brasileira²⁹, indicando esforços governamentais à recondução da atenção hospitalar. Apresentava um diagnóstico detalhado do parque hospitalar brasileiro, explicava os determinantes da crise da atenção hospitalar e apresentava um conjunto de propostas de readequação do modelo de atenção à saúde e normatização à política pública de atenção hospitalar no Brasil. A proposta de reforma estava norteadas na garantia do acesso, na humanização, na inserção dos hospitais na Rede de Atenção à Saúde, na democratização da gestão, na descentralização e na regionalização das políticas de atenção hospitalar.

No mesmo período o governo federal instituiu um conjunto de políticas que articulavam os componentes hospitalares à Rede de Atenção à Saúde, como a Política Nacional de Humanização, a Política Nacional de Atenção às Urgências³⁰, a Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte³¹, o Pacto pela Saúde³², a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, a Política Nacional de Regulação do SUS³³ e a Rede de Atenção à Saúde³⁴. Vale ressaltar que, em virtude da complexidade da questão hospitalar no Brasil, estas políticas não resolveram grande parte das dificuldades e impasses da atenção hospitalar no país.

Em continuidade com a gestão anterior, o governo Dilma (2011-2014) redefiniu a Política Nacional de Atenção às Urgências e regulamentou a Rede de Atenção às Urgências no SUS³⁵, a Rede Cegonha³⁶, a Rede de Atenção Psicossocial³⁷, a Rede de Atenção às Doenças Crônicas³⁸, a Rede de Cuidados às Pessoas com Deficiência³⁹, redefiniu a Atenção Domiciliar no SUS⁴⁰ e implantou o Programa Nacional de Segurança do Paciente⁴¹. Segundo Santos e Pinto²³, o conjunto destas políticas objetivava ajustar contratualmente as relações assistenciais e gerenciais dos serviços de saúde, aperfeiçoar o planejamento da atenção hospitalar frente às redes de atenção e redefinir conceitualmente a atenção hospitalar do SUS.

As políticas formuladas neste segundo período analisado retomaram a municipalização e a regionalização do SUS e o fortalecimento da contratualização como instrumentos de melhoria e aperfeiçoamento da administração pública, por meio dos termos de compromisso entre entes públicos e contratos de gestão. Não obstante, estimularam o fortalecimento das alternativas de gestão indireta²³.

Após a formulação deste conjunto de políticas, o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP)⁴², que é considerada um marco histórico importante, pois aglutina resoluções e portarias que constituem o marco jurídico da atenção hospitalar brasileira e consolida as estratégias presentes nas políticas anteriores.

A PNHOSP reformula a forma de gestão e atenção hospitalar no SUS dentro das três esferas governamentais (municipal, estadual e federal), define e classifica os estabelecimentos e os mecanismos de articulação entre os hospitais e os demais pontos de atenção da RAS.

Esta Política define hospitais como:

“[...] instituições complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsáveis pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação”⁴².

A PNHOSP apresenta diretrizes como a garantia de universalidade de acesso, a equidade e integralidade na atenção hospitalar, um modelo de atenção centrado no cuidado ao usuário, acesso regulado de acordo com o estabelecido na Política Nacional de Regulação do SUS e atenção humanizada em consonância com a Política Nacional de Humanização e com a Clínica Ampliada, transparência e eficiência na aplicação de recursos, participação e controle social no processo de planejamento.

Construída sob seis eixos (Assistência Hospitalar; Gestão Hospitalar; Formação, Desenvolvimento e Gestão da Força de Trabalho; Financiamento; Contratualização; e Responsabilidades das Esferas de Gestão), estabelece que os hospitais, além da assistência, constituem-se, em espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa e avaliação de tecnologias em saúde para a RAS⁴².

No âmbito da **assistência hospitalar**, a Política trata da sua organização a partir das necessidades da população, com a finalidade de garantir o atendimento aos usuários, baseado em equipe multiprofissional, na horizontalização do cuidado e na regulação do acesso, que assegure o acesso, a qualidade da assistência e a segurança do paciente.

O eixo da **gestão hospitalar dispõe** sobre o cumprimento de metas pactuadas na contratualização com o gestor, a eficiência e a transparência da aplicação dos recursos, o planejamento participativo e democrático, a responsabilidade com regulação, a adoção de ferramentas de gestão (plano diretor, contrato interno de gestão, colegiados de gestão, ouvidoria e pesquisa de satisfação dos usuários), ambiência necessária, uso dos sistemas de informação, profissionalização da administração, investimentos e integração com os demais pontos de atenção da RAS^{42,43}.

Sobre o eixo da formação, desenvolvimento e gestão da força de trabalho a PNHOSP define que todos os espaços de produção das ações e serviços de saúde no SUS constituem-se em campo de prática para ensino, pesquisa e incorporação tecnológica em saúde, sendo que os hospitais integrantes do SUS devem desempenhar um importante papel na formação, tanto para suas equipes como para o matriciamento dos trabalhadores dos demais pontos de atenção da RAS, de acordo com o pactuado com os gestores. Define ainda, que os hospitais devem integrar programas e políticas prioritárias de formação em saúde, bem como desenvolverem gestão da força de trabalho na atenção hospitalar no SUS direcionada para aperfeiçoar mecanismos de provimento, fixação e habilitação de profissionais, como avaliação de desempenho, educação permanente e avaliação da atenção à saúde do trabalhador.

O quarto eixo da PNHOSP trata do **financiamento**, que deve ser tripartite, pactuado entre as três esferas de gestão do SUS. Todos os recursos que compõem o custeio das ações e serviços para a atenção hospitalar devem estar em um único instrumento formal de contratualização, mediado pelo cumprimento de metas quali-quantitativas de assistência, gestão e ensino/pesquisa. Já os recursos de investimento deverão considerar critérios de ampliação da capacidade instalada, renovação do parque tecnológico e inovações de tecnologias, contemplando a implementação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde e programas prioritários do SUS, bem como a priorização das regiões remotas com grandes vazios assistenciais.

O quinto eixo da PNHOSP trata das **responsabilidades das esferas de gestão** (União, Estados, Distrito Federal e Municípios), responsáveis pela organização e execução das ações da atenção hospitalar nos seus respectivos territórios, de acordo com os princípios e diretrizes estabelecidos.

Por fim, a Política Nacional de Atenção Hospitalar traz também o eixo da **contratualização**. Este eixo dispõe sobre a formalização da relação com os hospitais que prestam ações e serviços ao SUS por meio de instrumento legal de contratualização e seu

conceito, estabelece suas finalidades e os critérios de priorização dos que os gestores do SUS devem estabelecer contratos com os estabelecimentos.

Sobre este eixo, destaca-se a Portaria nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013⁴⁴, publicada no mesmo dia da PNHOSP, que estabelece as diretrizes para contratualização de hospitais no âmbito do SUS em consonância com a mesma. A contratualização tem como finalidade a formalização da relação entre gestores públicos de saúde e hospitais integrantes do SUS, por meio do estabelecimento de compromissos entre as partes que promovam a qualificação da assistência e da gestão hospitalar de acordo com as diretrizes estabelecidas na PNHOSP.

Apesar de todos os avanços decorrentes da formulação da PNHOSP, seu processo de implementação tem enfrentado obstáculos e problemas que reduziram bastante o escopo de sua real implementação em todo o país, tais como a ausência de planejamento, o alto custo dos serviços hospitalares, o financiamento insuficiente, a incorporação tecnológica acrítica, a sobreposição de tecnologias, o baixo investimento em qualificação profissional, a insuficiência de parâmetros técnicos e epidemiológicos existentes e a baixa regulação da oferta assistencial hospitalar⁹.

CAPÍTULO 2

OS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS BRASILEIROS

Como vimos anteriormente, ao longo do século XIX os hospitais sofreram inúmeras mudanças conceituais, que foram acompanhadas por mudanças organizacionais. Dentre elas, destaca-se a exigência de criação de hospitais próprios vinculados às escolas médicas, que aparece como uma das recomendações do Relatório Flexner, publicado em 1910⁴⁵. A partir daí, origina-se um novo conceito de hospital, o hospital de ensino (médico), que quando vinculado a uma universidade é também denominado hospital universitário (HU).

O hospital tornou-se uma grande sala de aula prática, cujos médicos não apenas exercem e lideram a assistência aos enfermos, mas também se tornam reconhecidamente os profissionais com competência para o ensino médico. O acompanhamento do paciente à beira do leito era a atividade fundamental para a formação do profissional médico. O hospital passa a ser visto não mais como um espaço de morte dos excluídos e de doentes de guerra, mas, cada vez mais, como um espaço de cura e formação de profissionais. A partir daí o conceito de hospital médico se espalhou por todos os continentes, o que estreitou a relação entre as escolas médicas e os hospitais. Mas foi no século XX, com a elaboração e difusão do Relatório Flexner, que tal relação se tornou ainda mais próxima⁵.

O Relatório Flexner, financiado pela American Medical Association, apresentou um amplo diagnóstico da situação das escolas e da educação médica nos EUA e no Canadá. O relatório identificou uma série de problemas relacionados ao ensino médico desses países, entre eles, a falta de relação entre a formação científica e o trabalho clínico e a falta de controle administrativo e organizacional das escolas médicas sobre os hospitais de ensino, que serviam de campo prático para seus estudantes. O relatório recomendava mudanças curriculares, mas também mudanças estruturais, como a construção de um hospital próprio e a integração da pesquisa ao ensino e à assistência. Tal integração passou a ser um requisito para o credenciamento e a avaliação dessas instituições naqueles países. Esse novo conceito de hospital, vinculado formalmente às escolas médicas e que pressupõe a integração da pesquisa ao ensino e à assistência, também se difundiu pelo mundo, passando a coexistir com o modelo anterior^{46,47}.

Os primeiros hospitais brasileiros surgiram no período colonial. Mas até o início do século XIX eram exclusivamente assistencialistas, sem o desenvolvimento de atividades educacionais. Em 1808, com a chegada da família real, foram criados os primeiros cursos médico-cirúrgicos, inaugurando, assim, oficialmente o ensino médico no Brasil. Na primeira

metade do século XIX foram criados mais 12 cursos de medicina no país. Porém ainda não havia hospitais administrados pelas escolas médicas. Até o início da Segunda Guerra Mundial, as Faculdades de Medicina usavam as Santas Casas como local de ensino para seus alunos⁵.

A oficialização da relação entre as duas instituições aconteceu em 1892, quando a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro passou a dispor de leitos hospitalares da Santa Casa de Misericórdia, usando-os no treinamento de seus estudantes⁴⁸. Entretanto, a parceria entre as Faculdades de Medicina e as Santas Casas foi ficando insustentável. As diferenças de propósitos, a necessidade de incorporação de novas tecnologias, por parte das Faculdades de Medicina e a resistência a elas, por parte das Santas Casas, foram criando nas lideranças do ensino médico a necessidade de ter seus próprios hospitais⁴⁹.

O primeiro hospital-escola próprio do Brasil foi o Hospital São Vicente de Paulo, em Belo Horizonte, Minas Gerais. Construído por meio de um convênio entre a Escola de Medicina de Belo Horizonte e o Instituto de Assistência e Proteção à Infância de Belo Horizonte, foi inaugurado em 1928 e oficialmente doado à Escola de Medicina em 1931. A junção desse hospital com o Hospital São Geraldo e o Instituto Radium, ambos vinculados à Faculdade de Medicina, deu origem, em 1955, ao Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina⁵⁰.

No entanto, há polêmica na literatura sobre o pioneirismo mineiro. Outros autores reconhecem a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo como a primeira escola médica no Brasil a contar com um hospital-escola próprio, o Hospital das Clínicas, inaugurado na cidade de São Paulo em 1944. Apesar 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 país⁵.

A construção dos hospitais universitários foi influenciada pelos ditames da Reforma Universitária ocorrida no Brasil na década de 70, que preconizava o fortalecimento dessas organizações como espaço privilegiado para formação médica^{11,51}.

Em seu surgimento e desenvolvimento, os hospitais universitários no Brasil se vincularam às instituições de ensino superior universitário, federais ou estaduais, e desarticuladas da organização sanitária. Destinavam-se, essencialmente, a servir de cenário para formação de profissionais de saúde sob influência do modelo de ensino médico flexneriano. E para executar tal função, utilizavam o atendimento à população excluída do sistema previdenciário, considerada indigente^{8,11,52}.

O contexto também foi determinante para a organização dos processos de trabalho nos hospitais universitários a partir da estrutura departamental das faculdades de medicina. Essas, por sua vez, se dividiam segundo a lógica das especialidades médicas, sendo a gestão feita em geral por docentes médicos. Os objetivos principais dessas organizações não estavam relacionados diretamente ao atendimento às necessidades do sistema de saúde. Ao contrário, os interesses de ensino e pesquisa eram determinantes da assistência a ser prestada¹¹.

Com o passar do tempo, entretanto, houve iniciativas voltadas a aproximar os hospitais universitários do sistema de saúde. Barbosa Neto⁵³ identifica três iniciativas principais deste processo, conforme descrito adiante.

Hospitais Universitários e o Convênio MEC/MPAS

A primeira das iniciativas refere-se à assinatura do Convênio entre o Ministério da Educação e o Ministério da Previdência e Assistência Social (MEC-MPAS) em 1974. Esse movimento ocorreu em função da necessidade de aumento do financiamento dos hospitais universitários, até então feito pelas instituições de ensino. Progressivamente os hospitais se tornavam polos de referência na atenção hospitalar e especializada para o sistema de saúde. Começa a se instituir, a partir da década de 70, uma relação dos hospitais universitários com estruturas político-administrativas de ensino universitário e de assistência à saúde^{11,53}.

Segundo Escorel⁵⁴, entre 1971 e 1974 estabeleceu-se uma luta por mudanças na relação dos hospitais de ensino com a Previdência Social. As propostas entraram em conflito, por um lado, com os interesses privatizantes hegemônicos do INPS, e por outro, com os interesses privatizantes e/ou pessoais dos próprios hospitais de ensino. Embora a integração entre os hospitais universitários e a Previdência Social estivesse prevista desde 1968, apenas a partir de 1971 começaram a ser realizados os primeiros convênios. No entanto, esses convênios em nada diferiam dos estabelecidos com o setor privado contratado, já que também tinham por base o pagamento por “Unidade de Serviço” (US).

A participação da Previdência Social na formação de recursos humanos para o setor saúde era claramente justificável, pois a instituição concentrava a maior parcela de recursos financeiros, controlava a maior quantidade de serviços de saúde e empregava o maior número de profissionais. Para os hospitais universitários, o que estava em jogo era a própria sobrevivência, pois necessitavam dos recursos do INPS para a sua manutenção. No entanto, ao estabelecer convênios, adotando o regime de pagamento por US, o INPS submetia os hospitais universitários e privados à mesma avaliação e ao mesmo controle. Estabelecia parâmetros iguais para assistências qualitativamente diferentes, já que os hospitais privados

contratados tinham como objetivo prestar apenas assistência médica, que era de pior qualidade, ao passo que os hospitais universitários, além de prestarem melhor assistência, eram encarregados de formar recursos humanos e realizar pesquisas. Um conflito foi gerado. De um lado, a proposta de transformação da relação com a Previdência através de um convênio global, com maior volume de recursos, que abrangesse as especificidades dos hospitais universitários e de ensino; de outro, médicos que usufruíam de vantagens pessoais por receberem, além do salário pago pela universidade, pagamentos do INPS por prestação de serviços⁵⁴.

A nova proposta do INPS apresentada à Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) contemplava os anseios dos setores racionalizadores dos hospitais de ensino e do setor publicista do INPS. Nela, priorizavam-se os hospitais universitários e de ensino para efeito de contratos e convênios do INPS, com diferenciação com a iniciativa privada e inclusão não apenas das atividades assistenciais, mas também das didáticas e de pesquisas nos parâmetros de avaliação. Em seguida, foi assinado um protocolo entre o MEC e o MPAS, com o objetivo de integrar os hospitais de ensino nos programas de assistência médica da Previdência Social. Pelo acordo, o INPS contribuiria mensalmente com o hospital de ensino em função do número e do tipo de altas ocorridas no período. Inaugurou-se, no âmbito da Previdência Social, a modalidade de convênio global que se antepunha aos convênios e contratos por US. O setor privado contratado protestou contra a expansão do setor conveniado, já que esta medida privilegiava o setor público⁵⁴.

Mas os interesses hegemônicos privatizantes, aliados aos interesses pessoais de alguns professores universitários conseguiram reduzir o ritmo de integração dos hospitais universitários à Previdência Social através dos convênios MEC/MPAS. Em 1978, apenas 25 das 75 escolas firmaram o convênio. Mas o convênio MEC/MPAS tornara-se uma bandeira de luta do setor publicista contra os interesses privatizantes⁵⁴.

Hospitais Universitários e a Reforma Sanitária Brasileira

A segunda tentativa de aproximação dos hospitais universitários em relação ao sistema de saúde ocorreu durante os anos 80, no bojo da Reforma Sanitária Brasileira. Foram estabelecidos critérios e parâmetros de valorização de desempenho no convênio MEC/MPAS, em 1987, associados a atividades “extramuros”, à integração regional dos hospitais à rede de serviços, procedimentos de alto custo, avaliação de tecnologias em saúde e incorporação tecnológica. Além disso, foi criado no âmbito do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), um instrumento de planejamento, denominado Programação-Orçamentação

Integrada (POI), que visava definir o papel das instituições de saúde vinculadas ao MEC, junto às demais unidades componentes da rede de serviços, na região onde estavam inseridas^{11,53}.

O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira conquistou na Constituição Federal de 1988 o direito universal à saúde, estabelecendo princípios e diretrizes para a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) e definiu como uma de suas competências a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde. Entretanto, com raras exceções, os hospitais universitários não se perceberam como parte do SUS, com papel relevante em sua construção e consolidação⁵³.

Mesmo com a implantação do SUS, os hospitais universitários não se tornaram parte do novo sistema. A relação entre os hospitais universitários e o SUS ficou definida segundo a Lei nº. 8.080/90, 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 vinculados¹⁷.

Hospitais Universitários e o início do Sistema Único de Saúde

A terceira tentativa de integração dos hospitais universitários ao sistema de saúde, por sua vez, se deu com a criação do Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária em Saúde (FIDEPS), por meio da Portaria nº. 15, de 08 de janeiro de 1991. Esta iniciativa, exclusiva aos Hospitais Universitários, acrescentou uma porcentagem de 25 a 50% de repasse financeiro à receita do faturamento das internações, conforme atendimento aos critérios estabelecidos pelo programa, como a existência de cursos de Medicina e outros cursos da área da saúde, programas de residência médica e de pós-graduação *strictu sensu* (mestrado e doutorado). Seus objetivos, entretanto, foram distorcidos com o tempo, sendo que os recursos que deveriam ser destinados ao apoio ao ensino e à pesquisa passaram a fazer parte do custeio geral dos hospitais.

Do ponto de vista financeiro, a implantação do FIDEPS ajudou os hospitais beneficiados nos primeiros anos, mas foi gradualmente se desvalorizando. Além disso, na avaliação do Ministério da Saúde, como não houve uma fiscalização efetiva, ocorreram vários casos de hospitais que recebiam o incentivo e não tinham atividades de ensino e pesquisa, bem como casos de recebimento de valores desproporcionais às atividades efetivamente exercidas.

Neste mesmo ano, foi publicada a primeira definição de Hospital de Ensino (HE) no Brasil. A Portaria nº. 357, de 04 de março de 1991⁵⁵, aplica esta nomenclatura ao conjunto dos Hospitais Universitários, Hospitais Escola e Hospitais Auxiliares de Ensino.

As políticas neoliberais desenvolvidas pelo Governo Federal na década de 1990 aprofundaram a crise dos hospitais universitários, principalmente os vinculados às universidades federais, que sofreram profunda retração orçamentária no governo Fernando Henrique Cardoso (FHC). A crise era institucional, de sustentabilidade, de identidade, de hegemonia e, até, de legitimidade, na assistência, no ensino, na pesquisa e na gestão. Os hospitais universitários federais alegavam possuir dívidas acima de R\$ 300 milhões em suas Fundações de Apoio, e muitos estavam com serviços desativados por carência de recursos humanos e materiais^{53,56}.

No contexto de mudanças curriculares no ensino médico, com o movimento CINAEM (Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico), a nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) e as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação em Medicina, ocorreu uma ampla articulação interinstitucional para a superação da crise dos hospitais de ensino. A nova gestão federal (governo Lula) busca a aproximação dos ministérios da Saúde, da Educação, do Planejamento e da Ciência e Tecnologia com entidades da sociedade civil que representam os hospitais, as escolas médicas e os gestores, trabalhadores e usuários do SUS⁵³.

Contratualização e Certificação dos Hospitais de Ensino

Inicia-se a quarta fase de integração dos hospitais de ensino ao SUS, por meio da publicação da Portaria Interministerial nº. 562, de 12 de maio de 2003⁵⁷, que constituiu uma ampla 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. Esta avaliação mostrou a necessidade de maior integração dos hospitais de ensino aos sistemas locais de saúde, além de indicar que os hospitais sofriam de déficit de financiamento e careciam de melhoria nas capacidades de gestão de recursos⁵⁸.

Os trabalhos desta comissão e um conjunto de outros estudos permitiram a publicação, pelos Ministérios da Saúde e da Educação, da Portaria Interministerial nº. 1000, de 15 de abril de 2004⁵⁹, que estabeleceu os critérios para certificação dos Hospitais de Ensino e viabilizou a formulação da Portaria nº. 1702, de 17 de agosto de 2004⁶¹, criando o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do SUS.

Este Programa aportou um considerável volume de recursos no conjunto dos Hospitais de Ensino brasileiros, por meio da orçamentação global para os procedimentos de média complexidade. O pagamento para os procedimentos de alta complexidade permaneceu ocorrendo de acordo com a produção. Estudos demonstram que o programa aumentou em mais de 50% o financiamento dos Hospitais de Ensino^{8,58}.

O programa objetivava a qualificação e o desenvolvimento da assistência, da gestão, do ensino, da pesquisa e da avaliação tecnológica em saúde, integrando os hospitais de ensino ao SUS. No campo assistencial preconizava o aumento de procedimentos de média e alta complexidade e a diminuição das ações de atenção básica (que deveriam ser realizadas fora do ambiente hospitalar), a introdução de modalidades assistenciais que diminuíssem o tempo de internação, a oferta de 100% dos leitos para o SUS, a inserção do hospital no sistema de urgência e emergência, a introdução de práticas e estruturas qualificadoras da assistência, dentre outras diretrizes. No campo gerencial, recomendava a introdução de estruturas colegiadas, de planejamento participativo, dentre outras ações^{59, 61}.

Analisando os resultados da contratualização e da certificação, Chioro dos Reis e Cecílio⁵⁶ frisam que essa política representou um alívio efetivo na crise financeira e aumentou, de forma marcante, a governabilidade do dirigente dos hospitais universitários para induzir pretendidas mudanças na vida organizacional. Observaram, entretanto, que as mudanças ocorridas não efetivaram o objetivo originalmente pensado pelos formuladores da política, assumindo configurações que são muito dependentes da micropolítica do hospital.

Ao analisar a crise crônica dos hospitais universitários, pesquisadores identificam que a insuficiência de recursos e a indefinição de financiamento são elementos que acompanham essas organizações desde seus primórdios, e cuja visibilidade se faz principalmente na dificuldade de atendimento aos usuários e na carência de recursos, suscitando reivindicações que se desdobram em iniciativas governamentais sempre marcadas pela provisoriedade. Entretanto, apesar da crise, os autores destacam que essas organizações expandiram-se e se consolidaram como componente estrutural de organização do sistema assistencial público, bem como espaço privilegiado para a formação profissional^{8,11,62}.

A experiência do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino, a manutenção das dificuldades financeiras, estruturais, assistenciais e acadêmicas dos Hospitais de Ensino, a pressão das lideranças políticas, acadêmicas e sindicais vinculadas às universidades federais e o recrudescimento da fiscalização dos órgãos federais de controle, motivaram o Governo Federal a construir políticas específicas para os hospitais vinculados a universidades federais⁶³.

Reformas Administrativas e Gerenciais nos Hospitais Universitários Federais

Inicia-se uma nova fase para os hospitais universitários federais, que denominaremos de “Reformas Administrativas e Gerenciais”, pois está alinhada aos conceitos e diretrizes da Nova Gestão Pública. São implementadas estratégias e ferramentas gerenciais que buscam a profissionalização da gestão dos HUFs, maior eficiência, transparência e responsabilidade no uso dos recursos públicos.

Destaca-se que, enquanto as iniciativas anteriores contemplavam todos os Hospitais de Ensino, este movimento promovido pelo governo federal é específico para os Hospitais Universitários Federais. Entre um conjunto de mudanças que buscam a modernização gerencial, destacaremos neste estudo o Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF) e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

O primeiro movimento desta nova fase foi a criação, por meio das Portarias nº. 40 e 41, de 08 de janeiro de 2010^{64,65}, de uma comissão interinstitucional para avaliar e diagnosticar a situação dos Hospitais Universitários e de Ensino no Brasil, visando reorientar e formular nova política nacional para os HUFs.

Em seguida, é instituído o Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), pelo Decreto nº. 7.082, de 27 de janeiro de 2010⁶⁶, visando à reestruturação e revitalização dos HUFs. As diretrizes do Programa são a instituição de mecanismos adequados de financiamento, compartilhados entre as áreas da educação e da saúde; a melhoria de processos; a adequação da estrutura física; a modernização do parque tecnológico; a reestruturação do quadro de recursos humanos; e o aprimoramento das atividades vinculadas ao ensino, pesquisa e extensão, assim como a assistência à saúde, com base em avaliação permanente e incorporação de novas tecnologias em saúde.

Para efetivar os objetivos do REHUF, o Governo Federal alocou recursos dos Ministérios da Saúde e da Educação para reformas de prédios e construção de novas unidades, aquisição de equipamentos de saúde e 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, sistema gerencial de informações e indicadores de desempenho e criação de mecanismos de governança, adotando-se protocolos clínicos e padronização de insumos médico-hospitalares⁶⁶.

Em contrapartida, o Governo Federal exigiu que os hospitais elaborassem um plano de reestruturação que contivesse o diagnóstico situacional de cada instituição, contendo

informações sobre infraestrutura física, tecnológica e de recursos humanos; necessidades de reestruturação da infraestrutura física e tecnológica; análise do impacto financeiro 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. Os repasses financeiros do Programa passaram a obedecer ao regime de pactuação global, no qual os HUFs pactuam com o Governo Federal metas anuais de assistência, gestão, ensino, pesquisa e extensão⁶⁶.

Posteriormente, foi editada a Portaria Interministerial nº. 883, de 05 de julho de 2010⁶⁷, que regulamenta o Decreto do REHUF. A Portaria definiu os 46 hospitais integrantes do Programa, além dos mecanismos de governança, do regime de pactuação global e do financiamento.

Estudos que analisam os efeitos do REHUF para a gestão dos hospitais universitários federais demonstram maior transparência das informações, ganho de produtividade e eficiência, economia nas compras de insumos e materiais pela utilização de pregões eletrônicos centralizados em processos licitatórios^{68,69}.

Apesar dos avanços para a administração dos HUFs, persistia o tema historicamente mais crítico para essas organizações: a falta de resolução para a gestão da força de trabalho dos hospitais. O déficit de recursos humanos e a necessidade de substituição dos trabalhadores terceirizados pelas fundações de apoio, em função de exigências do Tribunal de Contas da União (TCU) e do Ministério Público Federal (MPF), ordenava uma ação definitiva e rápida para o assunto. A qualificação da gestão da informação promovida pelo REHUF explicitou a magnitude do problema, que anteriormente era tratado “no varejo”, na relação bilateral entre o governo federal e cada uma das universidades. Evidenciou-se o crescente fechamento de leitos, a diminuição no número de procedimentos realizados e a restrição e acesso dos usuários do SUS à atenção de média e alta complexidade, ocasionados pela falta de pessoal nas instituições⁷⁰.

O diagnóstico feito pelos Ministérios da Educação e do Planejamento que respaldou a exposição de motivos encaminhada à Presidência da República em 23 de dezembro de 2010, constata que a força de trabalho dos hospitais universitários era composta por 70.373 profissionais, dos quais 26.556 recrutados por intermédio das fundações de apoio das universidades, sob diversos formatos legais: pelo regime celetista (CLT), por contratos de prestação de serviços (terceirização) e outros formatos que caracterizam vínculos precários sob a forma de terceirização irregular.

O MEC e o MPOG afirmavam que, desde os anos 90, os hospitais universitários federais expandiram suas atividades sob bases institucionais frágeis e não sustentáveis em longo prazo, instrumentalizando as fundações de apoio para atender a suas necessidades de contratação e gestão da força de trabalho. Esse arranjo amplamente disseminado nos HUFs, acarretou distorções e vulnerabilidade jurídica. Várias fundações detinham um crescente passivo trabalhista por força da utilização de formas precárias de contratação. Além disso, a convivência entre diferentes regimes de contratação em uma mesma organização acarretava dificuldades de gestão e vulnerabilidade perante os órgãos de controle e o Judiciário⁷¹.

De fato, o que se observava em grande parte dos hospitais era uma inversão de atribuições. As fundações de apoio, que deveriam atuar de forma complementar e em alinhamento com as universidades e seus hospitais, assumiam funções essenciais na gestão orçamentária, financeira, administrativa e assistencial, substituindo ou se contrapondo às direções universitárias.

Neste sentido, o governo federal propôs a criação da EBSEH, em um formato de empresa pública de direito privado, como solução jurídico-institucional para a substituição das fundações de apoio na prestação de serviços assistenciais e administrativos. Este modelo permitiria autonomia financeira, adoção de normas e procedimentos próprios de compras e contratações, contratação de pessoal e regime de remuneração alinhados com o mercado de trabalho. Operando com vários hospitais, a empresa teria oportunidade de obter ganhos de escala e especialização nos processos de compras, gestão de processos e pessoas⁷¹.

A proposta inspira-se em duas experiências de gestão hospitalar vinculadas à administração federal: o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), empresa pública federal vinculada ao MEC; e o Grupo Hospitalar Conceição (GHC), sociedade de economia mista vinculada ao Ministério da Saúde. Ambas são dotadas de autonomia administrativa e orçamentária, gestão profissionalizada e mecanismos de governança colegiada.

Concordando com o posicionamento dos ministérios, o presidente Lula assinou em 31 de dezembro de 2010 a Medida Provisória (MP) n.º 520, autorizando a criação da EBSEH⁷². A publicação da MP gerou preocupação nas instituições envolvidas. Para os diretores dos HUFs e reitores das universidades, a principal preocupação dizia respeito à relação de poder entre os hospitais, as universidades e a empresa, ou seja, a garantia da soberania das universidades perante seus hospitais. Já para a sociedade, a defesa do caráter público das instituições era a principal luta⁷⁰.

Mesmo com divergências, a matéria seguiu tramitando na Câmara dos Deputados, entretanto, perdeu sua validade em junho de 2011, quando passava por avaliação no Senado.

Desta vez, o governo reapresentou a proposta em formato de Projeto de Lei. Finalmente, no dia 15 de dezembro de 2011, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, ou simplesmente EBSEH, foi sancionada pela Lei nº. 12.550⁷³, com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, vinculada ao Ministério da Educação.

Nos primeiros anos de sua implementação, a EBSEH tornou-se o centro de um acirrado debate político na comunidade universitária e nas instâncias de controle social do SUS. Os pontos principais de críticas embasavam-se na possibilidade de privatização dos Hospitais Universitários Federais, na perda da autonomia universitária e na precarização do trabalho, pois os servidores não seriam contratados pelo Regime Jurídico dos servidores públicos federais.

Santos e Pinto²³ afirmam que as alternativas gerenciais com caráter de gestão indireta desenvolvidas pelo governo federal, incluindo a EBSEH, divergem das deliberações das Conferências Nacionais de Saúde, desde sua nona edição. Inclusive, a publicação da Lei que cria a EBSEH ocorreu dez dias após o encerramento da 14ª. Conferência Nacional de Saúde, que em seu Relatório Final rejeita a criação da Empresa, como forma de impedir a terceirização dos hospitais universitários e de ensino federais⁷⁴.

Autores enfatizam que a EBSEH muda a lógica de governança das instituições hospitalares universitárias federais, trazendo um caráter mais autônomo, colocando o Estado como um controlador e não mais como um executor direto. 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.

Os gestores públicos buscam novos modelos de gestão para os hospitais públicos de ensino na tentativa de se desvencilhar das amarras impostas pela Administração Direta, com excessiva rigidez e burocracia. Estes gestores buscam um modelo capaz de proporcionar à administração impulso para eficiência, maior controle financeiro, descentralização e busca pela qualidade.

A empresa pública permitiria 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.

Acrescenta-se que a empresa pública federal é 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. A dupla função dos hospitais universitários, de assistência à população e de apoio ao ensino e à pesquisa, os diferenciam 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 trabalho⁷³.

Ressalta-se também que a medida 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, e pela ausência das condições administrativas adequadas de funcionamento de suas atividades assistenciais, prejudicando o acesso dos cidadãos à assistência hospitalar⁷³.

Apesar das polêmicas desde sua formulação, poucos estudos foram desenvolvidos no sentido de compreender a efetividade, eficácia e qualidade das políticas implementadas pela EBSEH, tendo em vista o seu curto tempo de existência. Nesse sentido, é necessário fomentar investigações robustas sobre a Empresa em si, assim como seus impactos nos Hospitais e na micropolítica do trabalho em saúde.

Atualmente, a EBSEH é responsável pela 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, em abril de 2018.

Em busca de uma síntese para essa rica e complexa história dos Hospitais Universitários Federais e inspirado no estudo de Araújo e Leta⁵, buscou-se elaborar um quadro com alguns momentos históricos que marcaram mudanças mais significativas na rede hospitalar universitária brasileira, desde o seu surgimento até os dias atuais.

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 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 REHUF e da EBSEH

Fonte: elaborado pelo autor

CAPÍTULO 3

PERCURSOS METODOLÓGICOS

OBJETIVOS

Geral

Descrever e analisar o processo de implementação das Políticas Públicas mais recentes para os Hospitais Universitários Federais brasileiros.

Específicos

- I. Compreender o processo de construção dos planejamentos dos Hospitais Universitários Federais;
- II. Descrever e analisar a aspectos da estrutura, da gestão do trabalho e o do financiamento dos Hospitais Universitários Federais;
- III. Analisar a percepção dos dirigentes dos Hospitais Universitários Federais sobre a implementação das diretrizes da Política Nacional de Atenção Hospitalar em suas instituições;
- IV. Analisar os efeitos das reformas de gestão produzidas pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) nos Hospitais Universitários Federais.

SUJEITOS E MÉTODOS

Este estudo busca analisar a implementação e o desenvolvimento das políticas públicas voltadas para os Hospitais Universitários Federais, envolvendo aspectos da gestão e do planejamento da atenção hospitalar.

O campo de estudos sobre políticas públicas é recente, reconhecido nas últimas décadas do século XX, voltado para analisar as relações entre governo, governantes e cidadãos.

Há várias definições, mas para Bobbio et al.⁷⁵, a política pública é definida como um conjunto de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público. Influencia as realidades econômica, social e ambiental, variando de acordo com o grau de diversificação da economia, com a natureza do regime social, com a visão que os governantes têm no papel do Estado no conjunto da sociedade, e com o nível de atuação dos diferentes grupos sociais (partidos, sindicatos, associações de classe e outras formas de organização da sociedade).

Nesse sentido, falar de política é falar de Estado, de pacto social, de interesse e de poder. A política pública é o Estado em ação, o processo de construção de uma ação governamental para um setor, o que envolve recursos, atores, arenas, ideias e negociação⁷⁶.

Os rumos tomados por uma política devem ser avaliados a partir da prática de negociação dos governos e suas escolhas, tanto materiais quanto morais. Ou seja, da capacidade das instituições de governo de escutar as demandas e incorporá-las e, especialmente, da habilidade das instituições no desenvolvimento de um projeto político de Estado⁷⁶.

Os Estados devem ser analisados em sua arquitetura, para que se possa desvendar como sua lógica e estrutura afetam o processo decisório das políticas sociais tanto no âmbito político como administrativo. Por isso, assume-se que a análise de uma política coloca em questão o próprio Estado, pois revela os princípios políticos e ideológicos que norteiam sua ação, a forma de relação estabelecida com os grupos demandantes, o papel exercido pelas instituições públicas, as práticas de governo instituídas e outras tantas variáveis que compõem essa complexa trama que é a construção de uma política⁷⁶.

A política e gestão, como campo do conhecimento e base da Saúde Coletiva brasileira, têm uma importante responsabilidade na construção de outros olhares e lugares para a gestão, planejamento, regulação, informação e avaliação de sistemas e serviços de saúde⁷⁷.

No final da década de 1980 e início da década seguinte, com a consolidação jurídico-legal do SUS, há uma inflexão na abordagem dos estudos. O foco das pesquisas deixa de ser o Estado e o seu papel na configuração de políticas sociais e volta-se para análise de estratégias que orientassem as práticas de planejamento e gestão setoriais. Surgem também os primeiros estudos de avaliação de serviços, visando orientar a discussão sobre a organização do sistema, ou seja, definem-se estudos de análise da política voltados para a implementação e avaliação da política⁷⁸.

Neste enfoque, este estudo insere-se no campo da análise de políticas públicas, pois tem se mostrado um instrumento metodológico valioso na comparação com outras realidades, possibilitando o aprendizado mútuo e a troca de experiências.

Numa perspectiva integradora, este estudo utilizou estratégias e procedimentos dos métodos mistos de pesquisa, com abordagens quantitativa e qualitativa. Os métodos mistos são definidos como um procedimento de coleta, análise e combinação de técnicas quantitativas e qualitativas em um mesmo desenho de pesquisa. O pressuposto central que justifica a abordagem multimétodo é o de que a interação entre eles fornece melhores possibilidades analíticas. Parte-se, entretanto, do princípio de que a utilização isolada da abordagem quantitativa será sempre insuficiente. Sua abordagem qualitativa será necessária e enriquecedora⁷⁹.

A abordagem quantitativa é composta pelo estudo descritivo de dados secundários e pela análise descritiva de questionário estruturado em escala Likert. A abordagem qualitativa trata-se de análise documental, por meio de análise temática de conteúdo.

Quadro 3. Síntese da Metodologia do Estudo

Abordagem	Técnica	Fontes de Dados
Quantitativa	Estudo descritivo de dados secundários	SCNES / FNS / EBSEH
	Estudo descritivo de questionário com escala Likert	Questionário eletrônico
Qualitativa	Análise documental (Análise Temática de Conteúdo)	Planos Diretores Estratégicos dos HUFs

Fonte: elaborado pelo autor

Os estudos descritivos com dados secundários podem contribuir na avaliação com a caracterização de situações que permitam definir uma linha de base referencial para análises, tais como as de impacto. As análises de dados secundários podem ser realizadas conjuntamente a outras abordagens, seja com dados quantitativos primários, seja utilizando metodologias qualitativas, com o potencial de identificar relações concomitantes entre indicadores que permitam levantar hipóteses e apontar direções a serem aprofundadas^{1,80}.

A primeira etapa da abordagem quantitativa consistiu na coleta, organização e análise de dados secundários disponíveis em sistemas de informação do SUS, gerenciados pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), de acesso público e livre pela internet. Foram levantados os seguintes dados dos 50 Hospitais Universitários Federais, nos respectivos sistemas de informação do DATASUS:

- I. **Sistema do Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (SCNES):** número de hospitais, número de leitos e número de equipamentos médico-hospitalares de apoio diagnóstico e terapêutico;
- II. **Fundo Nacional de Saúde (FNS):** Transferências financeiras (fundo a fundo) relativas ao Bloco de Financiamento da Média e Alta Complexidade do SUS para cada HUF.

Utilizou-se também dados secundários obtidos junto à EBSEH, por meio de sua Ouvidoria Geral, sobre:

- I. **Gestão do Trabalho:** número de Servidores Públicos Federais, empregados contratados pela EBSEH e funcionários das Fundações de Apoio;
- II. **Financiamento:** Repasses financeiros do Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF).

Os dados secundários foram coletados considerando os 50 HUFs, no período de referência de 2003 a 2018. Entretanto, nem todos os dados estavam disponíveis para todo o período em análise.

A partir destas informações, foi construído um banco de dados específico deste estudo para a análise das variáveis estudadas, buscando categorizações dos HUFs, no que tange à Estrutura, Gestão do Trabalho e Financiamento, conforme o Quadro 4.

Quadro 4: Dados coletados e fontes de coleta por tema

Tema	Estrutura Física	Gestão do Trabalho	Financiamento
Fonte de Dados	SCNES	EBSEH	FNS e EBSEH
Dados coletados	Hospitais	Servidores Públicos (RJU ²)	Transferências FNS
	Leitos	Empregados EBSEH	Transferências REHUF
	Equipamentos de SADT ¹	Empregados Fundações de Apoio	

Fonte: Elaboração do autor

¹ Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

² Regime Jurídico Único

Vale ressaltar que os dados secundários podem contribuir para a análise de políticas e são essenciais na perspectiva de sua incorporação no cotidiano institucional. Alguns fatores devem ser considerados para seu uso adequado. Primeiramente a abrangência de temas contemplados e disponibilizados em suas bases de dados acrescidos de uma ampla gama de variáveis em cada um dos sistemas com muitas alternativas analíticas. Outro fator é a necessidade de relativizar os rigores quanto à qualidade da informação produzida com base em dados disponíveis, pois nem sempre são tratados com o cuidado que se poderia ter numa coleta primária^{1,80}.

A segunda etapa da abordagem quantitativa foi realizada mediante a aplicação de questionário com questões fechadas, utilizando-se a escala de Likert, com cinco categorias (0 - discordo totalmente, 1 - discordo, 2 - nem concordo e nem discordo, 3 - concordo e 4 - concordo totalmente). Para isso, foi solicitado aos entrevistados que indicassem em que grau concordavam ou discordavam da afirmativa expressa pelo enunciado⁸¹.

A escala de Likert consiste em vários enunciados que expressam um ponto de vista sobre determinado tópico. A grande vantagem desta escala é sua facilidade de manuseio, pois é fácil a um pesquisado emitir um grau de concordância sobre uma afirmação qualquer⁸².

As técnicas estatísticas vão colaborar nas análises descritivas do questionário pelas medidas de tendência central e dispersão que sintetizam a distribuição de valores dos dados secundários e ajudam a estabelecer comparações relevantes nas análises⁸⁰.

O questionário foi elaborado com afirmações considerando as diretrizes, estratégias, atribuições e competências que a PNHOSP estabelece a todos os hospitais brasileiros vinculados ao SUS. Neste sentido, o questionário é composto por 46 variáveis agrupadas em quatro dimensões, equivalentes aos seis eixos estruturantes da PNHOSP, a saber: Assistência Hospitalar; Gestão Hospitalar; Formação, Desenvolvimento e Gestão da Força de Trabalho; Financiamento; Contratualização; e Responsabilidades das Esferas de Gestão (Anexo 2).

Este questionário foi encaminhado aos dirigentes dos 50 Hospitais Universitários Federais do Brasil, solicitando que as respostas fossem dadas necessariamente por seus superintendentes ou diretores. Estes sujeitos foram localizados mediante informações disponibilizadas pela EBSEH. Os contatos e os convites para participarem voluntariamente desta pesquisa foram feitos pelo pesquisador principal por correspondência eletrônica. O questionário eletrônico foi acompanhado pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo 3), e enviado para os endereços eletrônicos pessoais e institucionais dos superintendentes e diretores dos HUFs.

A segunda fase deste estudo trata-se de abordagem qualitativa, na qual foi feito levantamento e análise dos processos de planejamento desenvolvidos pelos 50 Hospitais Universitários Federais do Brasil, por meio da análise temática de conteúdo, identificando os núcleos temáticos e as categorias analíticas dos documentos analisados⁸³. Os documentos analisados foram coletados nos sítios oficiais dos HUFs, da EBERSH e das Instituições Federais de Ensino Superior, nas quais os hospitais estão vinculados.

Os resultados desta etapa do estudo foram consolidados em um manuscrito, submetido à Revista Ciência & Saúde Coletiva, em agosto de 2018. Já foi emitido parecer favorável à publicação, sendo solicitados ajustes para a aprovação final. Assim, os resultados da análise dos Planos Diretores Estratégicos serão apresentados por meio da íntegra do manuscrito produzido.

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, CAAE: 83230417.2.0000.5404 (Anexo 4).

Compreendem-se os limites da proposta metodológica apresentada, pois considera apenas a percepção dos gestores dos Hospitais Universitários Federais, sem dar voz aos trabalhadores, usuários e gestores do Sistema Único de Saúde. Sabe-se, também, que a utilização de questionários estruturados restringe a análise dos sujeitos da pesquisa e delimita as respostas. Por fim, a escolha intencional de elaborar o questionário com base na Política Nacional de Atenção Hospitalar limita a análise a respeito de diversas dimensões do cotidiano dos HUFs.

Neste sentido, pretende-se que este estudo seja ampliado no futuro e que fomente a produção científica no campo da Análise de Políticas de Saúde, particularmente na Gestão Hospitalar.

CAPÍTULO 4

A ESTRUTURA FÍSICA DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

Os dados abaixo foram coletados entre os meses de janeiro e agosto de 2018 nos Sistemas de Informação do DATASUS e solicitados diretamente à EBSEH, por meio de sua Ouvidoria, que nos respondeu em setembro de 2018. Neste capítulo descreveremos e analisaremos os dados coletados referentes à estrutura física, à gestão de pessoas e ao financiamento dos Hospitais Universitários Federais.

Os dados coletados foram submetidos à conferência de duas profissionais especialistas em gestão hospitalar e gestão de informações em saúde, tabulados e agrupados, de acordo com as categorias descritas acima.

Inicialmente analisamos este conjunto de informações globalmente, ou seja, considerando os 50 HUFs, mas também produzindo dois recortes: a) por região geográfica brasileira; e b) por porte hospitalar, considerando o número de leitos credenciados em 2018.

Distribuição dos Hospitais Universitários Federais no Brasil

No Brasil, em outubro de 2018, tínhamos 7.773 estabelecimentos de saúde com leitos de internação. Destes, apenas 2,6% estão credenciados no SCNES como hospitais de ensino. Dentre os hospitais de ensino podemos encontrar unidades vinculadas a instituições de ensino públicas, privadas, municipais, estaduais e federais. Considerando apenas os hospitais vinculados a Universidades Federais, este universo se reduz a 0,6% dos hospitais brasileiros.

Tabela 1: Quantidade de estabelecimentos de saúde com internação, Hospitais de Ensino e Universitários Federais no Brasil (2018)

Tipo de Hospital	n.	%
Estabelecimentos de saúde com internação	7.773	100,0
Hospitais de Ensino	203	2,6
Hospitais Universitários Federais	50	0,6

Fonte: SCNES, 2018

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.

Os hospitais universitários federais apresentam uma distribuição geográfica desigual, com concentração de 68% das unidades nas regiões Sudeste e Nordeste. Entretanto,

ao analisarmos a distribuição populacional do Brasil, constata-se semelhança com a distribuição dos HUFs.

Tabela 2: Quantidade de Hospitais Universitários Federais e de Habitantes, por região (2018)

Região	HUFs		Habitantes	
	n.	%	n.	%
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

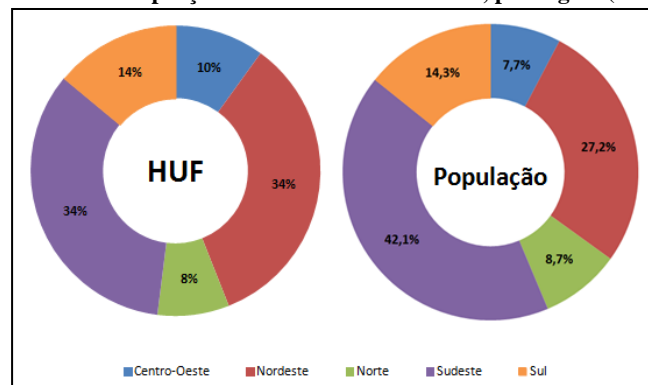
Fonte: SCNES; IBGE, 2018

Na região Centro-Oeste encontra-se 7,7% da população e 10% dos HUFs. A região Norte apresenta 8,7% dos habitantes e 8% dos hospitais. Já na região Sul observa-se 14,3% da população e 14% das unidades hospitalares.

As maiores diferenças estão exatamente nas maiores regiões brasileiras. Enquanto no Nordeste o número de habitantes representa 27,2% da população brasileira, esta região conta com 34% dos HUFs. Este resultado tem associação, em grande medida, com a expansão do ensino superior federal que promoveu, a partir de 2003, a abertura de novas universidades federais e novos câmpus de universidades existentes, especialmente no Nordeste. Um conjunto de políticas do governo federal ampliou o número de cursos e matrículas no ensino superior federal em todo o Brasil, destacando-se entre estas políticas o Programa de Reestruturação e Expansão das Instituições Federais de Ensino Superior (REUNI)⁸⁴.

Já na região Sudeste, os números se invertem. Enquanto a população desta região representa 42,1% da população brasileira, há 34% dos HUFs em seu território. Esta diferença pode ser compreendida pela presença maciça de universidades estaduais importantes nos estados da região, principalmente em São Paulo, com a presença de grandes complexos hospitalares universitários estaduais.

Gráfico 6: Proporção de HUFs e de Habitantes, por região (2018)



Fonte: SCNES; IBGE, 2018

Podemos analisar o parque hospitalar universitário federal brasileiro por meio de um recorte considerando o porte de cada hospital. Entretanto, a legislação brasileira ainda é heterogênea, convivendo várias formas de classificação. A Portaria n. 2.224/2002 do Ministério da Saúde trazia uma classificação entre portes de I a IV, considerando o número de leitos. Porém, esta portaria foi revogada em 2004, sem uma nova definição de classificação. No mesmo ano, o Ministério da Saúde lança a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte, por meio da Portaria n. 1.044/2014. Esta define que os hospitais de pequeno porte são aqueles com pelo menos cinco leitos e com o máximo de 30³¹.

Outra classificação consagrada na literatura especializada define as unidades hospitalares em: pequeno porte (até 50 leitos); médio porte (de 51 a 150 leitos); grande porte (de 151 a 500 leitos); e hospital de capacidade extra (acima de 500 leitos)⁴.

Neste sentido, optamos pela seguinte classificação:

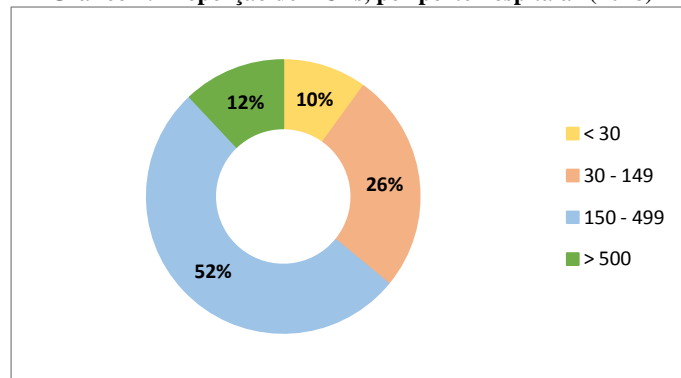
Tabela 3: Quantidade de HUFs, por porte hospitalar (2018)

Leitos	Porte	n.	%
< 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	100,0

Fonte: SCNES, 2018

Os resultados acima evidenciam que o parque hospitalar universitário federal é composto, em sua maioria, por grandes hospitais (64% acima de 150 leitos). Apenas 10% são considerados hospitais de pequeno porte. Este perfil difere do conjunto dos hospitais brasileiros, constituídos, em grande medida, por pequenos hospitais (39%) e por poucos hospitais de grande porte. Apenas 7% dos hospitais brasileiros têm mais de 200 leitos⁴.

Gráfico 7: Proporção de HUFs, por porte hospitalar (2018)



Fonte: SCNES, 2018

O perfil do porte dos hospitais universitários federais aproxima-se mais da realidade mundial, particularmente da Europa, que apresenta políticas hospitalares de racionalização da oferta, com a redução do número total de leitos, fechamento e fusão de hospitais e a conversão de hospitais menores em casas de enfermagem. Estes movimentos reduzem o número de hospitais, que se tornam maiores e com maior densidade tecnológica⁴.

Analisando a distribuição regional dos hospitais por porte, nota-se também uma disparidade importante. No Centro-Oeste 80% dos hospitais são de grande porte, enquanto 20% são de porte médio. Não há hospitais de pequeno porte ou de capacidade extra. No Nordeste observamos que mais da metade dos hospitais é de grande porte e capacidade extra (47,1% e 5,9% respectivamente), enquanto 41,2% são de médio porte e apenas 5,9% são de pequeno porte. O maior percentual de hospitais de médio porte encontra-se nesta região.

Tabela 4: Quantidade e proporção de HUFs, por região e porte hospitalar (2018)

Região	<30		30 - 149		150 - 500		> 500		Total	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
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: SCNES, 2018

Na região Norte metade dos hospitais é de grande porte, enquanto a outra metade é de pequeno e médio portes (25% cada). Tanto esta região quanto o Centro-Oeste não possuem hospitais acima de 500 leitos. No Sudeste percebe-se que 47,1% dos hospitais são de grande porte, enquanto o restante é distribuído igualmente, com 17,6% para cada porte (pequeno, médio e de capacidade extra). O Sul do país apresenta a maior proporção de grandes hospitais, com 85,7% de hospitais de grande porte e capacidade extra. Nesta região não há HUFs de pequeno porte e apenas 14,3% de médio porte.

Distribuição dos Leitos Hospitalares do Brasil em 2018

Um olhar panorâmico sobre a distribuição dos 481.383 leitos do conjunto dos hospitais brasileiros (em outubro de 2018) indica que 67,9% deles atendem ao Sistema Único de Saúde (SUS), seja em hospitais públicos ou privados. Entretanto, dados de agosto de 2018 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) mostram que 24,4% da população brasileira possuem algum tipo de plano privado de saúde. Assim, enquanto 75,6% da

população brasileira, que usa exclusivamente o SUS, tem acesso apenas a 67,9% dos leitos hospitalares no Brasil, 24,4% dos brasileiros podem optar pelos 32,1% dos leitos hospitalares privados além de toda a rede de hospitais públicos que têm acesso universal.

Outra face da desigualdade no acesso às internações hospitalares no Brasil, refere-se a disparidade dos leitos em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) disponíveis ao SUS e à Saúde Suplementar, conforme demonstra a Tabela 5.

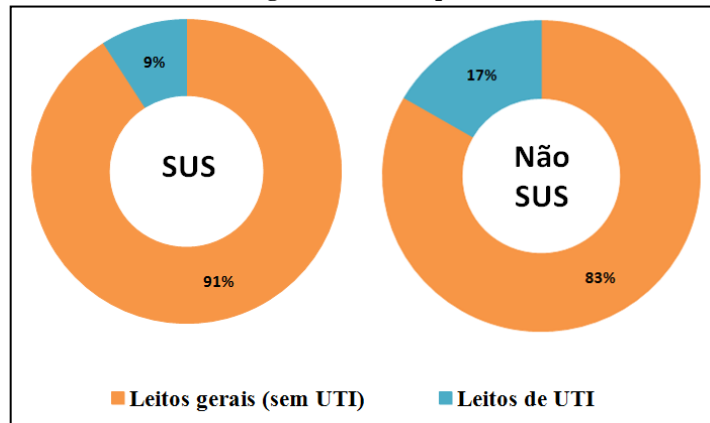
Tabela 5: Quantidade e percentual de leitos gerais e de UTI que atendem ou não o SUS no Brasil (2018)

Tipo	Existentes		SUS		Não SUS	
	n.	%	n.	%	n.	%
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: SCNES, 2018

Observando todos os leitos existentes no Brasil, 11,9% são leitos de UTI. Porém, apenas 9,3% dos leitos disponíveis ao SUS são de Terapia Intensiva. Por outro lado, 17,5% dos leitos privados estão em UTI, representando uma diferença proporcional de 88,1% a mais no acesso dos usuários de planos privados de saúde, comparando com os usuários do SUS.

Gráfico 8: Percentual de leitos gerais e de UTI que atendem ou não o SUS (2018)



Fonte: SCNES, 2018

Distribuição dos Leitos dos Hospitais Universitários Federais em 2018

Analisando a quantidade de leitos disponíveis nos Hospitais Universitários Federais, constatamos desigualdades regionais importantes. Primeiramente analisaremos a distribuição regional dos leitos totais e leitos de UTI dos HUFs, comparando-a com o percentual de habitantes e de Hospitais Universitários Federais.

Tabela 6: 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	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Centro-Oeste	16.085.885	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

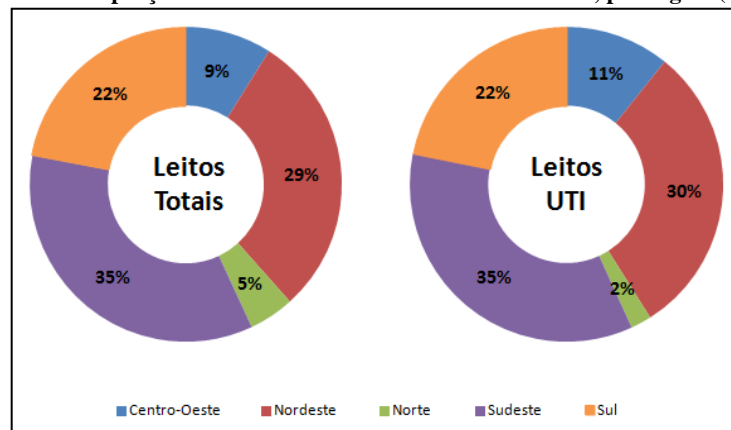
Fonte: SCNES, 2018

Segundo a Tabela 6, percebe-se uma distribuição favorável no Centro-Oeste, considerando a relação entre leitos hospitalares e habitantes, pois esta região possui 7,7% da população, 10% dos hospitais universitários federais, 9% do total de leitos destes HUFs e 11% dos leitos de UTI dos HUFs. No mesmo sentido, as frequências de HUFs e leitos, percebidas no Nordeste são favoráveis para seus habitantes, visto que lá residem 27,2% da população brasileira, à medida que 34% dos HUFs, 29% do total de leitos e 30% dos leitos de UTI concentram-se nesta região.

Entretanto, a região Norte apresenta a maior diferença desfavorável nesta análise. Apesar de representar 8,7% dos habitantes, apenas 5% dos leitos dos HUFs e 2% dos leitos de UTI dos hospitais universitários federais estão nesta região.

O Sudeste apresenta a maior homogeneidade nesta análise, visto que 34% dos HUFs estão nesta região, assim como 35% dos leitos totais e 35% dos leitos de UTI, apesar da região contar com mais de 42% da população.

O Sul, por outro lado, é a região mais favorecida nesta análise. Enquanto possui 14,3% da população brasileira e 14% dos HUFs, detêm 22% dos leitos totais e 22% dos leitos de UTI, mostrando a importância do parque hospitalar universitário federal para esta região.

Gráfico 9: Proporção de leitos totais e leitos de UTI dos HUFs, por região (2018)

Fonte: SCNES, 2018

Na sequência, analisaremos a frequência absoluta e relativa dos leitos de UTI em comparação com o total de leitos dos Hospitais Universitários Federais por região geográfica.

Tabela 7: 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	
	n.	%	n.	%	n.	%
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: SCNES, 2018

A Tabela 7 evidencia que dos 11.465 leitos dos HUFs em 2018, 85% são leitos gerais e 15% são leitos de Terapia Intensiva. Percebe-se que não há uma diferença significativa destes percentuais nas regiões Nordeste, Sudeste e Sul. Entretanto, nota-se uma variação no Centro-Oeste, que apresenta 18,3% de leitos de UTI. Mas é no Norte que o resultado chama mais a atenção. O percentual de leitos de UTI nesta região (6,9%) é muito menor que o percentual do Brasil e das outras quatro regiões, evidenciando uma dificuldade de acesso à internação em leitos de maior complexidade nesta região, no que se refere à rede hospitalar universitária federal.

Evolução dos Leitos dos Hospitais Universitários Federais de 2005 a 2018

Além da análise do número atual de leitos dos hospitais, a qual evidencia desigualdades regionais importantes, é necessário construirmos uma avaliação histórica da evolução do número de leitos no parque hospitalar universitário federal, buscando compreender o impacto das políticas e programas implementados ao longo dos anos. O Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) fornece informações sobre os leitos hospitalares a partir de 2005.

Neste sentido, a Tabela 9 e o Gráfico 10 demonstram um importante crescimento no número total de leitos dos 50 HUFs, representando elevação de 11,6% entre 2005 e 2018. Ao longo deste período ocorreram oscilações, evidenciando uma tendência de crescimento entre 2005 e 2009, acompanhado de redução entre 2010 e 2013 e novo aumento a partir de 2014 até 2018.

Nesta análise histórica, nota-se novamente a disparidade entre as regiões geográficas brasileiras. Enquanto o número de leitos dos hospitais sediados nas regiões

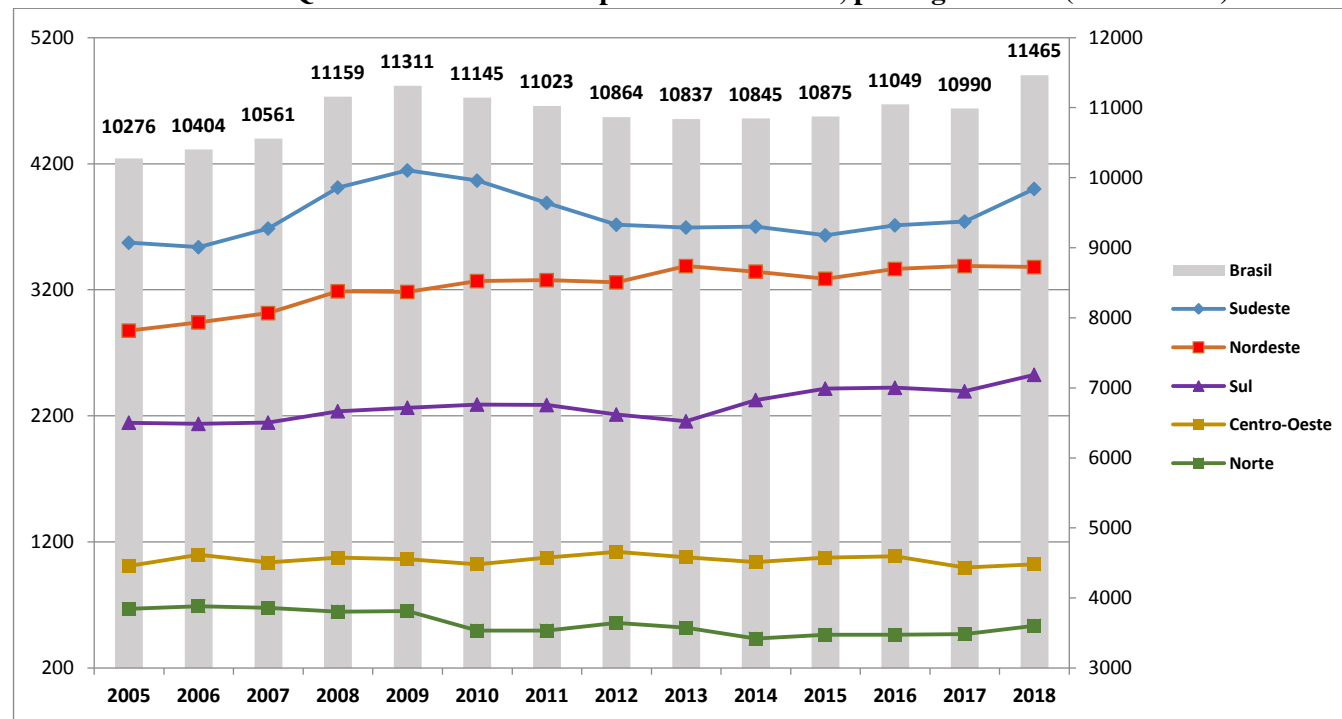
Nordeste e Sul cresceu mais de 17% e no Sudeste variou positivamente 12%. Na região Centro-Oeste o quantitativo manteve-se praticamente estável, variando apenas 1,2%.

No Norte, contudo, que já possuía o menor número de leitos e de hospitais universitários federais entre todas as regiões do Brasil, a redução é acima de 20%, aprofundando ainda mais as históricas deficiências no acesso dos usuários à rede hospitalar universitária federal. Este resultado, discrepante da tendência nacional, explica-se, em grande medida, pela redução de aproximadamente 50% dos leitos da maior unidade da região, o Hospital Universitário Getúlio Vargas, da Universidade Federal do Amazonas. Segundo os dados do SCNES, em 2009 este hospital possuía 317 leitos, reduzindo-se para 162 em 2010 e mantendo-se neste mesmo porte até o presente momento.

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: SCNES, 2018

Gráfico 10: Quantidade de leitos hospitalares dos HUFs, por região e ano (2005 a 2018)

Fonte: SCNES, 2018

Podemos analisar a evolução histórica dos leitos hospitalares universitários federais no Brasil considerando a vinculação dos hospitais à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) ou as outras formas jurídicas existentes no país. Como apresentado anteriormente, dos 50 HUFs brasileiros, 40 aderiram à EBSERH até novembro de 2018. Do restante, oito são hospitais vinculados à Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), que promove parceria com Fundação de Apoio para a administração de seu complexo hospitalar; além do Hospital Universitário da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), administrado pela Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM) e o Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (HCPA/UFRS), que é uma Empresa Pública.

Considerando o crescimento do número de leitos dos HUF de 11,6% entre 2005 e 2018, questiona-se se a vinculação jurídico-administrativa impactou significativamente a ampliação do parque hospitalar universitário federal.

A Tabela 10 e o Gráfico 11 apresentam a resposta a este questionamento. Ao segregarmos os leitos entre hospitais que se vincularam ou não à EBSERH, percebemos que entre 2005 e 2018 o número de leitos dos hospitais que se vincularam à Empresa aumentou de 7.178 para 8.350, representando um crescimento de 16,5% no período.

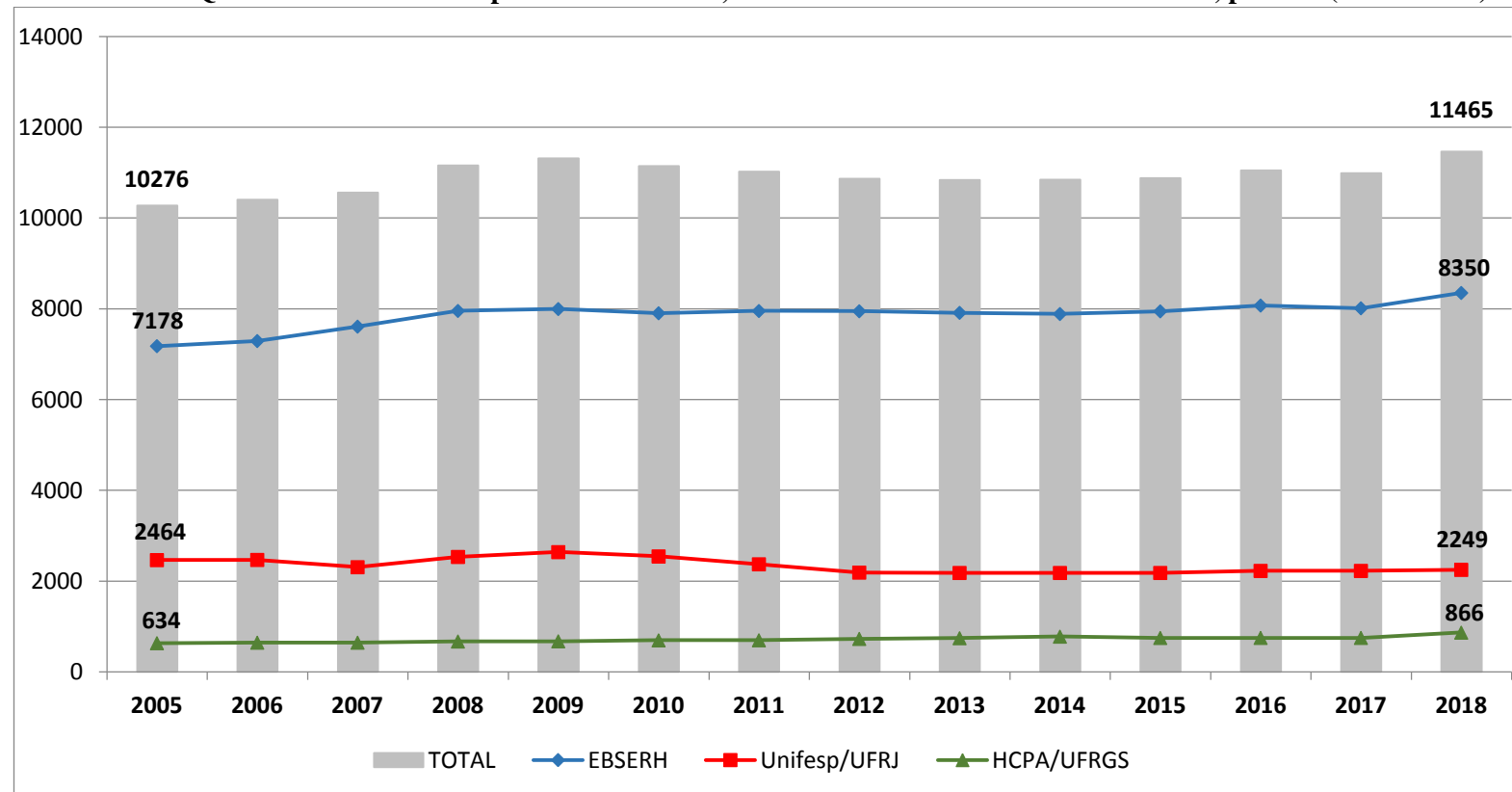
Por outro lado, ao considerarmos os hospitais não vinculados à EBSERH, nota-se que os hospitais vinculados à UNIFESP e à UFRJ reduziram a quantidade de leitos em 8,7%, entre 2005 e 2018, enquanto houve expressivo aumento do número de leitos do HCPA/UFRGS, atingindo 36,6% no mesmo período.

Estes dados demonstram que o Governo Federal priorizou politicamente a adesão dos HUFs ao novo modelo jurídico-administrativo (EBSERH), assim como ampliou seu apoio ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA/UFRGS). Ao mesmo tempo em que estes hospitais demonstraram maior fôlego para a ampliação do número de leitos, percebe-se também que os hospitais da UNIFESP e da UFRJ, que não se vincularam à Empresa, enfrentaram (e ainda enfrentam) dificuldades em sustentarem seus leitos ativos.

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

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	%
EBSEH	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: SCNES, 2018

Gráfico 11: Quantidade de leitos hospitalares dos HUFs, vinculados e não vinculados à EBSEH, por ano (2005 a 2018)

Fonte: SCNES, 2018

Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

A atenção especializada e hospitalar no SUS é caracterizada em níveis de complexidade e densidade tecnológica conhecidas como média e alta complexidade. Os serviços de média complexidade são compostos por procedimentos de apoio diagnóstico e terapêutico de menor complexidade e menor valor financeiro. Os serviços de alta complexidade envolvem a incorporação de alta tecnologia e alto custo, com valores mais aproximados aos valores de mercado^{9,85}.

A oferta de serviços de média complexidade é considerada um dos maiores gargalos do SUS, com organização e remuneração baseadas numa lógica procedimental, oriundas do sistema de pagamento do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social). Sua distribuição territorial desconsidera as necessidades sociais e o perfil epidemiológico da população, além de uma baixa capacidade de regulação desta oferta.

Os serviços de alta complexidade apresentam uma oferta predominante no serviço privado e nos Hospitais Universitários, com intensa concentração nos grandes centros urbanos do Sudeste e do Sul do país. A partir de 2003, o SUS instituiu uma política nacional para a alta complexidade, que objetiva propiciar acesso a serviços de alta tecnologia e alto custo, considerando a integração com a atenção básica e a média complexidade, a diminuição das iniquidades regionais e a cooperação técnica entre os gestores do SUS. Foram estruturadas redes estaduais de alta complexidade, planejadas com critérios populacionais, epidemiológicos e regionais, reorganizando a oferta e implementando novos serviços de referência estaduais⁹.

Uma medida recorrente na literatura para analisar a oferta hospitalar de serviços de Alta Complexidade são os Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT). São serviços relevantes, pois são considerados um dos principais gargalos de acesso no SUS, são mais caros e custam mais para aquisição e manutenção, necessitam de profissionais qualificados para serem realizados, além de concorrerem com o mercado privado na assistência à saúde.

Neste estudo, selecionamos três procedimentos de apoio diagnóstico e terapêuticos de alta complexidade, que estão entre os mais críticos com relação ao acesso e fazem parte de um conjunto amplo de linhas de cuidado da Rede de Atenção à Saúde do SUS, como a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade⁸⁶, a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica⁸⁷ e a Linha de Cuidado ao Trauma na Rede de Atenção às Urgências e Emergências^{88,89}.

Analisaremos três equipamentos médico-hospitalares de diagnóstico por imagem: Tomógrafo Computadorizado, Raio-X para Hemodinâmica e Ressonância Nuclear Magnética. Estes métodos têm aumentado a eficácia das redes de atenção à saúde. Entretanto, a tendência ao crescimento de seus custos tem sido atribuída à incorporação da tecnologia nos serviços de saúde, inclusive técnicas de diagnóstico e terapêutica por imagens⁹⁰.

Neste sentido, analisaremos a quantidade e distribuição desses três equipamentos entre os HUFs, considerando a evolução histórica e as diferenças regionais.

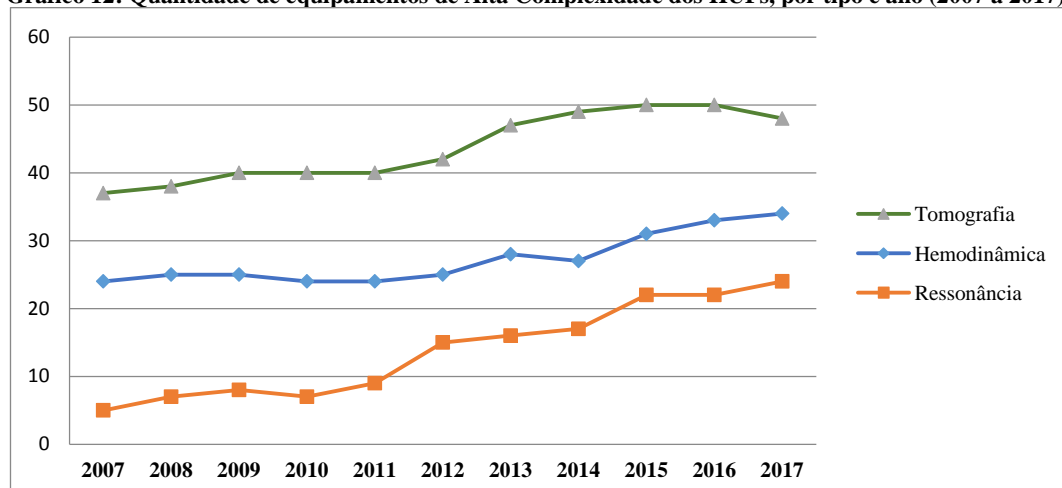
Tabela 11: Quantidade de equipamentos de Alta Complexidade dos HUFs, por tipo e ano (2007 a 2017)

Tipo	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	%
Tomógrafo	37	38	40	40	40	42	47	49	50	50	48	29,7
Hemodinâmica	24	25	25	24	24	25	28	27	31	33	34	41,7
Ressonância	5	7	8	7	9	15	16	17	22	22	24	380,0

Fonte: SCNES, 2018

Ao analisarmos a Tabela 11, percebe-se aumento dos três equipamentos em estudo, entre o período de 2007 e 2017. Contudo, a quantidade de equipamentos de Ressonância Nuclear Magnética aumentou 380%, enquanto a Hemodinâmica cresceu 41,7% e os Tomógrafos elevaram-se 29,7%. Assim, ao longo dos últimos dez anos, os Hospitais Universitários Federais apoiaram o SUS na ampliação do acesso a esses serviços de apoio diagnóstico e terapêutico essenciais para os usuários que necessitam da assistência de Alta Complexidade.

Gráfico 12: Quantidade de equipamentos de Alta Complexidade dos HUFs, por tipo e ano (2007 a 2017)



Fonte: SCNES, 2018

Por outro lado, analisando o quantitativo regional destes equipamentos, notamos desigualdades importantes, tanto no aumento do número de equipamentos ao longo dos últimos anos, quanto na distribuição proporcional por região.

Tomógrafo Computadorizado

De acordo com a Tabela 12, percebe-se um esforço das políticas públicas no sentido de diminuir as disparidades regionais no acesso à Tomografia. A região Sudeste, que apresentava a maior quantidade deste equipamento em 2007, apresentou o menor aumento até 2017 (7,7%).

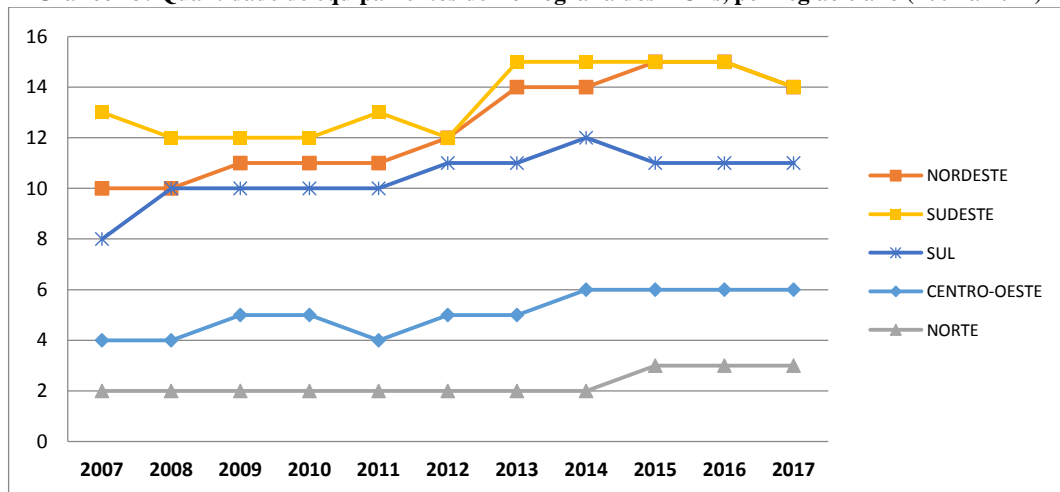
Tabela 12: Quantidade de Tomógrafos Computadorizados dos HUFs, por região e ano (2007 a 2017)

Tipo	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	%
Centro-Oeste	4	4	5	5	4	5	5	6	6	6	6	50,0
Nordeste	10	10	11	11	11	12	14	14	15	15	14	40,0
Norte	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	50,0
Sudeste	13	12	12	12	13	12	15	15	15	15	14	7,7
Sul	8	10	10	10	10	11	11	12	11	11	11	37,5
Brasil	37	38	40	40	40	42	47	49	50	50	48	29,7

Fonte: SCNES, 2018

Em contrapartida, todas as outras quatro regiões obtiveram aumento expressivo do número de Tomógrafos. No Sul a variação foi de 37,5 e no Nordeste o aumento foi de 40%. As regiões que possuem as menores quantidades deste equipamento, o Norte e o Centro-Oeste, apresentaram os maiores crescimentos em termos relativos, ampliando 50% entre 2007 e 2017.

Gráfico 13: Quantidade de equipamentos de Tomografia dos HUFs, por região e ano (2007 a 2017)

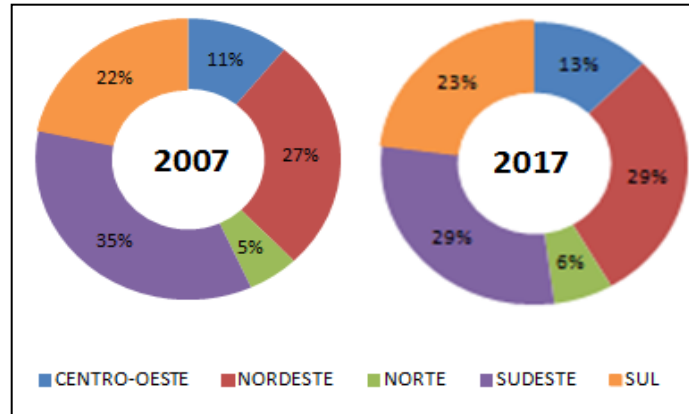


Fonte: SCNES, 2018

Em outra análise, observando o percentual de Tomógrafos por região entre 2007 e 2017 (Gráfico 14), percebe-se uma diminuição da concentração deste equipamento na região Sudeste e consequente aumento percentual em todas as outras regiões do país. Apesar de quantitativamente pouco expressivo, a tendência de melhor distribuição regional deste

importante equipamento de apoio diagnóstico é um movimento que merece destaque na gestão das políticas de atenção hospitalar no Brasil, que deveriam ser ampliadas para o conjunto das políticas de saúde do SUS.

Gráfico 14: Proporção de equipamentos de Tomografia dos HUFs por região, em 2007 e 2017



Fonte: SCNES, 2018

Raio-X para Hemodinâmica

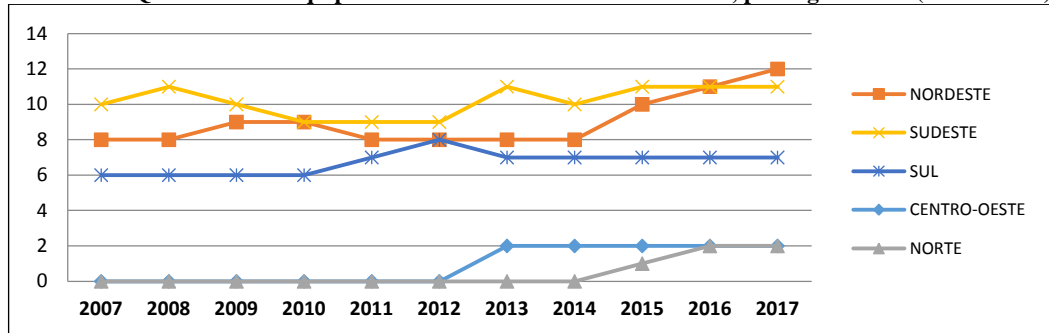
Neste procedimento de alta complexidade evidencia-se ainda mais marcadamente o impacto de políticas que buscam diminuir vazios assistenciais historicamente conhecidos no Brasil. Observando a Tabela 13, percebe-se que os Hospitais Universitários Federais da região Centro-Oeste e da região Norte não possuíam equipamentos de Hemodinâmica até recentemente (2012 e 2014 respectivamente).

Tabela 13: Quantidade de equipamentos de Hemodinâmica dos HUFs, por região e ano (2007 a 2017)

Tipo	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	%
Centro-Oeste	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2	200,0
Nordeste	8	8	9	9	8	8	8	8	10	11	12	50,0
Norte	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	200,0
Sudeste	10	11	10	9	9	9	11	10	11	11	11	10,0
Sul	6	6	6	6	7	8	7	7	7	7	7	16,7
Brasil	24	25	25	24	24	25	28	27	31	33	34	41,7

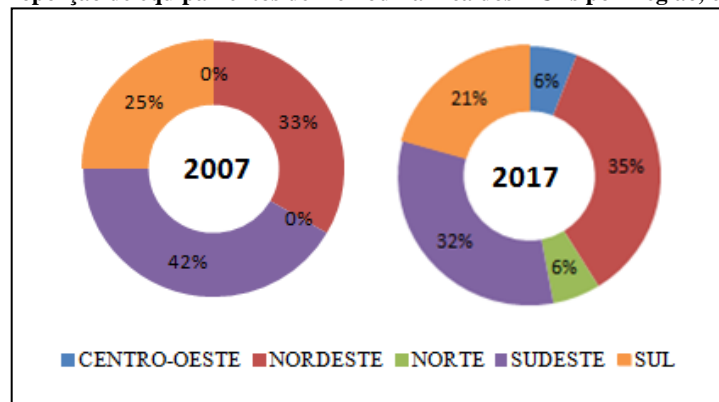
Fonte: SCNES, 2018

Os investimentos econômicos e políticos efetivaram a implementação de dois centros de referência em Hemodinâmica em cada uma dessas regiões neste período. Percebe-se também importante crescimento na região Nordeste (50%). Entretanto, evidencia-se a implantação de apenas mais um equipamento de Hemodinâmica nas regiões Sul e Sudeste, entre 2007 e 2017, mostrando que a prioridade neste período estava voltada para as regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste.

Gráfico 15: Quantidade de equipamentos de Hemodinâmica dos HUFs, por região e ano (2007 a 2017)

Fonte: SCNES, 2018

Reforçando a análise anterior, o Gráfico 16 demonstra uma diminuição da concentração de procedimentos de Hemodinâmica no Sudeste do país em 2007, com uma melhor distribuição para as outras regiões, inclusive contemplando regiões que não possuíam este procedimento no parque hospitalar universitário federal.

Gráfico 16: Proporção de equipamentos de Hemodinâmica dos HUFs por Região, em 2007 e 2017

Fonte: SCNES, 2018

Ressonância Nuclear Magnética

Este procedimento de Alta Complexidade é o de menor quantidade entre os três analisados, representando um dos principais gargalos assistenciais no SUS em todo o Brasil. Ao mesmo tempo, nota-se que é o equipamento que apresentou maior crescimento no período analisado (380%), justamente porque era o mais escasso na rede de HUFs em 2007.

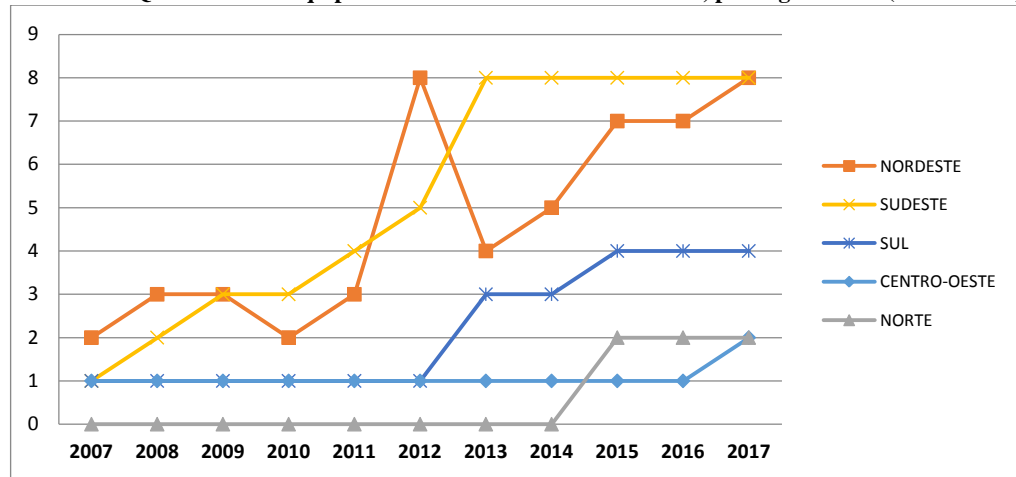
Tabela 14: Quantidade de equipamentos de Ressonância dos HUFs, por região e ano (2007 a 2017)

Tipo	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	%
Centro-Oeste	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	100,0
Nordeste	2	3	3	2	3	8	4	5	7	7	8	300,0
Norte	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	200,0
Sudeste	1	2	3	3	4	5	8	8	8	8	8	700,0
Sul	1	1	1	1	1	1	3	3	4	4	4	300,0
Total	5	7	8	7	9	15	16	17	22	22	24	380,0

Fonte: SCNES, 2018

Todas as regiões apresentaram crescimento de, pelo menos, 100%. Entretanto, ao contrário dos outros dois procedimentos analisados, a região Sudeste foi a que mais incorporou este equipamento em seus Hospitais Universitários Federais, com aumento de 700% entre 2007 e 2017. Destaca-se novamente a inexistência deste procedimento na região Norte em 2007, com implantação de dois equipamentos no período.

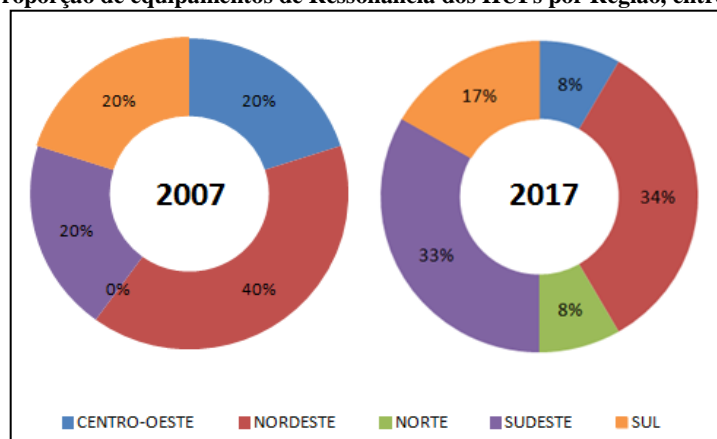
Gráfico 17: Quantidade de equipamentos de Ressonância dos HUFs, por região e ano (2007 a 2017)



Fonte: SCNES, 2018

Ao considerar a análise regional, nota-se que a concentração deste equipamento se dava nos HUFs da região Nordeste em 2007, havendo também uma melhor distribuição no território nacional. Porém, dois terços dos equipamentos de Ressonância encontram-se nos HUFs das regiões Sudeste e Nordeste.

Gráfico 18: Proporção de equipamentos de Ressonância dos HUFs por Região, entre 2007 e 2017



Fonte: SCNES, 2018

CAPÍTULO 5

A GESTÃO DO TRABALHO NOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

A gestão do trabalho envolve toda a vida funcional do trabalhador, desde o recrutamento, seleção, contratação, criação de espaços de discussão e negociação das relações de trabalho, Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), capacitação e educação permanente dos trabalhadores, até a valorização do trabalho e do trabalhador⁹¹. A gestão do trabalho em saúde se relaciona com as especificidades da organização do sistema de saúde de cada país, podendo ser modificada de acordo com o contexto econômico e político nacional⁹².

A gestão do trabalho vem sofrendo um amplo processo de desregulamentação dentro das políticas de reforma do Estado desde a década de 1990, fragilizando os vínculos empregatícios e os mecanismos de controle das relações trabalhistas. Estas reformas interferem diretamente nas formas de contratação, flexibilizando as relações de trabalho e terceirizando serviços com consequências na estrutura social, na qualidade dos serviços prestados e na legitimidade dos interesses trabalhistas⁹³.

No setor saúde, bem como no restante da economia, estabeleceram-se contratos precários, terceirização, sobrecarga de trabalho, condições e ambientes de trabalho inadequados e flexibilização da jornada de trabalho. Trabalhadores dos diversos níveis de governo e de entidades prestadoras de serviço ao Sistema Único de Saúde convivem no mesmo local de trabalho com direitos e deveres diferenciados⁹⁴.

É comum a falta de estímulo profissional, os desvios de função, as duplas ou triplas jornadas de trabalho, a submissão a formas improvisadas e arcaicas de vinculação e gestão, cuja regra é a transgressão à lei e, ainda, com poucos ou inexistentes espaços de negociação com seus empregadores⁹⁵.

Esta realidade se expressa também nos Hospitais Universitários Federais brasileiros. Como exposto anteriormente, a EBSEH foi criada em um contexto em que boa parte dos hospitais enfrentava problemas estruturais, de gestão e de pessoal. Sem autonomia e dependentes da gestão da universidade, os processos de compras e de contratação dos hospitais universitários dependiam da estrutura administrativa da universidade. Para dar maior agilidade na contratação de pessoal para os HUFs, as fundações de apoio passaram a ser utilizadas como um instrumento para prover trabalhadores, com contratação de pessoal terceirizado para desempenhar atividades assistenciais e administrativas.

Esse contexto motivou a criação da EBSEH, com o objetivo de viabilizar um modelo de gestão ágil, eficiente e compatível com as competências executivas dos HUFs,

além de oferecer solução jurídico-administrativa sustentável para as crescentes dificuldades operacionais e os inúmeros questionamentos do Tribunal de Contas da União e do Ministério Público Federal a respeito do funcionamento dessas instituições. Além disso, objetivava equacionar a situação dos terceirizados irregulares e o problema da precarização da força de trabalho com contratos irregulares, por meio da adoção de contratação pelo regime celetista e a instituição de Plano de Cargos, Carreiras e Salários⁹⁶.

Segundo dados do Tribunal de Contas da União (TCU), a força de trabalho dos hospitais universitários antes da criação da EBSEH era composta por 70.373 profissionais, dos quais 26.556 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 irregular⁹⁷.

Os sistemas de informações oficiais do SUS não apresentam dados suficientes para a análise do conjunto dos trabalhadores dos Hospitais Universitários Federais e seus vínculos empregatícios. Os sítios eletrônicos dos HUFs também não apresentam esses dados. Alguns Planos Diretores Estratégicos apresentam estas informações, mas representam um número reduzido de hospitais.

Desta maneira, solicitamos à Ouvidoria da EBSEH a disponibilização de informações referentes ao número de servidores estatutários, fundacionais e empregados da EBSEH de cada HUF, assim como a evolução histórica das contratações e desligamentos, buscando compreender o ritmo de adesão destes HUFs à Rede EBSEH. Foram disponibilizados dados até 2017.

Solicitamos também as mesmas informações aos demais hospitais não vinculados à EBSEH, porém não obtivemos respostas. Os dados abaixo referem-se a 39 hospitais vinculados à Rede EBSEH, pois o Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia aderiu à Empresa em abril de 2018, não sendo contemplado, até o momento, com as contratações de trabalhadores pela EBSEH.

Conforme a Tabela 15, em 2017 havia mais de 52 mil trabalhadores na rede hospitalar universitária federal administrada pela EBSEH. Deste total, mais da metade (54,7%) era constituída por trabalhadores contratados pela própria Empresa, por meio de concursos públicos. Do restante, 38,1% eram servidores públicos federais estatutários, contratados pelas Universidades Federais, e 7,2% estavam vinculados às Fundações de Apoio, que permanecem ativas mesmo após a criação da EBSEH.

Tabela 15: Quantidade de trabalhadores dos HUFs da Rede EBSEH, por vínculo empregatício, região e ano (2017)

Tipo	Servidores RJU		Empregados EBSEH		Empregados Fundações de Apoio		Total	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Centro-Oeste	2.719	39,6	3.737	54,4	413	6,0	6.869	100,0
Nordeste	6.985	31,6	14.589	66,0	533	2,4	22.107	100,0
Norte	1.266	41,1	1.076	34,9	738	24,0	3.080	100,0
Sudeste	4.789	45,1	5.432	51,2	396	3,7	10.617	100,0
Sul	4.216	43,2	3.857	39,5	1.689	17,3	9.762	100,0
Total	19.975	38,1	28.691	54,7	3.769	7,2	52.435	100,0

Fonte: EBSEH, 2018

Analisando esta mesma configuração por região geográfica, percebe-se que o Nordeste é responsável pela maior quantidade de trabalhadores nos HUFs (22.107), sendo que 66% deste valor referem-se a empregados contratados pela EBSEH e 31,6% são servidores estatutários. Esta região apresenta o menor número de funcionários fundacionais, demonstrando que o Governo Federal priorizou a substituição da força de trabalho fundacional por contratada pela EBSEH nesta região.

O Sudeste é a segunda região com menor percentual de trabalhadores fundacionais (3,7%), sendo que a maior parte dos trabalhadores é vinculada à EBSEH (51,2%) e por uma expressiva quantidade de servidores estatutários (45,1%). Apesar de quantitativamente menor, o Centro-Oeste apresenta distribuição semelhante à região Sudeste, pois 54,4% são da EBSEH, 39,6% são estatutários e 6% são fundacionais.

As regiões que menos avançaram na substituição de trabalhadores fundacionais por contratados pela EBSEH são o Norte e o Sul do país. Enquanto no Sul 17,3% ainda são fundacionais, este número chega a 24% na região Norte.

Podemos também analisar o peso percentual de cada região do Brasil na quantidade de trabalhadores dos HUFs da Rede EBSEH. Nota-se, na Tabela 16, que 42,2% de todos os trabalhadores dos HUFs estão na região Nordeste, ratificando outras informações que demonstram a prioridade de investimentos federais nesta região. Fica mais evidente esta afirmação quando percebemos que 50,8% de todos os trabalhadores contratados pela EBSEH e 35% dos servidores estatutários estão no Nordeste.

Tabela 16: Quantidade de trabalhadores dos HUFs da Rede EBSEERH, por vínculo empregatício, região e ano (2017)

Tipo	Servidores RJU		Empregados EBSEERH		Empregados Fundações de Apoio		Total	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Centro-Oeste	2.719	13,6	3.737	13,0	413	11,0	6.869	13,1
Nordeste	6.985	35,0	14.589	50,8	533	14,1	22.107	42,2
Norte	1.266	6,3	1.076	3,8	738	19,6	3.080	5,9
Sudeste	4.789	24,0	5.432	18,9	396	10,5	10.617	20,2
Sul	4.216	21,1	3.857	13,4	1.689	44,8	9.762	18,6
Total	19.975	100,0	28.691	100,0	3.769	100,0	52.435	100,0

Fonte: EBSEERH, 2018

Em contrapartida, nota-se que a região Sul é a que possui o maior percentual de funcionários fundacionais entre todas as regiões, demonstrando haver desafios a serem superados na substituição destes funcionários por empregados da EBSEERH.

Outras informações fornecidas pela EBSEERH nos ajudam a compreender melhor o ritmo de incorporação efetiva dos HUFs à Rede, por meio do aumento de contratações de trabalhadores pela EBSEERH e consequente desligamento de funcionários vinculados às Fundações de Apoio.

Tabela 17: Quantidade de empregados fundacionais dos HUFs da Rede EBSEERH, por região e ano (2015 a 2017)

Tipo	Empregados das Fundações de Apoio				
	Antes da EBSEERH	2015	2016	2017	%
Centro-Oeste	1.669	554	581	413	-75,3
Nordeste	4.245	1.884	1.830	533	-87,4
Norte	955	755	568	738	-22,7
Sudeste	4.888	1.602	1.680	396	-91,9
Sul	1.949	1.981	2.145	1.689	-13,3
Total	13.706	6.776	6.804	3.769	-72,5

Fonte: EBSEERH, 2018

Evidencia-se na Tabela 17 uma redução de 72,5% dos funcionários fundacionais, considerando o período anterior à adesão dos HUFs na EBSEERH até 2017. Esta velocidade de desligamentos, com o aumento no número de leitos apresentado anteriormente, pode demonstrar que a Empresa conseguiu responder à principal demanda das Universidades e dos Hospitais, que seria dar apoio para a manutenção e ampliação do número de trabalhadores e reativação de inúmeros leitos fechados por falta de funcionários.

Observamos também que as regiões Centro-Oeste, Nordeste e Sudeste apresentam expressivas reduções dos funcionários fundacionais até 2017 (acima de 75%), enquanto o Sul e o Norte foram as regiões que mais mantiveram trabalhadores vinculados às Fundações de Apoio, reduzindo apenas 13,3% e 22,7% respectivamente.

Apesar da expressiva redução do número de funcionários fundacionais, existem limitações importantes para a substituição completa destes trabalhadores por empregados da EBSEH. Dentre estas limitações, o Tribunal de Contas da União, em auditoria realizada em 2015 nos HUFs vinculados à Empresa, aponta o custo dos processos rescisórios, dificuldades na contratação e na retenção dos médicos, dificuldades na transferência de conhecimento para as equipes recém-admitidas e a rotatividade dos profissionais⁹⁷.

Por tudo isso, as evidências demonstram avanços na diminuição da precarização do trabalho nos HUFs vinculados à EBSEH, com a redução significativa dos vínculos terceirizados com as Fundações de Apoio, questionadas juridicamente e com modelos gerenciais empresariais, privatistas e fragmentados em todo o Brasil. Apesar de os empregos públicos da EBSEH não serem regidos pelo regime jurídico único do serviço público federal, os direitos trabalhistas, o plano de cargos, carreiras e salários e o pertencimento a uma instituição pública federal são avanços importantes para a qualificação, em alguma medida, da gestão do trabalho nos Hospitais Universitários Federais brasileiros.

Entretanto, ressalta-se que os HUFs representam uma pequena dimensão do sistema de saúde. É preciso uma política de gestão de pessoas e gestão do trabalho para o SUS que considere os diversos desafios das políticas públicas de saúde no Brasil, como as múltiplas diversidades das profissões e especialidades da saúde, os diversos contextos sanitários e epidemiológicos e as desigualdades regionais.

Segundo Campos⁹⁸, é preciso superar a organização de carreiras com base nas categorias profissionais. O trabalho em saúde tem características especiais, depende da motivação e do envolvimento de cada trabalhador com a saúde de outras pessoas. O SUS vem se ordenando com a lógica do trabalho compartilhado, em equipes, em apoio matricial e no trabalho em redes de cuidado.

O autor propõe carreiras do SUS com duplo sentido, um vertical que favorecesse o trabalho colaborativo e interdisciplinar, e outro horizontal que respeitasse direitos e especificidade de cada profissão e especialidade. Assim, enfraqueceria o corporativismo entre as profissões de saúde, em especial o corporativismo médico, e fortalecer a relação dialógica com os usuários. Seria uma estratégia para se ampliar a constituição de um novo tipo de trabalhador de saúde para o SUS⁹⁸.

Nesse sentido, há que se pensar em políticas de gestão de pessoas e carreiras que respeitem a identidade de cada especialidade ou profissão, mas que estimule a prática interdisciplinar e o compartilhamento de responsabilidades e de tarefas, para além de reduzir a precarização dos vínculos empregatícios e a terceirização do trabalho.

CAPÍTULO 6

O FINANCIAMENTO DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

A conquista constitucional do direito universal à saúde, em 1988, veio acompanhada da inserção do SUS no Orçamento da Seguridade Social, contemplando ainda a Previdência e a Assistência Social. Porém, as políticas de ajuste fiscal de matriz neoliberal promovidas pelos sucessivos governos, criaram uma instabilidade do financiamento do SUS, que persiste até os dias atuais^{99,100}. Na verdade, a crise crônica de subfinanciamento do SUS foi agravada recentemente com a política de austeridade fiscal imposta pelo governo Temer, incluindo a promulgação da Emenda Constitucional nº. 95, de 2016, que congela os gastos públicos com políticas sociais por 20 anos¹⁰¹.

As Leis Orgânicas da Saúde estabeleceram os critérios de distribuição de recursos federais para os estados e municípios. No campo da atenção hospitalar, em 1991 instituiu-se um sistema de alocação de recursos orientado pela remuneração dos serviços produzidos. O financiamento das internações era feito por meio das Autorizações de Internações Hospitalares (AIH), faturadas pelos prestadores hospitalares e remuneradas por procedimentos. Já as atividades ambulatoriais eram remuneradas conforme tabela específica para cada tipo de atendimento¹⁰⁰.

Esta metodologia de pagamento manteve a lógica de distribuição de recursos do INAMPS, determinada pela capacidade instalada e pela oferta assistencial, concentrada nas cidades e estados com melhores indicadores socioeconômicos, ampliando as iniquidades regionais. Além disso, reduziu o cuidado em saúde à realização de ações médico-assistenciais individuais, desconsiderando os serviços multiprofissionais e coletivos, em uma lógica de compra e venda de serviços.

Com a publicação da Norma Operacional Básica (NOB) nº. 01/1993²⁰, as secretarias estaduais e municipais de saúde passaram a receber valores globais, por meio de transferências automáticas e regulares do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais. Para a assistência de média e alta complexidade, foram definidos tetos financeiros considerando os valores historicamente repassados, que não alteraram significativamente a estrutura do financiamento, pois os tetos reproduziram a tradicional remuneração por serviços produzidos¹⁰⁰.

Para diminuir a excessiva fragmentação das transferências fundo a fundo (registrava-se mais de 80 vinculações ou “caixinhas”), o Ministério da Saúde, por meio do Pacto pela Saúde, editou a Portaria nº. 204, de 29 de janeiro de 2007¹⁰². Assim, regulamentou

o financiamento e a transferência dos recursos federais para ações e serviços de saúde, bem como seu respectivo monitoramento e controle, estabelecendo cinco blocos para transferências de recursos financeiros: Atenção Básica, Média e Alta Complexidade, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão.

O bloco de financiamento da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar constitui-se por dois componentes: Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC) e Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)¹⁰².

Neste contexto, o financiamento dos Hospitais Universitários Federais, que era responsabilidade exclusiva do Ministério da Educação até o início da década de 1990, passa a ser compartilhado com o Ministério da Saúde, após a inserção dos HUFs ao Sistema Único de Saúde⁵⁶.

Enquanto o MEC responsabiliza-se pelas despesas com os servidores públicos dessas instituições, o Ministério da Saúde repassa valores mediante pactuação de metas (quantitativas e qualitativas), vinculadas ao desenvolvimento de ações e serviços de assistência de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.

Por meio da contratualização estabelecida pelo Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino⁶³, em 2004, o mecanismo de financiamento dos HEs foi definitivamente alterado, baseado em orçamentação global para os procedimentos de média complexidade, de acordo com o cumprimento das metas pactuadas. A alta complexidade continuou a ser paga de acordo com a produção. O novo financiamento baseado no orçamento fixo e cumprimento de metas acordadas teve tripla orientação: a) adequação entre a demanda do sistema de saúde e a oferta de serviços assistenciais, de formação de recursos humanos e de desenvolvimento de pesquisa; b) aumento do aporte financeiro, principal reivindicação dos diretores das unidades; e c) garantia de esforços para o desenvolvimento da capacidade de administração e gestão local, principal ótica dos órgãos federais responsáveis pelo repasse financeiro⁵⁸.

Os recursos do MAC são destinados ao financiamento de ações de média e alta complexidade em saúde e de incentivos transferidos mensalmente, enquanto os recursos do FAEC são “extrateto” e tem a finalidade de financiar procedimentos e políticas consideradas estratégicas, bem como novos procedimentos incorporados à Tabela do SUS. Os recursos financeiros são transferidos após a apuração da produção dos estabelecimentos de saúde registrada pelos respectivos gestores nos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar SIA/SIH¹⁰³.

Este conjunto de repasses refere-se à totalidade dos recursos do Sistema Único de Saúde para os HUFs, objeto de análise deste estudo. Buscando compreender a evolução dos

recursos do SUS para os HUFs, levantaram-se as transferências do FNS para todos os hospitais universitários federais entre 2003 e 2017. Definiu-se o início da análise em 2003, pois este ano marca a formulação e o começo da implantação de um conjunto de políticas voltadas para a reestruturação dos Hospitais de Ensino no Brasil.

Neste período, o FNS repassou mais de R\$ 17,8 bilhões aos 50 HUFs, referente às ações de média e alta complexidade (Tabela 18).

Tabela 18: Percentual regional do repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde para os HUFs (MAC e FAEC) entre 2003 a 2017 e número de leitos em 2018

Região	Repasse FNS		Leitos HUFs	
	R\$	%	n.	%
Centro-Oeste	1.730.308.175,00	9,7	1.023	9,0
Nordeste	5.069.791.204,52	28,4	3.380	29,0
Norte	619.102.471,32	3,5	536	5,0
Sudeste	6.829.398.184,37	38,3	4.000	35,0
Sul	3.582.338.895,81	20,1	2.526	22,0
Total	17.830.938.931,02	100,0	11.465	100,0

Fonte: FNS; SCNES, 2018

Os dados demonstram semelhança entre os percentuais regionais dos repasses do FNS e a distribuição regional dos leitos dos HUFs. Percebe-se que a maior parte dos recursos financeiros concentrou-se na região Sudeste (38,3%), a mesma região que possui o maior número de leitos (35%). Já os HUFs do Norte, que apresentam o menor número de leitos (5%), receberam 3,5% das transferências dos FNS, o menor percentual repassado no período. As outras regiões também apresentam semelhança na comparação entre os repasses financeiros e o número de leitos.

Considerando a evolução do financiamento do FNS entre 2003 e 2017, percebe-se crescimento nominal de 353,8% no repasse aos HUFs, valor bem acima da taxa de inflação acumulada no período (IPCA: 90,1%). Ou seja, o crescimento real do financiamento do SUS aos HUFs no período representa 263,7%.

Tabela 19: Percentual de evolução do repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde para os HUFs (MAC e FAEC), por região e ano (2003 a 2017)

Região	Total	% (2017 - 2003)
Centro-Oeste	R\$ 1.730.308.175,00	253,3
Nordeste	R\$ 5.069.791.204,52	1.089,9
Norte	R\$ 619.102.471,32	704,0
Sudeste	R\$ 6.829.398.184,37	248,1
Sul	R\$ 3.582.338.895,81	198,6
Total	R\$ 17.830.938.931,02	353,8
IPCA* acumulado (2003-2017)		90,1

*Índice de Preços ao Consumidor Amplo

Fonte: IBGE; FNS, 2018

Ugá e colaboradores¹⁰⁰ afirmavam a necessidade de implantação de programas de investimentos para diminuir as desigualdades regionais no financiamento dos serviços públicos de saúde, principalmente na atenção hospitalar. Neste sentido, os dados evidenciam uma tendência do financiamento federal do SUS em reduzir as iniquidades regionais apresentadas anteriormente, visto que as regiões mais vulneráveis do Brasil, o Nordeste e o Norte, são as que mais apresentam crescimento dos repasses do Fundo Nacional de Saúde (1.089% e 704% respectivamente). Por outro lado, as regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste obtiveram aumento das transferências do FNS abaixo do total nacional, mas todos acima da inflação do período, demonstrando ganho real dos repasses federais do SUS para os hospitais universitários federais em todo o território nacional.

Ao analisarmos o período de forma segregada, identificam-se duas fases distintas. A primeira fase (de 2003 a 2010) refere-se aos dois mandatos do governo Lula, no qual se destaca a ampliação das Universidades Federais e dos Hospitais Universitários Federais, a implementação do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino, com a contratualização e a certificação destes hospitais, a formulação e início da implantação do Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF).

A segunda fase, de 2011 a 2017, refere-se ao governo Dilma e a uma parte do governo Temer, após o golpe de 2016. Neste período destaca-se a implementação do REHUF, a criação e fortalecimento da EBSEH e a ampliação de hospitais vinculados à Empresa Pública. A análise da variação dos repasses do Fundo Nacional de Saúde para os HUFs demonstra diferenças significativas nestes dois períodos analisados. Enquanto o crescimento nominal dos repasses entre 2003 e 2010 atingiu 218% (Tabela 20), o crescimento nominal entre 2011 e 2017 é da ordem de 33,6% (Tabela 21).

Aplicando o índice de inflação (IPCA) acumulado no período para analisarmos o crescimento real dos repasses do SUS aos HUFs, percebe-se que apenas no primeiro período houve crescimento real do financiamento do SUS para o parque hospitalar universitário federal brasileiro, na ordem de 172% (Tabela 20). Por outro lado, no segundo período analisado (2011 a 2017), o crescimento nominal de 33,6% foi abaixo da inflação acumulada (44,6%). Constatou-se, portanto, que os repasses do FNS para os hospitais universitários federais reduziram-se 11% entre 2011 e 2017, considerando a inflação do período (Tabela 21).

As Tabelas 20 e 21 também demonstram o crescimento nominal dos repasses do FNS para os HUFs por região geográfica do Brasil. Percebe-se que o primeiro período apresenta expressivo aumento dos recursos para as regiões Nordeste e Norte (551,6% e 333,3% respectivamente). As outras regiões também obtiveram crescimentos acima da inflação, apesar de estar abaixo do total geral no período.

O segundo período evidencia uma importante diminuição do ritmo de crescimento dos repasses do SUS para os HUFs. Apenas as regiões Nordeste e Centro-Oeste conseguiram uma ampliação dos repasses acima da inflação acumulada no período. Mesmo assim, os valores estão muito abaixo do primeiro período analisado. Os repasses para o Nordeste cresceram apenas 5,4% acima da inflação, enquanto para o Centro-Oeste o aumento foi somente de 3,7% acima da inflação acumulada. Todas as outras regiões receberam aumento dos repasses abaixo da inflação acumulada no período.

O Gráfico 20 demonstra a prioridade dada pelo Governo Federal à região Nordeste. O expressivo crescimento nominal dos repasses do FNS para os hospitais universitários federais desta região, entre 2003 e 2017, de 1.089,9%, é responsável por retirar o Nordeste da quarta colocação entre as cinco regiões em valores de repasses do FNS, em 2003, e elevá-lo ao primeiro lugar, a partir de 2016, superando a região Sudeste em valores financeiros repassados pelo SUS.

Estes dados evidenciam, em alguma medida, os avanços promovidos pelo SUS na ampliação do acesso à atenção hospitalar e ambulatorial na rede hospitalar universitária federal, pois o aumento do financiamento foi fator decisivo para a ampliação do número de leitos e da oferta de ações e serviços de média e alta complexidade, vistos nos capítulos anteriores. Por outro lado, percebe-se também que a partir de 2011, o governo federal apresentou dificuldades significativas para manter o ritmo de crescimento dos repasses do SUS para os HUFs.

Tabela 20: Repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde para os HUFs (MAC e FAEC), por região e ano (2003 a 2010)

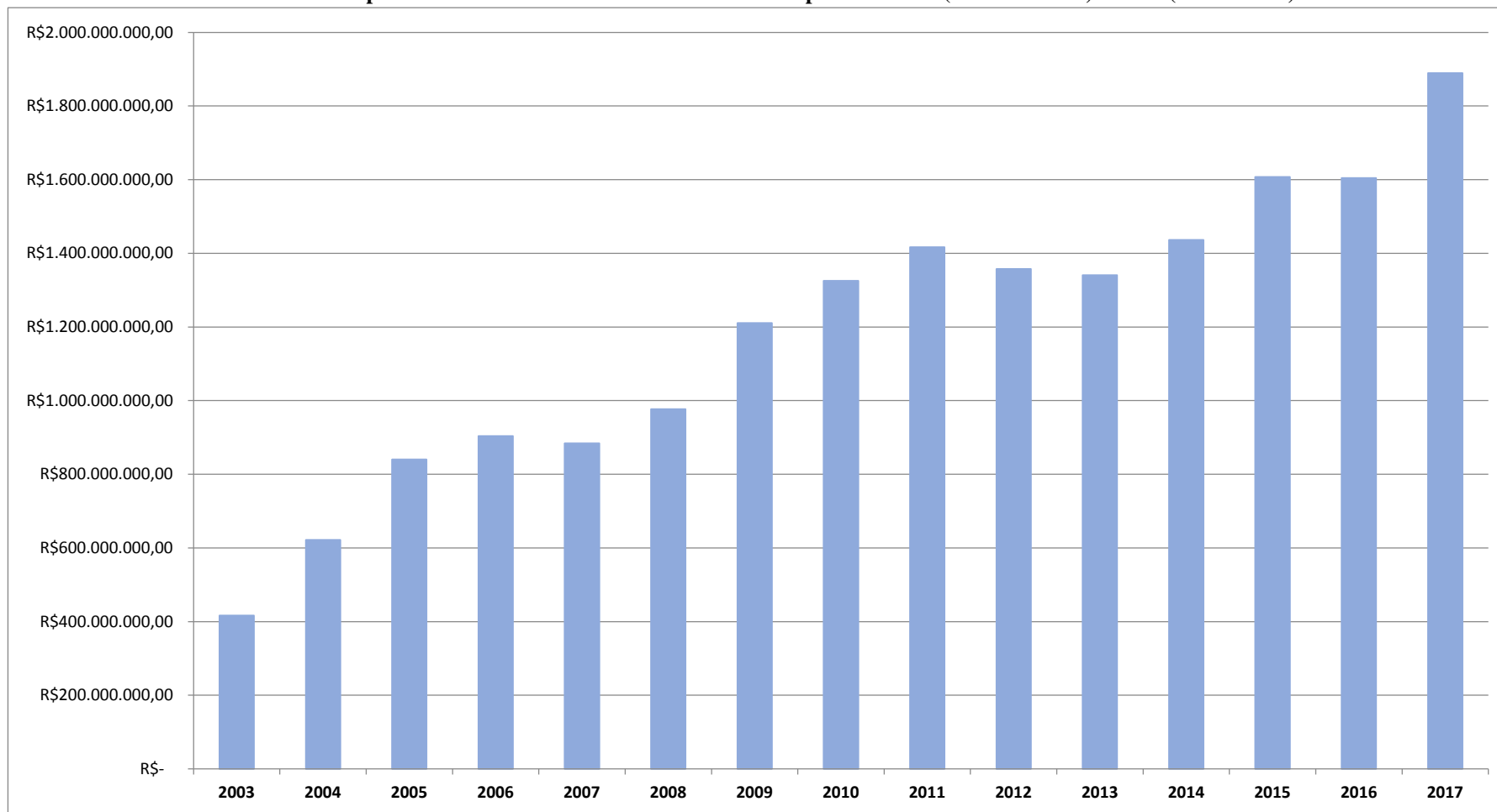
Região	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	%
Centro-Oeste	R\$ 54.866.853,78	R\$ 56.499.183,47	R\$ 68.528.304,96	R\$ 80.745.109,94	R\$ 57.013.329,06	R\$ 63.746.381,35	R\$ 96.743.432,69	R\$ 119.108.269,26	117,1
Nordeste	R\$ 54.635.752,31	R\$ 92.878.624,03	R\$ 167.934.897,18	R\$ 195.859.705,29	R\$ 209.719.459,46	R\$ 266.308.063,40	R\$ 304.871.052,01	R\$ 355.983.006,99	551,6
Norte	R\$ 8.283.965,90	R\$ 17.394.419,11	R\$ 33.083.329,66	R\$ 33.654.102,13	R\$ 36.112.475,57	R\$ 37.018.047,12	R\$ 33.467.562,83	R\$ 35.898.492,66	333,3
Sudeste	R\$ 176.343.283,19	R\$ 307.589.737,51	R\$ 387.598.821,51	R\$ 404.913.897,56	R\$ 454.941.913,37	R\$ 485.990.356,57	R\$ 553.774.288,40	R\$ 550.735.670,94	212,3
Sul	R\$ 122.194.262,47	R\$ 147.652.551,40	R\$ 183.181.896,82	R\$ 188.396.798,84	R\$ 126.319.519,86	R\$ 124.050.880,98	R\$ 221.680.939,58	R\$ 263.617.771,38	115,7
Total	R\$ 416.324.117,65	R\$ 622.014.515,52	R\$ 840.327.250,13	R\$ 903.569.613,76	R\$ 884.106.697,32	R\$ 977.113.729,42	R\$ 1.210.537.275,51	R\$ 1.325.343.211,23	218,3
IPCA acumulado (2003-2010)									46,3
Crescimento Real (acima da inflação) entre 2003 e 2010									172,0

Fonte: IBGE; FNS, 2018

Tabela 21: Repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde para os HUFs (MAC e FAEC), por região e ano (2011 a 2017)

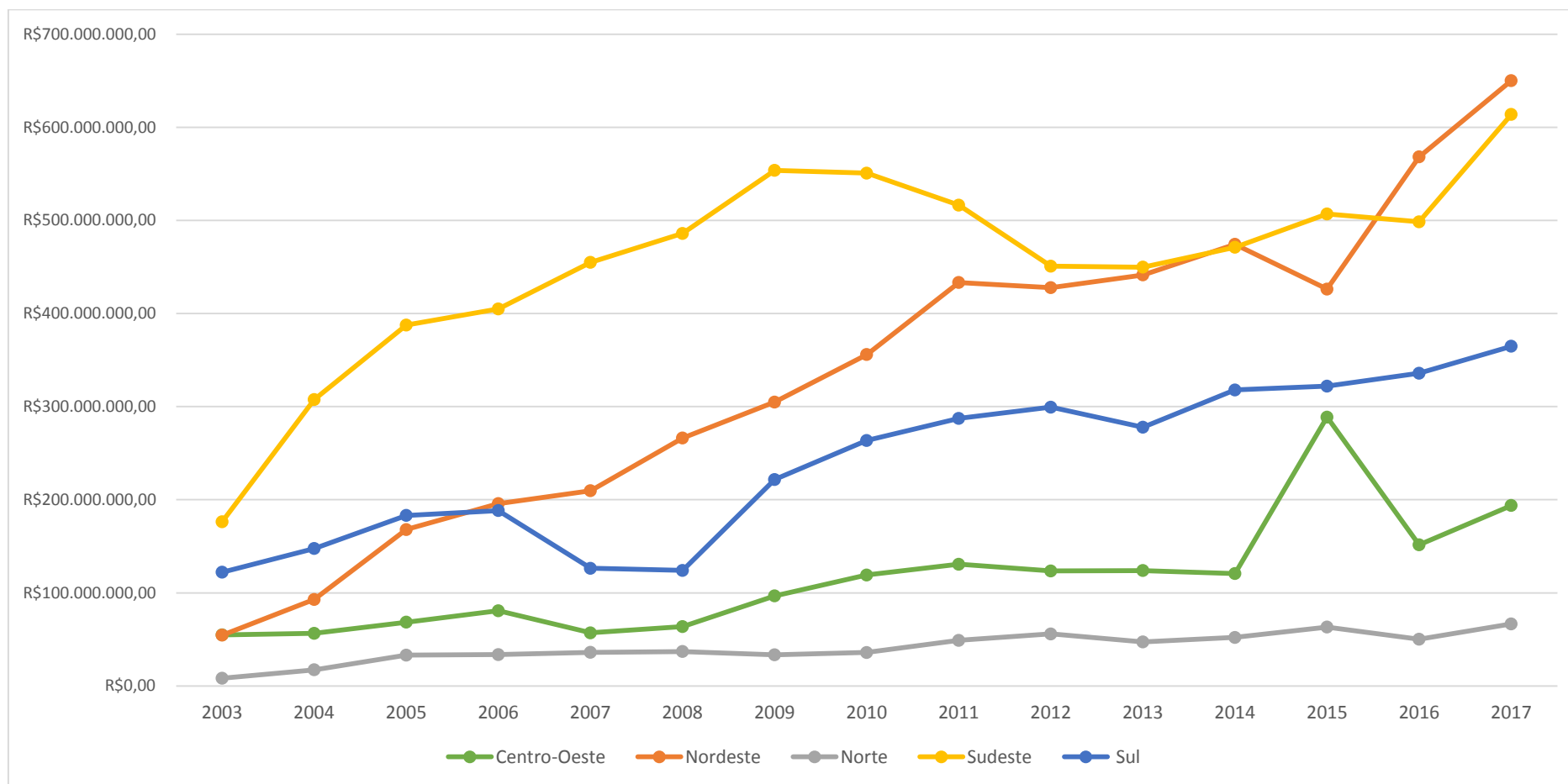
Região	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	%	
Centro-Oeste	R\$ 130.676.332,60	R\$ 123.498.357,69	R\$ 123.993.121,30	R\$ 120.736.078,34	R\$ 288.697.206,52	R\$ 151.592.115,58	R\$ 193.864.098,46	48,3	
Nordeste	R\$ 433.362.116,25	R\$ 427.799.553,24	R\$ 441.482.329,76	R\$ 474.345.721,69	R\$ 426.203.814,02	R\$ 568.299.641,65	R\$ 650.107.467,24	50,0	
Norte	R\$ 48.933.628,38	R\$ 55.835.804,05	R\$ 47.278.964,58	R\$ 52.079.382,22	R\$ 63.272.752,63	R\$ 50.186.816,28	R\$ 66.602.728,20	36,1	
Sudeste	R\$ 516.397.957,91	R\$ 450.828.603,77	R\$ 449.851.921,45	R\$ 471.175.899,73	R\$ 506.917.080,15	R\$ 498.467.074,01	R\$ 613.871.678,30	18,9	
Sul	R\$ 287.353.574,35	R\$ 299.392.091,34	R\$ 277.878.363,50	R\$ 317.883.105,52	R\$ 321.999.274,05	R\$ 335.849.119,07	R\$ 364.888.746,65	27,0	
Total	R\$ 1.325.343.211,23	R\$ 1.416.723.609,49	R\$ 1.357.354.410,09	R\$ 1.340.484.700,59	R\$ 1.436.220.187,50	R\$ 1.607.090.127,37	R\$ 1.604.394.766,59	33,6	
IPCA acumulado (2011-2017)									44,6
Crescimento Real (acima da inflação) entre 2017 e 2011									-11,0

Fonte: IBGE; FNS, 2018

Gráfico 19: Repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde para os HUFs (MAC e FAEC). Brasil (2003 a 2017)

Fonte: FNS, 2018

Gráfico 20: Repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde para os HUFs (MAC e FAEC), por região e ano (2003 a 2017)



Fonte: FNS, 2018

Podemos atribuir parte destas dificuldades aos efeitos da crise econômica mundial que se intensificaram a partir de 2010 no Brasil, às constantes disputas entre as áreas sociais e econômicas em todas as gestões do Governo Federal, à crise política desencadeada a partir de 2013, com as manifestações populares conhecidas como “jornadas de junho”, os movimentos que levaram à queda da Presidenta Dilma e ao recrudescimento do ajuste fiscal promovido pelo governo Temer, com a Emenda Constitucional 95/2016¹⁰⁴ e o desfinanciamento das políticas públicas^{98,101}.

A segunda maior fonte de financiamento dos Hospitais Universitários Federais deste período analisado refere-se ao REHUF. Como abordado anteriormente, este Programa do Governo Federal alocou recursos financeiros dos Ministérios da Saúde e da Educação para a revitalização e ampliação dos HUFs. Estes recursos foram destinados para as despesas de capital, ou seja, deveriam ser utilizados, a princípio, apenas para investimentos em reformas, construções e aquisições de equipamentos. Entretanto, com o passar do tempo, foram utilizados também para a manutenção das unidades^{66,67}.

Criado em janeiro e regulamentado em julho de 2010, o Programa incorporou, gradativamente, suplementação orçamentária e financeira às universidades federais que administravam hospitais. Os repasses financeiros seguiam o regime de pactuação global, sendo feitos mediante o cumprimento de metas anuais de assistência, gestão, ensino, pesquisa e extensão por parte dos hospitais.

Segundo dados da Diretoria de Orçamento e Finanças da EBSEH, atual gestora do REHUF, entre 2010 e 2017, o Programa acrescentou praticamente R\$ 5,5 bilhões aos orçamentos da rede hospitalar universitária federal, independentemente de sua vinculação à EBSEH (Tabela 22).

Tabela 22: Total de repasses financeiros do REHUF e Leitos dos HUFs, por região e ano (2010 a 2017)

Região	Repasses REHUF		Leitos HUFs	
	R\$	%	n.	%
Centro-Oeste	R\$ 788.881.485,94	14,5	1.023	9,0
Nordeste	R\$ 1.558.621.852,64	28,7	3.380	29,0
Norte	R\$ 273.980.940,93	5,0	536	5,0
Sudeste	R\$ 1.713.322.215,96	31,5	4.000	35,0
Sul	R\$ 1.104.113.962,46	20,3	2.526	22,0
Brasil	R\$ 5.438.920.457,93	100,0	11.465	100,0

Fonte: EBSEH; SCNES, 2018

Comparando a proporção regional do total de repasses financeiros do REHUF no período, com o percentual de leitos dos HUFs nas regiões do Brasil, evidencia-se, em alguma

medida, uma equidade na distribuição dos recursos. Enquanto o Nordeste e o Norte receberam repasses proporcionais ao número atual de leitos, o Centro-Oeste, com 9% dos leitos dos HUFs, recebeu 14,5% dos repasses do REHUF. Entretanto, o Sudeste e o Sul, que são as regiões historicamente mais desenvolvidas, receberam um volume percentualmente menor de investimentos, comparando-se à distribuição percentual de seus leitos.

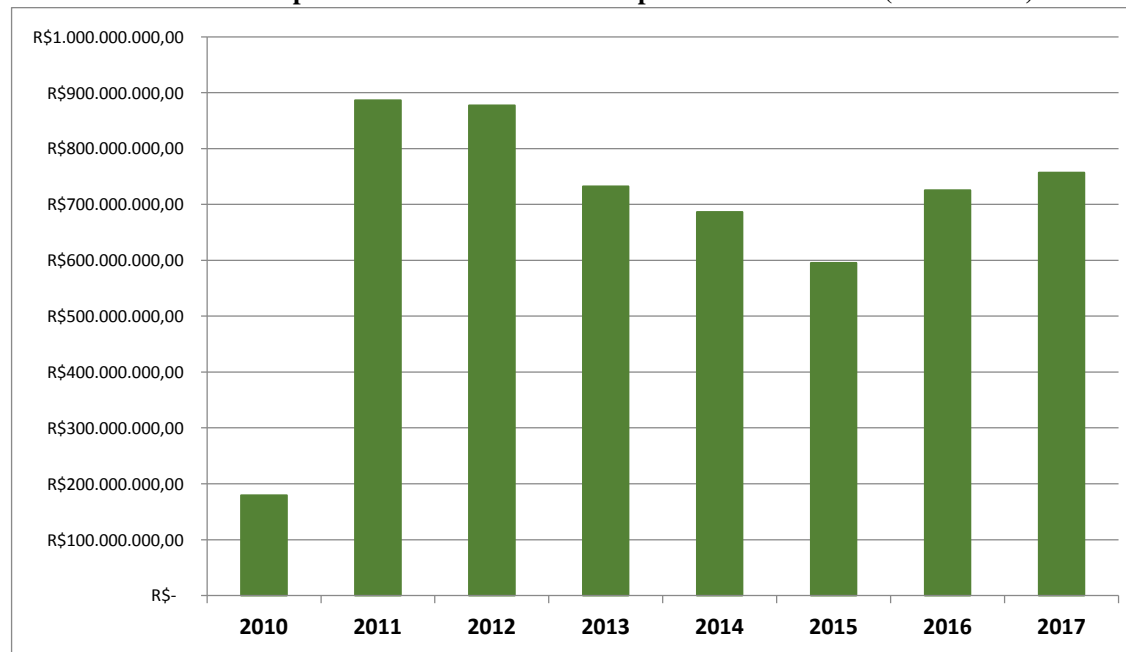
Ao analisarmos os repasses anuais, percebemos que após a implantação do Programa em 2010, os dois primeiros anos de pleno investimento (2011 e 2012), atingiram o ápice em transferências de recursos aos hospitais. Sucessivamente a cada ano, o REHUF perdeu financeiramente, chegando a seu menor patamar em 2015 (Tabela 23 e Gráfico 16). Traçando um paralelo com a conjuntura econômica do país, este ano refere-se ao início do segundo mandato do governo Dilma, marcado por uma nova orientação macroeconômica de ajuste fiscal e redução dos gastos públicos, conduzidos pelo novo ministro da Fazenda (Joaquim Levy). No campo político, a crise institucional aprofundava-se, afetando grande parte das políticas públicas.

O Gráfico 22 mostra que parcela importante da redução do repasse do REHUF, a partir de 2012, refere-se à região Sudeste. Há uma ampliação das transferências para essa região em 2011 e 2012, com considerável redução a partir de 2013, persistindo esta tendência até 2017. Em geral, as regiões apresentam tendência de manutenção de seus repasses oriundos do REHUF, a partir de 2013. Apenas a região Sul e, principalmente, o Nordeste, retomam a ampliação das transferências financeiras a partir de 2016, elevando o investimento global do REHUF.

Tabela 23: Repasses financeiros do REHUF, por região e ano (2010 a 2017)

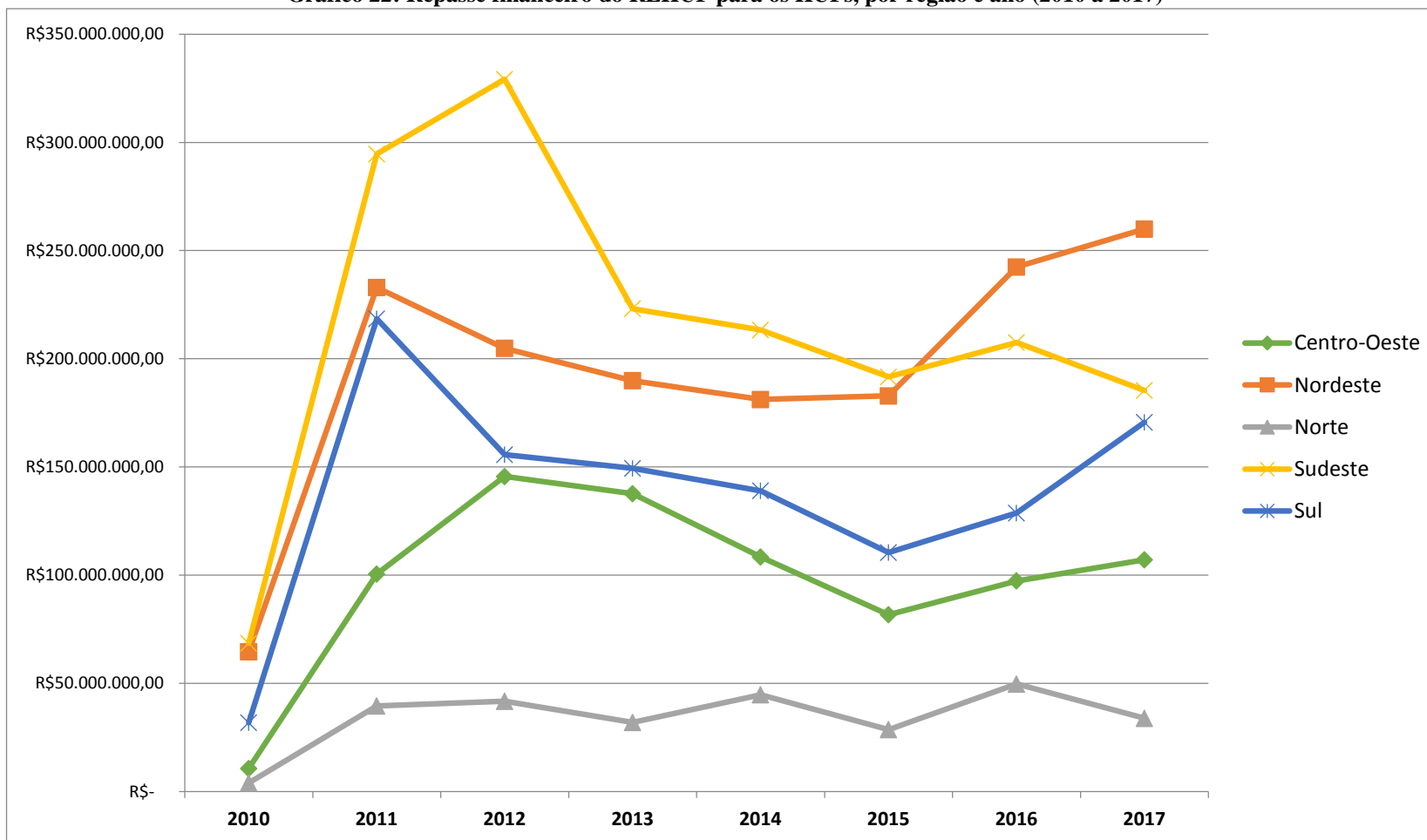
Região	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Centro-Oeste	R\$ 10.621.218,49	R\$ 100.495.628,60	R\$ 145.578.369,43	R\$ 137.643.818,36	R\$ 108.379.882,64	R\$ 81.733.504,14	R\$ 97.337.672,69	R\$ 107.091.391,59	R\$ 788.881.485,94
Nordeste	R\$ 64.595.843,19	R\$ 232.945.290,32	R\$ 204.838.778,50	R\$ 189.898.939,67	R\$ 181.159.594,34	R\$ 182.836.438,93	R\$ 242.401.622,19	R\$ 259.945.345,50	R\$ 1.558.621.852,64
Norte	R\$ 3.939.634,84	R\$ 39.570.040,81	R\$ 41.715.014,02	R\$ 31.927.868,70	R\$ 44.732.274,58	R\$ 28.623.187,82	R\$ 49.661.564,82	R\$ 33.811.355,34	R\$ 273.980.940,93
Sudeste	R\$ 68.488.169,39	R\$ 294.642.043,14	R\$ 329.149.317,38	R\$ 223.165.939,84	R\$ 213.329.325,21	R\$ 191.615.983,02	R\$ 207.539.776,26	R\$ 185.391.661,72	R\$ 1.713.322.215,96
Sul	R\$ 31.820.668,47	R\$ 218.466.800,98	R\$ 155.693.017,09	R\$ 149.360.662,02	R\$ 138.991.092,58	R\$ 110.442.534,33	R\$ 128.701.948,80	R\$ 170.637.238,19	R\$ 1.104.113.962,46
Brasil	R\$179.465.534,38	R\$ 886.119.803,85	R\$ 876.974.496,42	R\$ 731.997.228,59	R\$ 686.592.169,35	R\$ 595.251.648,24	R\$ 725.642.584,76	R\$ 756.876.992,34	R\$ 5.438.920.457,93

Fonte: EBSE RH, 2018

Gráfico 21: Repasses financeiros do REHUF para os HUFs. Brasil (2010 a 2017)

Fonte: EBSE RH, 2018

Gráfico 22: Repasse financeiro do REHUF para os HUFs, por região e ano (2010 a 2017)



Fonte: EBSERH, 2018

CAPÍTULO 7

A PERCEPÇÃO DOS DIRIGENTES SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DA PNHOSP NOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

Este capítulo abordará a percepção dos dirigentes dos Hospitais Universitários Federais a respeito do grau de implementação das diretrizes e eixos estruturantes da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no cotidiano de seus hospitais.

Como descrito anteriormente, a PNHOSP apresenta 14 diretrizes, que são operacionalizadas por meio de ações estratégicas subdivididas em seis eixos estruturantes:

- I. Assistência Hospitalar;
- II. Gestão Hospitalar;
- III. Formação, Desenvolvimento e Gestão da Força de Trabalho;
- IV. Financiamento;
- V. Contratualização; e
- VI. Responsabilidades das Esferas de Gestão.

As ações estratégicas contidas em cada um desses eixos estruturantes são, ou deveriam ser, a principal referência oficial de boas práticas para os hospitais que se relacionam com o SUS. Analisar o grau de implementação da PNHOSP nos hospitais universitários federais será útil para subsidiar estratégias de superação dos desafios dos HUF, assim como para auxiliar na consolidação do SUS no Brasil.

Neste sentido, buscamos analisar o grau de implementação dos eixos estruturantes da PNHOSP por meio da percepção dos atores sociais responsáveis pela gestão das políticas institucionais locais: os dirigentes dos HUF. Ainda seria necessário compreender as percepções dos trabalhadores, usuários e gestores do SUS, além do uso de outras abordagens quantitativas e qualitativas, para podemos construir uma avaliação mais ampla e compartilhada. Esperamos que este estudo inicial estimule a elaboração de outras análises.

Para a coleta de dados foi elaborado um questionário que sintetiza as ações estratégicas da PNHOSP, subdividido em quatro dimensões (Assistência à Saúde; Gestão e Financiamento; Formação e Gestão de Pessoas; e Contratualização com o SUS), totalizando 46 afirmativas. O questionário aplicado utiliza a escala Likert de concordância com cinco pontos de medida para as ponderações, entre “Discordo totalmente” e “Concordo totalmente”.

Antes de iniciar a coleta de dados, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da FCM/Unicamp (CAAE nº. 83230417.2.0000.5404), tendo sido aprovada a sua execução.

A pesquisa foi realizada no período de junho a outubro de 2018. O questionário eletrônico foi criado no software *Google Forms* e encaminhado a todos os dirigentes dos 50 hospitais universitários federais, por meio dos endereços eletrônicos institucionais adquiridos nos sites da EBSEH, da ABRAHUE e dos HUFs. O questionário contém o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e não possibilita a identificação dos dirigentes, garantido a privacidade e sigilo dos dados obtidos.

O questionário foi enviado aos 50 dirigentes (superintendentes ou diretores), em junho de 2018. Quinzenalmente enviamos lembretes sobre o preenchimento do questionário. Com 22 respostas até outubro deste ano, decidimos encerrar a fase de coleta para procedermos a análise. Os dados foram analisados à luz da estatística descritiva, destacando-se a análise das médias e das frequências absoluta e relativa.

A média geral de concordância sobre as 46 afirmativas é de 4,03 numa escala de 1 a 5. Este resultado demonstra uma percepção positiva dos dirigentes sobre o grau de implementação da PNHOSP nos HUFs.

As Tabelas completas contendo os resultados e as análises estatísticas das 46 afirmativas estão no Anexo 2.

Tabela 24: Média geral e por dimensões sobre a percepção dos dirigentes

Dimensão	Média
1. Assistência à Saúde	3,85
2. Formação e Gestão de Pessoas	4,40
3. Gestão e Financiamento	4,13
4. Contratualização com o SUS	3,90
Média Geral	4,03

Fonte: Questionário eletrônico

Ao analisarmos as quatro dimensões do questionário, observamos que a maior média refere-se à Formação e Gestão de Pessoas (4,40), seguida pela dimensão Gestão e Financiamento (4,13) e pela Contratualização com o SUS (3,90). A dimensão Assistência à Saúde apresenta a pior média (3,85).

Para procedermos à análise dos resultados detalhados para cada dimensão, elaborou-se uma escala de intervalos das médias, buscando qualificar os resultados entre negativo (1,0 – 2,9), intermediário (3,0 – 3,9) e positivo (4,0 – 5,0).

Tabela 25: Quantidade de afirmativas por intervalos de médias nas três dimensões

Intervalo	Afirmativas									
	Dimensão 1		Dimensão 2		Dimensão 3		Dimensão 4		Total	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Negativo (1,0 – 2,9)	1	5,6	0	0	0	0	1	14,3	2	4,3
Intermediário (3,0 – 3,9)	8	44,4	1	12,5	6	46,2	2	28,6	17	37,0
Positivo (4,0 – 5,0)	9	50,0	7	87,5	7	53,8	4	57,1	27	58,7
Total	18	100	8	100	13	100	7	100	46	100

Fonte: Questionário eletrônico

De acordo com a Tabela acima, percebe-se que a Dimensão 1 (Assistência à Saúde), apresenta o maior número de afirmativas dentro dos intervalos negativo e intermediário (50%), comparando-se às demais dimensões. A Dimensão 2 (Formação e Gestão de Pessoas) apresenta 12,5% de afirmativas intermediárias e nenhuma negativa. A Dimensão 3 (Gestão e Financiamento) possui 46,2% de respostas intermediárias e nenhuma resposta negativa. A Dimensão 4 (Contratualização com o SUS) apresenta 14,3% das afirmativas no intervalo negativo e 28,6% no intermediário.

Em seguida, faremos uma análise detalhada dos principais resultados de cada dimensão avaliada.

Dimensão 1: Assistência à Saúde

Esta dimensão apresenta o maior número de afirmativas, pois a PNHOSP busca aprofundar nas diretrizes e estratégias para os hospitais avançarem na qualificação da atenção à saúde de seus usuários, inserindo os hospitais na Rede de Atenção à Saúde. Coloca a gestão da clínica e a clínica ampliada como a base do cuidado em saúde, orientando o uso de diversos arranjos e dispositivos, como o Projeto Terapêutico Singular, as Equipes de Referência, o Apoio Matricial, os Protocolos Clínicos, entre outros.

A gestão da clínica busca a qualificação da gestão em saúde, visando oferecer ao usuário o cuidado no tempo e espaço oportunos, com a qualidade requerida. Esta evolução se dá por meio da aplicação micropolítica das tecnologias nos serviços de saúde com a finalidade de assegurar padrões clínicos, aumentar a eficácia clínica, diminuir os riscos para os usuários e para os profissionais, prestar serviços efetivos e melhorar a qualidade da atenção à saúde.

A análise desta dimensão da Atenção à Saúde também aborda uma das maneiras de organização dos hospitais. Nesse sentido, temos a clínica ampliada como uma metodologia organizacional que considera fundamental ampliar o "objeto de trabalho" da clínica³.

Enquanto a Medicina tradicional se encarrega apenas do tratamento de doenças, a clínica ampliada propõe a modificação do seu objeto, agregando a ele, além das doenças, também problemas de saúde (situações que ampliam o risco e a vulnerabilidade das pessoas). A ampliação mais importante, contudo, seria a consideração de que, em concreto, não há problema de saúde ou doença sem que estejam encarnadas em sujeitos, em pessoas³.

A PNHOSP traz a clínica ampliada como dispositivo de atenção à saúde, centrado nas necessidades de cada usuário e no seu contexto, articulando um conjunto de práticas capazes de potencializar a capacidade de atuação dos profissionais por meio da implantação das equipes de referência, construção de vínculo e elaboração de projetos terapêuticos compartilhados com os usuários, buscando ampliar os recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença⁴².

Entretanto, aproximadamente um terço (31,8%) dos dirigentes hospitalares afirma que a clínica ampliada e a gestão da clínica não são as bases do cuidado em seus hospitais.

Abordando o emprego Diretrizes Clínicas e Protocolos Assistenciais em ambiente hospitalar, Jacques e Gonçalo¹⁰⁵ afirmam que a gestão das informações clínicas tem possibilitado o uso eficaz do conhecimento em benefício dos serviços, por meio da construção de protocolos clínicos e assistenciais. De acordo com os autores, os protocolos propiciam “processos ricos em aprendizagem organizacional e, como prescrevem racionalmente os melhores recursos a serem utilizados, são a garantia da maior probabilidade de resultados assistenciais almejados”.

A PNHOSP define este arranjo como documento que normaliza um padrão de atendimento a determinada patologia ou condição clínica, identificando as ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação⁴². Para Amaral e Campos³, “o trabalho clínico apresenta regularidades possíveis de serem identificadas e descritas em manuais, cadeias de cuidado ou protocolos”. Entretanto, a complexidade da vida não cabe em nenhum protocolo. Por isso a necessidade da construção de espaços coletivos e multiprofissionais para o desenvolvimento da clínica ampliada e seus dispositivos.

Nesta direção, grande parte dos dirigentes (81,8%) afirma existir Diretrizes Terapêuticas e Protocolos Clínicos nos HUFs, buscando garantir intervenções seguras e resolutivas, além de evitar ações desnecessárias.

A PNHOSP incorpora também diretrizes da Política Nacional de Regulação do SUS, da Política Nacional de Humanização do SUS e do Programa Nacional de Segurança do

Paciente, além de articular estratégias de desospitalização e integração com a Atenção Básica, após a alta hospitalar.

O acesso regulado à atenção hospitalar, em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Regulação do SUS apresentou um elevado nível de concordância dos gestores dos HUFs (81,8%), com média no intervalo positivo (4,1). Além disso, a existência de Núcleo Interno de Regulação (NIR), com 90,9% de concordância e 4,6 de média sugerem avançada implementação dos dispositivos da Regulação do SUS nestes hospitais, que em sua maioria, são referências regionais para média e alta complexidade.

A instituição formal da Política Nacional de Regulação do SUS aconteceu por meio da Portaria n°. 1.559, de 2008³³, que toma regulação como um conjunto de ações que facilitam ou limitam a produção de bens e serviços no setor saúde, por meio da regulamentação, controle, fiscalização, monitoramento, auditoria e avaliação.

Importante instrumento de ordenação dos serviços e ações de saúde, a regulação coaduna com os princípios regentes do SUS, pois pretende a universalidade e equidade na sua prestação; a descentralização com distribuição compartilhada de objetivos e compromissos entre as unidades federadas; e a regionalização e hierarquização da rede para a garantia da integralidade e continuidade do cuidado aos cidadãos em seu contexto geográfico, sociocultural e sanitário.

A regulação pode ser entendida como a ação regulatória ordenadora e orientadora dos fluxos assistenciais, também sendo responsável pelo mecanismo de relação entre gestão e os vários serviços de saúde, e pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada às necessidades do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e racional¹⁰⁶.

Outra Política incorporada pela PNHOSP é a Política Nacional de Humanização (PNH), criada pelo Ministério da Saúde em 2003, como uma política pública baseada na inseparabilidade entre clínica e política, assim como entre atenção e gestão dos processos de produção de saúde. Defende a transversalidade, entendida como aumento do grau de abertura comunicacional dos coletivos, isto é, a ampliação das formas de conexão intra e intergrupos, promovendo mudanças nas práticas de saúde¹⁰⁷.

Assim, a PNH surgiu como resposta à insatisfação dos usuários do SUS no que diz respeito, sobretudo, aos aspectos de relacionamento com os profissionais da saúde. Segundo pesquisas do Ministério da Saúde junto aos usuários do SUS, o avanço científico, a utilização de sofisticados aparelhos de diagnóstico, técnicas cirúrgicas avançadas e

desenvolvimento de ações preventivas não estavam sendo acompanhados de um atendimento humanizado¹⁰⁸.

Dentre as diretrizes e dispositivos da PNH, a Política Nacional de Atenção Hospitalar destaca como atribuições objetivas dos hospitais a implantação do acolhimento com classificação de risco nas portas de urgência e emergência, a visita aberta, o direito ao acompanhante, o direito das crianças brincarem e estudarem enquanto estiverem internadas, e a identificação e divulgação dos profissionais responsáveis pelo cuidado em todos os setores do hospital.

A PNHOSP aborda o acolhimento como a escuta ética e adequada das necessidades de saúde do usuário no momento de procura ao serviço de saúde e na prestação de cuidados com a finalidade de atender à demanda com resolutividade e responsabilidade.

Para Merhy¹⁰⁹ o acolhimento consiste na humanização das relações entre trabalhadores e serviço de saúde com seus usuários. O encontro entre esses sujeitos se dá num espaço interseção no qual se produz uma relação de escuta e responsabilização, a partir do qual se constituem vínculos e compromissos que norteiam os projetos de intervenção. Esse espaço permite que o trabalhador use de sua principal tecnologia, o saber, tratando o usuário como sujeito portador e criador de direitos. O objetivo da intervenção seria a redução do sofrimento ou a produção de saúde. Neste aspecto, 77,3% dos dirigentes dos HUFs referem haver acolhimento e protocolo de classificação de risco e vulnerabilidades em seus serviços de Urgência e Emergência, demonstrando a ampla disseminação deste dispositivo da PNH no território nacional.

Destaca-se que a única afirmativa de todo o questionário a ter a concordância total dos 22 dirigentes (com média 5,0), se refere à garantia do direito a acompanhante 24 horas por dia aos usuários internados, especialmente os idosos, gestantes, crianças, adolescentes e indígenas. Ao mesmo tempo, 90% afirmam garantir o direito de crianças e adolescentes internados de brincar e estudar. Ambos os movimentos promovem um cuidado à saúde que amplia as possibilidades terapêuticas, promove cidadania e respeita as necessidades do usuário da atenção hospitalar.

Outro resultado expressivo para a humanização dos ambientes hospitalares é a existência de visita aberta, de forma a garantir a ampliação do acesso dos visitantes ao pronto socorro e às unidades de internação, favorecendo a relação entre usuário, familiares, rede social de apoio e a equipe de referência. 77,3% dos dirigentes relatam a implantação de visita aberta em seus hospitais.

A PNHOSP fomenta a visita aberta desde que negociado previamente entre usuário, profissionais, gestores e visitantes, de forma a garantir o elo entre o usuário e sua rede social de apoio⁴². A visita aberta é uma das propostas defendidas pela Política Nacional de Humanização e ratificada pela PNHOSP. Ampliação no horário de visitas fornece à pessoa hospitalizada e ao seu acompanhante a oportunidade de acessar um pouco do seu cotidiano, um resgate que contribui para diminuir o medo do ambiente hospitalar e torna o internado mais cooperativo em relação ao tratamento¹¹⁰.

Buscando a operacionalização das diretrizes da PNH, assim como ampliação da transparência e do controle social, a PNHOSP orienta que os hospitais que preste serviços ao SUS identifiquem e divulguem os profissionais que são responsáveis pelo cuidado dos usuários nas unidades de internação, nos prontos socorros, nos ambulatórios de especialidades e nos demais serviços. Neste aspecto, apenas 54,6% dos dirigentes dos HUFs afirmam a efetivação desta ação em seus hospitais.

As respostas ao questionário demonstram que todos os dirigentes concordam com a afirmativa sobre a existência de Núcleo de Segurança do Paciente no hospital, apesar de uma resposta concordar parcialmente, sugerindo ser uma implementação incompleta. Mesmo assim a média para esta afirmativa foi 5,0.

Ratificando a evidência acima, os 22 dirigentes também concordam com a existência de Plano de Segurança do Paciente e Protocolos Básicos de Segurança do Paciente em seus hospitais. Entretanto, 27,3% concordam parcialmente, reduzindo a média para 4,7.

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)⁴¹ foi instituído no Brasil em 2013 com o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, públicos e privados. Está em consonância com prioridade dada à segurança do paciente em estabelecimentos de saúde na agenda política dos estados-membros da OMS e na resolução aprovada durante a 57ª Assembleia Mundial da Saúde.

Instituições hospitalares têm incorporado tal ponto de vista com o objetivo de oferecer assistência de excelência, diminuir custos e assegurar a satisfação à clientela. Busca-se instituir a segurança nas organizações de saúde enquanto processo cultural, promovendo maior consciência dos profissionais quanto à cultura de segurança, compromisso ético no gerenciamento de risco com consequente aquisição de segurança para si e para a clientela atendida, suprimindo a lacuna existente no aspecto da segurança do paciente¹¹¹.

Ainda na dimensão da Assistência à Saúde, a afirmativa que apresenta maior grau de discordância pelos dirigentes dos HUFs (50%) e pior média (2,7) refere-se à realização de auditoria clínica interna periódica, pelo menos a cada dois anos, com o objetivo de qualificar o processo assistencial hospitalar.

Embora todos os atores da saúde tenham certeza de que fazem o melhor possível, está claro que fazer ou dizer que faz “o melhor possível” não é mais suficiente, não é adequado, não traz qualidade¹¹². A auditoria em saúde, entre outros conceitos, é a avaliação sistemática da qualidade da assistência ao cliente¹¹³. É realizada pela análise dos prontuários e verificação da compatibilidade entre procedimentos realizados e os itens que compõem a conta hospitalar cobrada, garantido um pagamento justo mediante a cobrança adequada¹¹⁴. Ainda, trata-se de um método de avaliação voluntário, periódico e reservado, dos recursos institucionais de cada hospital para garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente definidos¹¹⁵.

Nesse novo conceito de auditoria em saúde, não se trata de uma forma de fiscalização, mas um processo de educação permanente. Através da auditoria, a instituição de saúde tem a possibilidade de realizar um diagnóstico objetivo acerca do desempenho de seus processos, incluindo as atividades de cuidado direto ao paciente e aquelas de natureza administrativa¹¹⁶.

A segunda afirmativa com mais discordâncias (40,9%) e segunda pior média (3,0) trata-se da elaboração de Plano Terapêutico de forma conjunta pela equipe multiprofissional com registro em prontuário unificado compartilhado.

A estratégia do Projeto Terapêutico Singular (PTS) é inovadora na medida em que busca ampliar o trabalho já existente, aprimorando estratégias para produzir saúde, gerando melhora na relação entre a tríade: trabalhadores, usuários e gestão. Desta maneira, consegue-se potencializar a intervenção dos trabalhadores de saúde, pois todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o sujeito e sua relação com a doença na definição de planos de intervenção¹¹⁷.

Na sequência dos resultados negativos, duas afirmativas apresentam o mesmo número de discordâncias (31,8%) e média (3,0), tratando-se de temas centrais para a gestão do cuidado e da clínica ampliada. Uma delas refere-se à atuação das equipes por meio de apoio matricial, propiciando retaguarda e suporte nas respectivas especialidades para as equipes de referência, visando a atenção integral ao usuário.

O apoio matricial, como metodologia de gestão do cuidado, pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial. Essas diretrizes devem prever critérios para acionar o apoio e definir o espectro de responsabilidade tanto dos diferentes integrantes da equipe de referência quanto dos apoiadores matriciais¹¹⁸.

A incorporação de equipes de referência na atenção hospitalar é elemento indispensável para a efetividade da Clínica Ampliada. Equipes de referência são grupos de trabalho, necessariamente multiprofissionais e interdisciplinares, que trabalham com adstrição de clientela, sob a qual possuem responsabilidade clínico-sanitária, favorecendo a interdisciplinaridade, a longitudinalidade e a integralidade do cuidado¹¹⁹.

A equipe de referência é peça chave na coordenação do projeto terapêutico, no acompanhamento longitudinal durante todo o tratamento, na decisão de articular outros profissionais ou serviços de apoio para a intervenção, no relacionamento com a família e na decisão sobre o momento da alta hospitalar.

Outra afirmativa com um número elevado de discordâncias (31,8%) e uma baixa média (3,0) coloca a existência de mecanismos de desospitalização nos hospitais, visando alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares pactuados na RAS.

A desospitalização é um termo utilizado para fazer menção a atividades e procedimentos cuja execução pode ser transferida do espaço intra-hospitalar para outros ambientes, comumente denominados extra-hospitalares¹²⁰. Em algumas circunstâncias aponta a substituição do hospital por outros tipos de organizações prestadoras de serviços em saúde nas ocasiões em que isso é possível, Em outras situações, busca a redução do tempo de permanência dos pacientes nos hospitais⁸.

A quantidade de usuários e instituições envolvidas com a desospitalização no SUS é cada vez maior, aumentando a necessidade de constituição de equipes multiprofissionais e estrutura adequada. O desenvolvimento de suas ações requer integração entre o Hospital e os serviços da Atenção Básica, que sejam capazes de coordenar o percurso terapêutico do usuário, reduzindo as reinternações hospitalares. Com média regular (3,4) a respeito do papel do hospital na continuidade do cuidado com os demais pontos de atenção da RAS, em particular a Atenção Básica, percebe-se que são necessários esforços dos HUFs junto aos gestores locais do SUS para a construção de aproximações em direção da desospitalização, da atenção domiciliar e do cuidado continuado em rede.

Todavia, se percebe avanços nesta direção, pois uma parcela significativa dos dirigentes dos HUFs (81,8%) afirma que a assistência à saúde de seus hospitais é baseada na organização de linhas de cuidado e atua de forma integrada aos demais pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde. No mesmo sentido, 90,9% concordam que a alta hospitalar orienta os pacientes e familiares quanto à continuidade do tratamento, reforçando a autonomia do sujeito, proporcionando o autocuidado.

Dimensão 2: Formação e Gestão do Trabalho

A PNHOSP orienta que todos os hospitais sejam cenários de ensino e de aprendizagem para estudantes (cursos técnicos, de graduação e pós-graduação) e centros de formação e educação permanente para trabalhadores dos próprios hospitais e de toda a Rede de sua referência. Para a gestão do trabalho, os hospitais devem desenvolver ações de atenção à saúde dos trabalhadores, promoção, prevenção e recuperação de doenças e reabilitação. Devem também desenvolver mecanismos de provimento, fixação e habilitação de profissionais, assim como, estratégias de avaliação de desempenho de seus servidores.

Esta dimensão apresenta a maior média entre as quatro avaliadas. Três afirmativas com média de 4,9 e concordância de 100% dos dirigentes evidenciam que os HUFs, por serem hospitais de ensino de referência, apresentam forte aproximação com as diretrizes de gestão do trabalho e educação em saúde da PNHOSP.

Segundo Mintzberg¹²¹, o hospital é uma organização profissional, em que a distribuição de poder privilegia os trabalhadores que detêm o conhecimento necessário à realização dos processos produtivos, com participação equivalente das instâncias da administração e da cúpula estratégica.

As instituições estão percebendo que somente podem crescer e manter sua continuidade se forem capazes de gerir as pessoas com eficácia^{122,123}. A área de recursos humanos adquire um novo perfil, uma nova forma de ajudar a organização a crescer, demonstrando o fortalecimento das atividades de recrutamento, seleção, treinamento e desenvolvimento¹²⁴.

Todos os hospitais concordam com as afirmativas sobre a existência de campos de práticas de cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde. Estas respostas eram esperadas, pois todos os HUFs são hospitais de ensino vinculados a universidades federais. Entretanto, 18,2% dos dirigentes discordam totalmente sobre a existência de certificação

atualizada de hospitais de ensino, o que pode sugerir dificuldades operacionais para a aquisição desta certificação.

Todavia, apesar de estarem entre os principais centros de formação de profissionais de saúde do Brasil, os dirigentes afirmam que 22,7% de seus hospitais não desempenham ações e projetos de formação acadêmica e profissional, tanto para equipes como para o matriciamento dos trabalhadores dos demais pontos de atenção da RAS.

Outra afirmativa com média de 4,9 refere-se à existência de avaliação de desempenho dos servidores dos HUFs. Todos os dirigentes demonstraram concordância.

A avaliação de desempenho é um mecanismo que busca conhecer e medir o desempenho dos servidores públicos na organização, estabelecendo uma comparação entre o desempenho esperado e o apresentado por esses indivíduos no exercício de suas funções¹²⁵. O processo de avaliação de desempenho é um dos mecanismos para transformações no âmbito funcional, podendo ser usado no sentido de averiguar deficiência e proporcionar políticas de desenvolvimento profissional¹²⁶.

Neste sentido, tem-se que a avaliação de desempenho no serviço público “consiste na apreciação formal e sistemática, relativa a um determinado período, do desempenho das pessoas nas funções ou atividades específicas pelas quais são responsáveis”¹²⁷.

Por outro lado, a afirmativa com pior média desta dimensão (3,8) refere-se à gestão da força de trabalho dos hospitais, que deveria ser direcionada para aperfeiçoar mecanismos de provimento, fixação e habilitação de profissionais. Apenas 13,6% dos dirigentes concordam totalmente com esta afirmativa, demonstrando pouca maturidade institucional na gestão do trabalho.

Compondo a gestão do trabalho, destaca-se que quase todos os dirigentes dos HUFs concordam com a existência de ações de atenção à saúde para os trabalhadores de seus hospitais, contemplando a promoção da saúde, prevenção e recuperação de doenças e reabilitação. Entretanto, apenas 36,4% concordam totalmente com esta afirmativa.

A respeito da definição das atividades de ensino e pesquisa disponíveis no instrumento formal de contratualização dos hospitais, 86,4% dos dirigentes concordam com a afirmativa.

Dimensão 3: Gestão e Financiamento

Esta dimensão trata de diretrizes como a democratização da gestão, com a construção de espaços institucionais para a cogestão (colegiados e contratos internos de

gestão). Orienta a uso de metodologias para a qualificação da gestão como o planejamento, a avaliação e o monitoramento. Traz a necessidade de institucionalização de espaços de escuta dos usuários, como os conselhos de saúde, a ouvidoria e as pesquisas de satisfação. Sobre o financiamento, aborda diretrizes como a articulação das demandas dos hospitais com as Redes Temáticas e com os Planos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, a transparência do uso dos recursos e o adequado investimento para a adequação da estrutura física dos hospitais.

Segundo a PNHOSP, a gestão da atenção hospitalar deve ser pautada pela garantia do acesso e qualidade da assistência, pelo cumprimento de metas pactuadas na contratualização com o gestor, pela eficiência e transparência da aplicação dos recursos, e pelo planejamento participativo e democrático⁴².

A gestão não é um lugar, espaço ou campo de ação exclusiva de especialistas, portanto permite a inclusão dos vários sujeitos envolvidos no processo de trabalho, mais livres para a criação, autônomos e corresponsáveis pela coprodução de saúde. Além disso, a cogestão possibilita análise de contexto e problemas, estimula que o processo de tomada de decisão deva ser exercido por um conjunto mais ampliado de sujeitos que compõem a organização, assumindo-se o predicado de que “todos são gestores de seus processos de trabalho”. Esta outra forma de gestão coletiva, derivada de pactos entre os sujeitos, e não de imposições sobre eles, traz para a produção de saúde a implicação e a corresponsabilidade pelo cuidado^{128,129}.

A este respeito, os dirigentes dos HUFs identificam insuficiências na profissionalização da administração hospitalar, sendo necessários avanços para a formação de competências específicas dos profissionais que ocupam cargos de direção e de gerência intermediária. Apenas 13,6% concordam totalmente com a afirmativa referente a esta temática, apresentando uma média regular de 3,9.

Mas as respostas apontam que grande parte dos hospitais busca operacionalizar as orientações e diretrizes da PNHOSP, pelo menos, no que se refere aos instrumentos de gestão preconizados. A maioria dos dirigentes (90,9%) afirma existir colegiados de gestão e conselhos de saúde em suas instituições.

O dado em si deve ser relativizado, pois a experiência e a literatura mostram que não basta haver os espaços coletivos institucionalizados. Estes órgãos colegiados devem operar efetivamente em cogestão, em detrimento da burocratização e da imposição unilateral de pautas da direção. Tratamos a cogestão como a negociação permanente de contratos e

compromissos entre os diversos envolvidos, colocando em análise e em discussão os interesses, os desejos e as diferenças de poder¹²⁸.

As evidências corroboram com esta análise quando constatamos uma média regular (3,7) para a existência de contratos internos de gestão nos HUFs. Podemos compreender que, apesar da existência dos espaços coletivos, os hospitais apresentam limitações na formação de acordos institucionais entre as unidades de produção da instituição, o que é esperado em organizações hipercomplexas e transversalizadas pelos poderes corporativos, técnicos e acadêmicos¹³⁰.

Estabelecer pactos dentro da organização, reduzir a ênfase na supervisão e no controle externo sobre o trabalho em saúde, constitui-se alternativa necessária para a coordenação do trabalho em saúde. Neste contexto, torna-se essencial a contratação interna ao hospital, entre os setores assistenciais, administrativos e a direção. Os arranjos organizacionais da gestão compartilhada ganham potência quando se utiliza a metodologia dos contratos de gestão, reduzindo o conflito entre a autonomia profissional e a necessidade de integração e de coordenação entre os setores do hospital e a direção¹¹⁹.

Apesar dos contratos internos ainda não estarem institucionalizados, é positivo constatar que 86,3% dos dirigentes dos hospitais demonstram haver esforços na viabilização de estratégias internas para monitoramento e avaliação dos compromissos e metas pactuados na contratualização com a gestão local do sistema de saúde (média de 4,4).

Nesta mesma direção do uso de estratégias para a qualificação da gestão, destaca-se que todos os dirigentes afirmam existir Plano Diretor em seus hospitais (média de 4,8), representando um avanço na consolidação da cultura do planejamento dos hospitais universitários federais no Brasil.

A PNHOSP amplia ainda mais a dimensão da avaliação dos hospitais, colocando a ouvidoria e a pesquisa de satisfação de usuários como dispositivos de avaliação da gestão interna e da assistência à saúde dos hospitais. Neste aspecto, 95,4% dos dirigentes afirmam existir estas ferramentas nos HUFs (média = 4,8), demonstrando haver de canais de comunicação e diálogo das instituições com os usuários.

A ouvidoria e a pesquisa de satisfação do usuário devem ser compreendidas como ferramentas de gestão para os hospitais e para o sistema de saúde. É uma instância de processamento das manifestações individuais ou coletivas sobre um serviço, processo ou produto de uma instituição. É, portanto, uma instância de mediação que objetiva produzir respostas adequadas às manifestações. A ouvidoria é uma ferramenta estratégica na promoção

da cidadania em saúde e na produção de informações gerenciais que subsidiem a tomada de decisão, fortaleçam o SUS e a defesa do direito à saúde da população e também garantam o acesso dos usuários às informações sobre saúde¹³¹.

A afirmativa com a pior média desta dimensão refere-se à ambiência dos hospitais, que, segundo a PNHOSP, deveriam adotar uma arquitetura inclusiva e com acessibilidade, seguindo as normas e legislações vigentes. Apenas 13,6% dos dirigentes dos HUFs concordam totalmente com esta afirmativa, constituindo uma média de 3,5.

Ambiência hospitalar refere-se ao tratamento dado ao espaço físico, social, profissional e de relações interpessoais diretamente envolvidas com a assistência à saúde. Deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana. Sua concepção pressupõe a valorização das tecnologias médicas que compõem o serviço de saúde, dos componentes estéticos ou sensíveis apreendidos pelos órgãos do sentido (como por exemplo, a luminosidade, os ruídos e a temperatura do ambiente), mas também a valorização da interação entre usuários, trabalhadores e gestores¹³².

Para que o compromisso firmado com a ambiência de fato se concretize, é imperativa a adoção de formas de cuidados mais humanizados, tanto para os usuários quanto para os profissionais de saúde. Nesse sentido, desenvolver padrões de cuidados mais humanizados aos profissionais remete-se à melhoria das condições de trabalho e de cuidado; às relações institucionais mais democráticas entre funcionários e chefias, e entre trabalhadores¹³².

Corroborando com a percepção negativa dos dirigentes sobre a ambiência, a segunda afirmativa com pior média desta Dimensão da Gestão e Financiamento relaciona-se com o tema. Com média de 3,5, praticamente um terço dos dirigentes (31,7%) não concordam que haja uma pactuação dos hospitais com os gestores do SUS sobre demandas de investimentos, como ampliação ou reforma da estrutura física e aquisição de equipamentos.

A respeito do financiamento tripartite, preconizado pela PNHOSP, será preciso maior aprofundamento em análises futuras, visto que apenas 63,6% dos dirigentes concordam com a afirmativa que trata sobre a pactuação entre as três esferas de gestão, de acordo com as normas específicas do SUS (média = 3,7). Fica o questionamento sobre os motivos que impedem a efetivação do financiamento tripartite para aproximadamente um terço dos hospitais universitários federais, visto que os gestores municipais e estaduais deveriam participar, obrigatoriamente, o financiamento a estes hospitais. A análise de cada caso particular poderia esclarecer a questão.

Um avanço importante das políticas de contratualização do SUS, estudadas em capítulos anteriores, é a real integração entre os instrumentos contratuais e o conjunto de recursos financeiros de cada hospital. Apesar das dificuldades operacionais para esta integração, 81,9% dos dirigentes dos HUFs afirmam que todos os recursos que compõem o custeio das ações e serviços de cada hospital constam em um único instrumento formal de contratualização (média = 4,2).

O conjunto de serviços de saúde que compõem a Rede de Atenção, incluindo os hospitais universitários federais, devem se pautar pelos planejamentos oficiais do SUS, em cada ente da federação. Entretanto, segundo os dirigentes dos HUFs, em 22,7% dos hospitais avaliados os recursos de investimento não consideram as prioridades estabelecidas nos Planos de Saúde Nacional, Estaduais, Distrital e Municipais (média = 4,0).

Para a efetivação da integração dos componentes hospitalares nas Redes de Atenção, a PNHOSP preconiza que os recursos de investimento destinados aos hospitais contemplem os projetos de implementação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde e programas prioritários do SUS. Entretanto, apenas 18,2% dos dirigentes concordam totalmente com esta afirmativa, demonstrando, por um lado, a dificuldade dos HUFs em se considerarem centros de referência para as redes e para o SUS, e por outro lado, a falta de protagonismo dos gestores locais do SUS em reforçarem o papel destes hospitais na implementação dos programas prioritários do SUS.

Dimensão 4: Contratualização com o SUS

Esta dimensão busca avaliar a relação dos HUFs com os gestores municipais, estaduais e federal do SUS, assim como a existência e operacionalização dos instrumentos de contratualização (contratos de gestão) e as metodologias de avaliação e controle social das metas e dos resultados dos hospitais.

A contratualização entre secretaria municipal e/ou estadual e o hospital institui um processo inovador de negociação sobre as atividades a serem desenvolvidas pelo hospital, expressas em um Plano Operativo Anual (POA), os mecanismos de monitoramento e avaliação, os recursos envolvidos e os critérios de repasse, incluindo ainda outras exigências.

No Brasil, os arranjos contratuais estão no cerne das discussões sobre alternativas para a administração pública tendo em vista a melhoria do desempenho e da prestação de contas dos prestadores de serviços de saúde. Estão sendo propostos e/ou utilizados como

instrumentos de coordenação e ligação do núcleo central da administração pública, com seus próprios entes internos já existentes e/ou com novas modalidades jurídico-administrativas, público ou privadas, prestadores de serviços de saúde. Em quaisquer alternativas o contrato é o instrumento que vincula a administração direta, ente financiador, ao ente prestador⁴⁴.

Estes contratos estão estruturados em um plano de atividades com estimativa de recursos para sua execução; em mecanismos de acompanhamento e avaliação; em um sistema de incentivos que condiciona o repasse de recursos ao alcance de resultados pré-definidos e acordados⁶³.

Neste sentido, todos os dirigentes concordam com a afirmativa sobre a existência de metodologia de avaliação, controle e regulação dos serviços assistenciais em seus contratos de gestão (média = 4,7). No mesmo sentido, 95,5% afirmam que a contratualização estimula o controle social e a garantia de transparência. Este resultado ratifica os esforços da gestão do SUS na construção de novas relações com os prestadores de serviços, por meio da PNHOSP e da Portaria n.º. 3.410/2013⁴⁴, na definição de diretrizes para a contratualização com os hospitais vinculados ao SUS. Entretanto, 13,6% dos dirigentes discordam sobre a existência de contratos celebrados com a gestão do SUS.

Tanto a PNHOSP quanto a Portaria n.º. 3.410/2013 explicitam objetivamente as atribuições dos gestores do SUS para a atenção hospitalar. Porém, a avaliação dos dirigentes sobre o cumprimento, por parte dos gestores do SUS, de suas responsabilidades quanto à organização, execução e orientação das ações da atenção hospitalar, é muito negativa. 45,4% dos dirigentes discordam que as Secretarias Municipais de Saúde cumprem suas responsabilidades (média = 2,9); 31,8% dizem o mesmo sobre as Secretarias Estaduais (média = 3,1) e 27,3% avaliam negativamente o papel do Ministério da Saúde (média = 3,5).

Em oposição, 86,4% dos dirigentes avaliam positivamente o cumprimento das responsabilidades por parte do Ministério da Educação (MEC) e da EBSEH com os HUFs (média = 4,0), demonstrando uma percepção positiva dos dirigentes sobre a relação com a EBSEH, comparando-se aos gestores do SUS.

CAPÍTULO 8

PLANEJAMENTO EM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS NO BRASIL: ENTRE O PENSAMENTO ESTRATÉGICO E O GERENCIALISMO BUROCRÁTICO

Este Capítulo é a reprodução integral de Artigo submetido à Revista Ciência & Saúde Coletiva, aprovado parcialmente para publicação, após correções em andamento. As Referências deste capítulo serão apresentadas e numeradas separadamente.

Resumo

Influenciado pela Reforma Sanitária, o Planejamento em Saúde no Brasil objetiva a compreensão das práticas sociais e sanitárias e a intervenção sobre elas, considerando a necessidade de transformações sociais e de produção de saúde. Entretanto, metodologias que priorizam resultados econômicos vêm ganhando espaço na gestão pública brasileira. Nas últimas décadas formulou-se um conjunto de políticas relacionadas à gestão e à atenção do SUS e dos hospitais. Este estudo realiza uma análise temática de conteúdo, buscando compreender os processos de planejamento em 50 Hospitais Universitários Federais. A maior parte divulgou seus planos, mas com diferença significativa entre as naturezas jurídicas e administrativas. Apesar de quase todos os hospitais apresentarem arranjos e dispositivos de qualificação da gestão, apenas três hospitais envolveram trabalhadores na construção dos planos. Nenhum hospital envolveu usuários e gestores do SUS. Encontrou-se um alinhamento entre os problemas priorizados e os eixos estruturantes da Política Nacional de Atenção Hospitalar . Há, porém, uma preocupação excessiva com problemas administrativos e tecnologias de informação, que se sobrepõe aos problemas relacionados ao modelo de atenção e à gestão da clínica.

Palavras-chave: Política de Saúde; Gestão em Saúde; Planejamento Estratégico; Administração Hospitalar; Hospitais Universitários.

**Planning at Federal Universities' Hospitals in Brazil:
between Strategic Thinking and Managerial Bureaucracy**

Abstract

Influenced by Health Reform, Health Planning in Brazil aims to understand social and health practices as well as its intervention over themselves. Further, it considers the need for social transformations and health production. However, methods that target economic results have gained ground in Brazilian public management. In the last decades, a set of policies formulate that type of approach to the management and the care delivered at SUS and its hospitals. This study conducts a thematic analysis of content. It seeks to understand planning processes in 50 Federal University Hospitals. Most of them published their plans, nonetheless with a significant difference between its legal and administrative natures. Although almost all hospitals presented arrangements and managerial qualification devices, only three hospitals included workers in participatory planning. No hospital involved SUS' patients and managers. There was an alignment between the prioritized problems and the structuring axes of the National Policy on Hospital Care. There was, however, an excessive concern with managerial problems and information technologies, which overcomes difficulties related to the care model and its management.

Keywords: Health Policy; Health Management; Strategic Planning; Hospital Administration; Hospitals, University.

INTRODUÇÃO

O campo de saberes e práticas do Planejamento em Saúde compreende a formulação de políticas, os modos de organização das práticas e as formas de gestão dos planos, programas e projetos de ação. Os conceitos, métodos e técnicas que compõem o Planejamento em Saúde objetivam a compreensão e a intervenção sobre as práticas sociais e sanitárias^{1,2}.

O Planejamento Estratégico latino-americano, que influenciou as escolas brasileiras de planejamento – e, em grande medida, o movimento da Reforma Sanitária – considerava tanto a necessidade de transformações sociais, quanto a produção de saúde e a promoção de justiça social³⁻⁵. A produção acadêmica brasileira mais significativa considera a ação comunicativa, a teoria da complexidade, a gestão democrática, o aprimoramento das técnicas e a análise institucional como diálogos necessários para contemplar os distintos interesses no uso do Planejamento Estratégico^{1,3,6-8}.

Já o Planejamento Estratégico estadunidense preocupa-se em atingir resultados econômicos e disputar espaço no mercado⁹. Essa última concepção vem ganhando espaço e adeptos no campo da gestão pública brasileira e na gestão hospitalar em particular¹⁰. Ao mesmo tempo, no campo da gestão hospitalar surgem inovações gerenciais oriundas do setor empresarial, que buscam racionalização e eficiência, mas desconsideram a complexidade e a singularidade das organizações hospitalares¹¹⁻¹³.

No Brasil, particularmente durante a gestão Fernando Henrique Cardoso (1995 a 2002), a renovação da política e da gestão de hospitais se baseou, centralmente, na crítica às possibilidades de desempenho da administração direta e na introdução de um novo modelo de gestão e de terceirização, denominado Organizações Sociais (OS). A partir de 2003, com o governo Lula, a nova agenda política da saúde destacou a necessidade de mudança em relação aos modelos hegemônicos de organização da atenção à saúde, da gestão das instituições e serviços de saúde. Esse contexto gerou movimentos de reformas das políticas e dos programas, conjugando esforços no sentido de ampliar a participação dos sujeitos, diminuir a fragmentação entre políticas de saúde, criar espaços coletivos de formulação e implementação de estratégias e fortalecer as relações entre os entes federados¹⁴. Observe-se que, apesar do conteúdo diversificado das novas diretrizes, as Organizações Sociais persistem sendo uma das alternativas de reforma.

Entre 2003 e 2015, o Ministério da Saúde apresentou a Reforma da Atenção Hospitalar Brasileira¹⁵ e um conjunto de políticas temáticas que visaram mudanças nos

modelos de gestão e atenção do SUS e dos hospitais. Essas políticas buscaram ajustar contratualmente as relações assistenciais e gerenciais dos serviços de saúde, aperfeiçoar o planejamento da atenção hospitalar frente às redes de atenção e redefinir conceitualmente a atenção hospitalar do SUS. Entretanto, estudos apontam críticas referentes à formulação, implementação e avaliação destas políticas¹⁶⁻²¹.

Em 2013 é publicada a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), estabelecendo as diretrizes para a organização dos hospitais, públicos e privados, que ofertassem ações e serviços de saúde ao SUS²². Estudos consideram uma implementação parcial dessa política, apesar de ser um relevante marco normativo, pois aglutina resoluções e portarias que constituem o arcabouço jurídico para a atenção hospitalar brasileira^{20,21}.

A PNHOSP estabeleceu o planejamento como uma das funções da gestão hospitalar, assim como destacou a “participação e o controle social no processo de planejamento” como uma das diretrizes da Política. Explicitou que a gestão hospitalar do SUS deve ser pautada pelo “planejamento participativo e democrático” e definiu o “plano diretor e os contratos internos de gestão” como instrumentos para os hospitais qualificarem suas práticas de gestão, planejamento, avaliação e monitoramento dos “compromissos e metas pactuados na contratualização e da qualidade das ações e serviços de forma sistemática e em conjunto com as instâncias gestoras do SUS”²².

Apesar de todos os avanços, seu processo de implementação tem enfrentado desafios, tais como: a baixa integração entre os entes da federação, a ausência ou debilidade do planejamento, o alto custo dos serviços hospitalares, o financiamento insuficiente, a incorporação tecnológica acrítica, a sobreposição de tecnologias, o baixo investimento em qualificação profissional, a insuficiência de parâmetros técnicos e epidemiológicos existentes e a baixa regulação da oferta assistencial hospitalar^{23,24}.

Além do referido conjunto de políticas do SUS, a implantação do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF)²⁵ e a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)^{26,27}, ambos em 2010, impactaram a gestão dos Hospitais Universitários Federais (HUFs). Registrou-se ampliação do financiamento, reestruturação do parque tecnológico e aumento do número de hospitais, cursos e estudantes. Ao mesmo tempo, contudo, sofreram com: o aumento da demanda assistencial, o permanente subfinanciamento do SUS, a difícil relação público-privado, a oposição de parte importante do movimento sindical universitário e do corpo docente das Faculdades de Medicina, além de outros impasses de ordem política e institucional.

Neste sentido, torna-se necessário analisar a implementação das políticas e reformas hospitalares nos HUFs, pois estes concentram parcela significativa da atenção de alta complexidade do SUS, são centros de pesquisa, tecnologia e inovação em saúde e de formação de profissionais de saúde e pesquisadores para todo o Brasil^{23,24,28}.

Analisaremos os processos de planejamento dos HUFs, considerando que a construção do plano de uma organização reflete, em alguma medida, os conflitos e consensos que operacionalizam as diretrizes políticas.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo que visa compreender o significado atribuído aos produtos finais dos processos de planejamento desenvolvidos pelos 50 HUFs. Utilizou-se a pesquisa documental, analisando os planos divulgados nos sítios oficiais dos HUFs, da EBERSH e das Instituições Federais de Ensino Superior (IFES). Os documentos foram coletados entre janeiro e maio de 2018.

Como estratégia metodológica, utilizou-se a análise temática de conteúdo²⁹. Os resultados apresentados neste artigo compõem uma pesquisa maior, que analisa a implementação de Políticas e Reformas Hospitalares nos HUFs brasileiros.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O levantamento realizado no Sistema do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES/Datasus) e na página eletrônica da EBSEH, apontou a existência de 50 hospitais, vinculados a 35 Universidades Federais. Como essas fontes pesquisadas não continham informações sobre o planejamento dos hospitais, buscou-se (nas páginas eletrônicas de todos os 50 hospitais) documentos oficiais públicos que registrassem os processos de construção de seus respectivos planejamentos e os produtos destes processos, ou seja: os planos de cada hospital. Foram selecionados os planos mais recentes para a análise dos resultados do último planejamento de cada hospital.

Foram identificadas três formas administrativas de gestão. Com 40 hospitais vinculados, a EBSEH era a entidade que gerenciava a maior parte, representando 80% dos HUFs. Nove hospitais (18%), vinculados a duas universidades, compartilhavam a gestão com fundações de apoio e apenas um hospital (2%) era gerenciado por uma empresa pública exclusiva para essa instituição.

Com a justificativa de superação da baixa capacidade gerencial e operacional da administração pública direta – bem como da pouca agilidade e flexibilidade administrativa para a gestão dos hospitais – as universidades brasileiras criaram fundações de apoio de direito privado. Ao longo das últimas décadas, as fundações absorveram funções além do preconizado pelo marco legal das fundações de apoio, sofrendo questionamentos e sendo impedidas de continuarem contratando trabalhadores e comprando insumos^{20,21,31,32}.

Com outra natureza jurídica, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), é um caso único entre os HUFs brasileiros, por ser administrado por uma empresa pública própria. Em 1970, instituiu-se a empresa pública de direito privado, subordinada ao Ministério da Educação e vinculada academicamente à Ufrgs³³.

Este modelo subsidiou a construção de novos mecanismos de gestão dos HUFs a partir de 2006. Neste ano, o Tribunal de Contas da União (TCU) orientou o Governo Federal a diminuir gradualmente, até 2010, a terceirização, considerada irregular, de postos de trabalho na Administração Pública Federal Direta, autárquica e fundacional, mediante a substituição dos terceirizados por servidores concursados. Ato contínuo, determinou, em 2009, a criação de estrutura de gerenciamento dos hospitais universitários^{34,35}.

Assim, em 2010 o Governo Federal criou a EBSEH, por meio de Medida Provisória, regulamentada por Lei Federal em 2011, com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, vinculada ao Ministério da Educação^{26,27}.

Na análise dos documentos oficiais, foram identificados dois tipos de planos: o Plano Diretor Estratégico (PDE) e o Planejamento Estratégico (PE). O PDE foi formalmente instituído no planejamento hospitalar do SUS com a publicação da PNHOSP e tornou-se um instrumento largamente utilizado pelos hospitais vinculados à EBSEH^{22,36}.

A maior parte dos hospitais (82%) divulgou seus planos – em formato de PDE ou PE – restando nove hospitais que não publicizaram os produtos de seus processos de planejamento. Porém, ao considerarmos a vinculação jurídico-administrativa, nota-se uma divulgação desigual. Enquanto 97,5% dos hospitais vinculados à EBSEH divulgaram os planos, apenas 11% dos hospitais administrados por fundações de apoio informaram publicamente os produtos dos planejamentos (Tabela 1).

Tabela 1: Número absoluto e relativo de Planos divulgados e não divulgados, por vínculo jurídico-administrativo dos Hospitais Universitários Federais

Tipo de Vínculo	Plano divulgado	%	Plano não divulgado	%	Total	%
Empresa Pública (EBSERH)	39	97,5	1	2,5	40	100
Fundação de Apoio	1	11	8	89	9	100
Empresa Pública (HCPA)	1	100	0	0	1	100
Total	41	82	9	18	50	100

Fonte: EBSERH; Sites dos HUFs, 2018.

Apesar dos hospitais vinculados à EBSERH seguirem uma orientação padrão, os produtos publicados apresentam variações com relação às informações apresentadas. Nota-se, na Tabela 2, que os itens *estrutura física, histórico, rede de atenção à saúde / regionalização e produção assistencial* foram apresentados por mais de 80% dos hospitais. Com este conjunto de informações é possível elaborar um diagnóstico situacional de cada hospital, sua produtividade e como esse ponto de atenção se relaciona com a Rede Regional de Saúde.

Um número importante de hospitais (entre 63% e 73%) complementa o diagnóstico apresentando informações referentes ao *perfil demográfico e epidemiológico* da região e do hospital, à *gestão de pessoas*, à *regulação e contratualização* do hospital com os gestores locais do SUS e ao *orçamento* executado.

Entretanto, apenas a metade dos hospitais (49%) apresenta indicadores e metas utilizados para avaliação e monitoramento de suas atividades assistenciais, administrativas e acadêmicas. Essa evidência demonstra a baixa implantação de políticas e processos permanentes de avaliação e monitoramento nos hospitais, corroborando estudos realizados antes da implantação da PNHOSP¹².

Tabela 2: Frequência das informações descritas nos 41 planos analisados

Tema	N.	%
Estrutura Física	39	95
Histórico	38	93
Rede de Atenção à Saúde / Regionalização	36	88
Produção Assistencial	33	80
Perfil Demográfico e Epidemiológico	30	73
Gestão de Pessoas	28	68
Regulação em Saúde / Contratualização	27	66
Orçamento	26	63
Indicadores e Metas	20	49

Fonte: PDE/HUFs, 2018.

Nos planos analisados é possível identificar arranjos e dispositivos de gestão que qualificam os processos de planejamento. Campos¹² entende que arranjos e dispositivos

devem ser produtores de cogestão, democratização institucional e ampliação da capacidade de análise e intervenção dos sujeitos e instituições.

Neste sentido, a Tabela 3 descreve a frequência com que estes arranjos e dispositivos aparecem nos 41 planos analisados. Uma contradição é evidenciada. Por um lado, quase todos os hospitais (93-95%) desenvolvem processos que tendem a modernizar e qualificar a gestão com: *apoio de consultoria externa, participação de gestores em processos de formação gerencial, implantação de mudanças gerenciais e uso dos conceitos do Planejamento Estratégico Situacional (PES)*.

Tabela 3: Frequência de arranjos e dispositivos de gestão explicitados nos 41 planos analisados

	Arranjos e Dispositivos	N.	%
1.	Participação de gestores em processos de formação gerencial durante a elaboração do Plano	39	95
2.	Apoio de Consultoria Externa na construção do Plano	38	93
3.	Implantação de mudanças gerenciais durante a elaboração do Plano	38	93
4.	Uso do referencial teórico do PES	38	93
5.	Participação dos trabalhadores (sem funções gerenciais) na construção do Plano	3	7
6.	Participação de usuários e/ou representantes de entidades de usuários na construção do Plano	0	0
7.	Participação de gestores municipais/estaduais do SUS na construção do Plano	0	0

Fonte: PDE/HUFs, 2018.

Por outro lado, apenas 7% dos hospitais incluíram os trabalhadores nos processos de planejamento. A maior parte dos planos descreve somente a participação da alta direção e das gerências intermediárias. Segundo os discursos oficiais, os trabalhadores que não exercem funções gerenciais não participaram dos processos de construção dos planejamentos. Nota-se sobretudo a absoluta ausência de usuários ou suas entidades representativas. Também não foi relatada a participação dos gestores municipais e estaduais do SUS em nenhum processo de planejamento dos 41 planos analisados.

A exclusão dos interesses e desejos dos trabalhadores na gestão das instituições é uma das principais características da racionalidade gerencial hegemônica⁶. Matus⁴ afirma que o maior equívoco da escola do planejamento normativo é a separação entre os sujeitos responsáveis pelo planejamento (os gestores) e os responsáveis pela execução (os trabalhadores). Este distanciamento torna o diagnóstico incompleto, as metas intangíveis e as ações desconectadas do mundo do trabalho.

Amaral e Campos¹³ afirmam que o planejamento faz parte de qualquer sistema de gestão, seja para garantir a democratização institucional estimulando a participação ou para buscar coerência com o projeto organizacional. O planejamento pode reproduzir o distanciamento entre o trabalho intelectual e a execução operacional, quando houver a

separação entre quem define as diretrizes estratégicas e quem deve executá-las. Essa separação provoca o distanciamento entre objeto e finalidade do trabalho em saúde, tornando trabalhadores menos responsáveis pelo cuidado integral e menos pertencentes à instituição.

Os Problemas Prioritários

Todos os planos analisados identificaram os principais problemas de cada hospital. Utilizando-se de variadas técnicas e ferramentas, os processos de planejamento buscaram explicar os cenários e priorizar os problemas, nomeando-os como macroproblemas ou construindo nuvens de problemas. Neste estudo, designaremos as categorias: macroproblemas e nuvens de problemas como problemas prioritários.

Buscando identificar as categorias analíticas do conjunto dos planos estudados, construímos uma matriz com todos os problemas prioritários levantados pelos hospitais. Ao todo, foram identificados 199 problemas prioritários nos 41 planos analisados.

Para a construção de uma síntese que compreenda o discurso oficial destes hospitais, construímos Núcleos Temáticos de Análise, agrupando os problemas prioritários semelhantes. Foram identificados seis núcleos temáticos. Uma análise quantitativa inicial mostra a densidade de problemas prioritários por núcleo temático (Tabela 4). Para cada categoria, construímos uma *síntese*, articulando os conteúdos e significados dos respectivos problemas prioritários em uma breve narrativa, para procedermos à análise.

Tabela 4: Categorização temática dos problemas prioritários dos Hospitais Universitários Federais

Núcleos Temáticos	N.	%
1. Gestão e Administração Hospitalar	82	41
2. Modelo de Atenção e Gestão da Clínica	34	17
3. Integração Ensino-Pesquisa-Extensão-Assistência	28	14
4. Gestão de Pessoas e Valorização do Trabalhador	26	13
5. Tecnologias e Sistemas de Informação e Comunicação	17	9
6. Relação com a Rede de Saúde e as Políticas Públicas	12	7
Total	199	100

Fonte: elaborada pelo autor.

Gestão e Administração Hospitalar

Evidencia-se que a maior preocupação dos hospitais se refere a problemas de natureza administrativa e gerencial (41%). O contexto de subfinanciamento do SUS, de restrições orçamentárias das universidades federais, de redução dos repasses do REHUF, de mudanças gerenciais promovidas pela EBSEH e de instabilidade administrativa e jurídica das

fundações de apoio que ainda administram nove hospitais são elementos da conjuntura destacados nos planos analisados que corroboram o entendimento sobre a prioridade que os hospitais apontam.

Observa-se uma prevalência de problemas relacionados à racionalização da gestão, com foco em aspectos administrativos e gerenciais:

“O modelo de gestão é ineficiente e ineficaz, devido à pouca padronização de processos, normas, procedimentos e rotinas administrativas. A gestão administrativa e financeira é incipiente e imatura, apresentando fragilidades no planejamento e no gerenciamento da cadeia de suprimentos e equipamentos, na contratação de serviços, no gerenciamento dos custos e nos processos orçamentários e de faturamento. Os hospitais não se adaptam às diretrizes da EBSEH” (*Síntese Núcleo Temático 1*).

A atual administração burocrática brasileira, de inspiração weberiana, provoca rigidez na execução orçamentária, imobilismos na administração de pessoal, excessiva interferência político-partidária, levando os hospitais públicos à burocratização e à degradação organizacional. Porém, parece excessiva a priorização desse núcleo temático, visto que os processos administrativos deveriam priorizar metas que resultem na melhoria da assistência à saúde.

Outra dimensão destacada refere-se à gestão orçamentária e financeira, incluindo a instabilidade financeira desses hospitais, causada pelo desequilíbrio entre as receitas e as despesas correntes:

“Os recursos financeiros e orçamentários são insuficientes para atender à demanda assistencial, gerando desequilíbrio entre as receitas e despesas. A insuficiência dos repasses financeiros do Ministério da Saúde e a dificuldade de captação de novos recursos agravam a situação” (*Síntese Núcleo Temático 1*).

Apesar da ampliação de receitas por meio do REHUF e da EBSEH, os planos evidenciam situação semelhante às crises econômicas vivenciadas anteriormente pelos HUFs.

Os hospitais enfatizam que a cultura organizacional vigente tem pouca aderência a conceitos e ferramentas largamente utilizadas na gestão hospitalar contemporânea:

“A equipe gestora possui pouca profissionalização e qualificação técnica, com pouca clareza sobre suas atribuições. Não há a cultura da contratualização. Não há programas de acreditação hospitalar. O modelo de gestão não é baseado em competências e não é orientado para resultados. A gestão não é baseada no Planejamento Estratégico, que é pouco adaptado ao novo modelo gerencial dos hospitais” (*Síntese Núcleo Temático 1*).

Essas tecnologias de gestão, de fato, qualificam a gestão dos hospitais, apesar de apresentarem dificuldades ao serem implementadas. Em geral, os dirigentes depositam demasiada expectativa em cursos de especialização em gestão hospitalar, em processos de

acreditação, certificação e contratualização, que posteriormente não apresentam mudanças gerenciais significativas^{12,19,37,38}.

Por fim, poucos hospitais priorizaram problemas relacionados à democratização institucional e à cogestão: “A gestão não é compartilhada, com ausências de espaços coletivos para a comunicação e a tomada de decisões” (*Síntese Núcleo Temático 1*).

Apesar do estímulo da PNHOSP e de outras políticas à construção da gestão colegiada e de processos de planejamento mais democráticos e participativos, os hospitais ainda reproduzem modelos tradicionais de gestão e planejamento normativos, na qual existe uma separação entre as funções estratégicas da alta direção, das gerências intermediárias e dos trabalhadores. A gestão compartilhada traz mais eficiência e eficácia nas reformas organizacionais, pois vem acompanhada de mudanças dos modos de ser dos sujeitos^{13,19,39}.

Modelo de Atenção e Gestão da Clínica

Este núcleo temático foi destacado em 17% dos problemas prioritários, apesar da assistência à saúde ser citada como a missão principal por quase todos os hospitais. A síntese evidencia um modelo de atenção à saúde desarticulado dos princípios e diretrizes do SUS e da PNHOSP:

“O modelo de atenção à saúde é fragmentado, não centrado nas necessidades dos usuários, sem visão integral e interdisciplinar. A gestão da clínica é pouco institucionalizada e com baixa resolutividade. A atenção à saúde tem baixa humanização, qualidade e segurança ao paciente” (*Síntese Núcleo Temático 2*).

Diversos arranjos e dispositivos de gestão da clínica são preconizados pela PNHOSP, visando a superação do paradigma do cuidado curativo, procedimental, produtor de fragmentação e organizado a partir da lógica da doença. O diagnóstico feito pelos hospitais aponta para uma busca de um hospital comprometido com a ampliação da clínica, com a integralidade da atenção e centrado na dimensão cuidadora das pessoas.

Entretanto, os planos analisados diagnosticam dificuldades na compreensão do papel assistencial dos hospitais na rede de atenção à saúde.

“Há pouca ênfase e poucos serviços de alta complexidade. Os hospitais participam pouco das definições dos processos, protocolos e fluxos assistenciais da rede de atenção” (*Síntese Núcleo Temático 2*).

A integralidade do cuidado é atribuição da rede de atenção à saúde. O hospital deve aprender a trabalhar como uma das “estações” da rede de cuidado, um dos pontos de atenção^{39,40}.

Integração ensino-pesquisa-extensão-assistência

Os hospitais priorizam esse núcleo temático em apenas 14% dos problemas, apesar de representarem parcela significativa do campo de formação de trabalhadores da saúde e desenvolvimento de pesquisas e inovação tecnológica no Brasil. Diagnostica-se uma dificuldade de integração entre as atividades acadêmicas e assistenciais:

“Desarticulação entre as universidades e os hospitais no desenvolvimento de práticas de ensino, pesquisa e extensão, assim como há uma baixa integração dessas práticas acadêmicas com as práticas assistenciais. A governança hospitalar dificulta a integração com as unidades acadêmicas. Há dificuldades na conciliação entre a função docente e a missão assistencial. Pouca integração das práticas acadêmicas e assistenciais dos hospitais e das redes de atenção à saúde” (*Síntese do Núcleo Temático 3*).

Os HUFs têm um papel fundamental na formação em saúde, pois são espaços privilegiados dos processos de ensino-aprendizagem para cursos técnicos, de graduação e pós-graduação. Este papel está em processo de reordenamento, assim como todos os processos de educação profissional em saúde. Os hospitais não devem ser os únicos cenários de prática para a formação em saúde, visto que os novos profissionais devem ser formados considerando a integralidade, a clínica ampliada e o trabalho em rede ^{24,41}.

Os hospitais discutem ainda a falta de incentivos para atividades acadêmicas, o que influencia na falta de profissionais para o ensino e a pesquisa.

“Ausência de políticas de incentivo à extensão, pesquisa e inovação tecnológica. Insuficiência de profissionais para garantir a atenção, o ensino, a pesquisa e as residências em saúde. Pouca participação da academia na formação de trabalhadores dos hospitais, tanto na graduação quanto na pós-graduação *stricto e lato sensu*” (*Síntese do Núcleo Temático 3*).

Gestão de Pessoas e Valorização do Trabalhador

Esse núcleo temático foi apontado em 13% dos problemas prioritários, demonstrando que a gestão do trabalho é um desafio da gestão pública, especialmente dos serviços de saúde.

As principais dificuldades apresentadas pelos hospitais referem-se à implementação das políticas de gestão de pessoas, de saúde do trabalhador e de educação permanente.

“Dificuldades para implementação de políticas institucionais e estratégicas de gestão de pessoas. Ausência de políticas de saúde do trabalhador e sustentabilidade ambiental. Insuficiência da política de educação e desenvolvimento permanente dos trabalhadores” (*Síntese do Núcleo Temático 4*).

O tema da gestão do trabalho em saúde é um dos principais conflitos entre gestores e órgãos de controle. Os múltiplos vínculos trabalhistas, a ausência de planos de

carreira, a precarização do trabalho e a terceirização de funções administrativas e assistenciais são estratégias utilizadas por grande parte dos gestores para manterem a prestação dos serviços hospitalares. A EBSEH origina-se desse debate. Entretanto, mesmo com a incorporação de 80% dos hospitais à EBSEH o problema persiste, segundo os planos analisados.

Em termos concretos, a não implantação dessas políticas provoca desafios presentes no cotidiano dos hospitais brasileiros, como a inadequada quantidade de profissionais de saúde e precárias condições de trabalho.

“Insuficiências das condições de trabalho e de práticas de valorização e segurança dos trabalhadores. Quantidade insuficiente de trabalhadores de saúde em geral, particularmente a absorção e fixação de médicos” (*Síntese do Núcleo Temático 4*).

Tecnologias e Sistemas de Informação e Comunicação

Problemas relacionados a esse núcleo temático foram destacados em 9% dos problemas prioritários. Destaca-se a ausência da informatização plena dos processos assistenciais e administrativos, assim como a falta de planejamento específico da área e de processos de avaliação de tecnologias em saúde.

“Insuficiência de informatização plena dos processos organizacionais e defasagem dos sistemas e tecnologias de informação que sejam orientados para a organização gerencial e para a tomada de decisões. Ausência de Plano Diretor de Tecnologias da Informação (PDTI) construído coletivamente com as diferentes áreas assistenciais e administrativas. Dificuldades para a produção e avaliação de tecnologias em saúde” (*Síntese do Núcleo Temático 5*).

Em menor proporção e com pouco detalhamento, alguns planos identificaram fragilidades nos processos de comunicação interna dos hospitais: “Comunicação organizacional ineficiente”. Cada vez mais presente na gestão em saúde, as tecnologias de informação e comunicação são necessárias para a qualificação dos processos gerenciais e assistenciais, mas tornam-se “fetiches”, sendo supervalorizadas em detrimento de outras tecnologias relacionais¹⁹.

Relação com a Rede de Saúde e as Políticas Públicas

Essa categoria apareceu apenas em 7% dos problemas priorizados, ratificando a crítica à frágil inserção dos hospitais nas redes de atenção e o sentimento de não pertencimento ao SUS. Esse resultado ajuda a compreender a ausência dos gestores municipais e estaduais do SUS nos processos de planejamento analisados.

Evidenciam-se dificuldades de integração dos hospitais com a rede de atenção à saúde, com os complexos reguladores, com o SUS e com as demais políticas públicas intersetoriais.

“Oferta insuficiente e desarticulada de serviços que atendam às necessidades da rede de atenção à saúde. Pouca inserção e integração com outros pontos de atenção e com os gestores da rede de atenção à saúde. Pouco comprometimento com as políticas públicas e diretrizes do SUS. Fragilidades da gestão e da regulação do SUS na gestão dos leitos hospitalares. Há baixo alinhamento com a regulação do SUS e pouca efetividade da regulação interna” (*Síntese do Núcleo Temático 6*).

A regulação deve ser construída como estratégia de articulação assistencial do hospital com a rede, buscando organizar e facilitar o acesso oportuno ao cuidado e não a burocratização da relação entre os serviços. Protocolos clínicos e de regulação devem democratizar a gestão do cuidado e a relação em rede. Entretanto, a gestão em rede é mais complexa do que organizar a regulação^{12,18}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A formulação teórica e prática da área de Política, Planejamento e Gestão em Saúde é complexa e heterogênea. Tanto influências instrumentais, com racionalidade produtivista, quanto abordagens sociocríticas têm influenciado os processos de planejamento e gestão hospitalar.

A PNHOSP e o conjunto das políticas e reformas hospitalares vigentes propõem a ampliação da clínica, a integração à rede de saúde, a democratização da gestão e do planejamento, envolvendo gestores, trabalhadores e usuários. Essas diretrizes foram parcialmente utilizadas em todos os planos analisados nesta investigação.

Avaliando a dimensão *Planejamento em Saúde*, concluímos que a incorporação dos hospitais à EBSEH potencializou a construção dos Planos Diretores preconizados pela PNHOSP, enquanto hospitais gerenciados por fundações de apoio demonstraram pouca transparência com a construção e divulgação de seus planos.

Em geral, os processos de planejamento analisados apresentaram conteúdos qualificados e trouxeram informações necessárias para a realização de diagnósticos amplos e para a tomada de decisão da comunidade hospitalar. Porém, demonstrou-se importante fragilidade institucional, evidenciada pela desvalorização dos processos de avaliação e monitoramento em saúde, mesmo com a ênfase dada pela PNHOSP e pela EBSEH a essa dimensão da gestão.

Praticamente todos os planos analisados contaram com arranjos e dispositivos de apoio institucional e qualificação gerencial, que poderiam favorecer estratégias de cogestão

e de democratização organizacional. Todavia, o reduzido envolvimento de trabalhadores e a ausência de usuários e gestores do SUS na construção dos planos, aponta para uma perspectiva centralizadora, tecnocrática e gerencialista da gestão dos HUFs.

Constatou-se um alinhamento entre os problemas priorizados pelos hospitais e os eixos estruturantes da PNHOSP. Entretanto, apesar da influência desta política, evidenciou-se uma ênfase excessiva dos hospitais em problemas administrativos e em tecnologias de informação, subestimando problemas relacionados ao modelo de atenção e à gestão da clínica.

Nesse sentido, este estudo aponta elementos para o debate e para novas investigações. Evidenciaram-se os movimentos de ampliação e de qualificação do diagnóstico organizacional com o uso de conceitos e ferramentas do Planejamento Estratégico Situacional como: a problematização, a análise de cenários, de atores sociais e de viabilidade política e econômica. Em outra direção, entretanto, se constatou uma priorização de temas e problemas relacionados à racionalização da vida hospitalar, em detrimento da gestão do trabalho em saúde, com importante desvalorização dos espaços coletivos e evidente distanciamento da direção dos hospitais em relação aos trabalhadores, usuários e gestores do SUS.

Paradoxalmente, apesar da função de ensino e pesquisa desses hospitais universitários, chama a atenção a pobreza do diagnóstico e da busca de soluções para a integração docente-assistencial.

Evidencia-se a necessidade de aprofundarmos esta análise, entendendo que a gestão em saúde é constituída das dimensões do saber, do poder e do afeto, assim como é atravessada por interesses e desejos dos gestores, trabalhadores e usuários do hospital e da Rede de Atenção à Saúde tanto locais como as regionais.

REFERÊNCIAS

1. Onocko CR. *O planejamento no labirinto: uma viagem hermenêutica*. São Paulo: Hucitec; 2003.
2. Teixeira CF, organizadora. *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA; 2010.
3. Rivera FJU, Artmann E. *Planejamento e gestão em saúde: conceitos, história e propostas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.
4. Matus C. *Política, planejamento e governo*. Brasília: IPEA; 1993.
5. Testa M. *Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde*. Trad. Tijiwa AM. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 1995.
6. Campos GWS. *Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. São Paulo: Hucitec; 2000.
7. Merhy EE. Planejamento como tecnologia em gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. In: Gallo E, organizador. *Razão e Planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 1995.
8. Cecílio LCO. A modernização gerencial dos hospitais públicos: o difícil exercício da mudança. *Rev Adm Publica* 1997; 31(3): 36-47.
9. Mintzberg H. *The rise and fall of strategic planning*. New York: The Free Press; 1994.
10. Vecina Neto G. A evolução da assistência à saúde no mundo e no Brasil até o SUS. In: Vecina Neto G, Malik AM, organizadores. *Gestão em saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 3-14
11. Vecina Neto G, Malik AM. Tendência na assistência hospitalar. *Cien Saude Colet* 2007; 12(4): 825-839.
12. Freire JB. *O desafio de operar as ferramentas de avaliação para os hospitais públicos: o caso do Hospital Estadual Sumaré-SP [tese]*. Campinas: Unicamp; 2008.
13. Amaral MA, Campos GWS. Organização do trabalho e gestão do cuidado em saúde: uma metodologia de cogestão. In: Vecina Neto G, Malik AM, organizadores. *Gestão em saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 73-84.
14. Pereira Júnior N, Campos GWS. Apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): o dilema da integração interfederativa e da cogestão. *Interface (Botucatu)* 2014; 18 (Suppl. 1): 895-908.
15. Brasil. *Reforma do Sistema de Atenção Hospitalar Brasileira*. Cadernos de Atenção Especializada nº 3. Brasília: Editora Ministério da Saúde; 2004.

16. Nardelli AP, Almeida L, Gil OF, Alvarenga T. *Análise do processo de contratualização dos hospitais de ensino federais* [monografia]. Campinas: Unicamp; 2005.
17. Ugá MAD, López EM. Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS. *Cien Saude Colet* 2007; 12(4): 915-928.
18. Campos GWS. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Cien Saude Colet* 2007; 12(2): 301-306.
19. Chioro dos Reis AA. *Entre a Intenção e o Ato: uma análise da política de contratualização dos hospitais de ensino (2004-2010)* [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2011.
20. Santos TBS, Oliveira SS, Vieira SL, Pinto ICM. Contornos da administração pública e repercussões no âmbito da gestão hospitalar: problemáticas, objetos e perspectivas. In: Teixeira CF, organizadora. *Observatório de Análise Política em Saúde: abordagens, objetos e investigações*. Salvador: Edufba; 2016.
21. Santos TBS, Pinto ICM. Política Nacional de Atenção Hospitalar: con(di)vergências entre normas, conferências e estratégias do executivo federal. *Saúde em debate* 2017; 41(3):99-113.
22. Brasil. Portaria nº. 3.390 de 30 de dezembro de 2013. Institui a PNHOSP no âmbito do SUS, estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde. *Diário Oficial da União* 2013; 30 dez.
23. Solla J, Chioro dos Reis AA. Atenção Ambulatorial Especializada. In: Giovanella L. et al. organizadores. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 547-576.
24. Braga Neto FC, Barbosa PR, Santos IS, Oliveira CMF. Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências. In: Giovanella L. et al. organizadores. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 577-608.
25. Brasil. Decreto nº. 7.082 de 27 de janeiro de 2010. Institui o 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* 1994; 27 jan.
26. Brasil. Medida Provisória nº. 520 de 31 de dezembro de 2010. Autoriza o Poder Executivo a criar empresa pública, sob a forma de sociedade anônima, denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. (EBSERH) e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2010; 31 dez.
27. Brasil. Lei Federal nº. 12.550 de 15 de dezembro de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH); acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2011; 15 dez.
28. Massuda A. *O método do apoio Paidéia no Hospital: descrição e análise de uma experiência no HC-Unicamp* [dissertação]. Campinas: Unicamp; 2010.
29. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Trad. Reto LA, Pinheiro A. Lisboa: Edições 70; 2009.

30. Brasil. Lei nº. 8.958 de 20 de dezembro de 1994. Dispõe sobre as relações entre as instituições federais de ensino superior e de pesquisa científica e tecnológica e as fundações de apoio e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1994; 20 dez.
31. Brasil. Decreto nº. 5.205 de 14 de setembro de 2004. Regulamenta a Lei nº 8.958 de 20 de dezembro de 1994, que dispõe sobre as relações entre as instituições federais de ensino superior e de pesquisa científica e tecnológica e as fundações de apoio. *Diário Oficial da União* 2004; 14 set.
32. Brasil. Decreto nº. 7.423 de 31 de dezembro de 2010. Regulamenta a Lei no 8.958, de 20 de dezembro de 1994, que dispõe sobre as relações entre as instituições federais de ensino superior e de pesquisa científica e tecnológica e as fundações de apoio, e revoga o Decreto no 5.205, de 14 de setembro de 2004. *Diário Oficial da União* 2010; 31 dez.
33. Brasil. Lei nº. 5.604 de 2 de setembro de 1970. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública "Hospital de Clínicas de Pôrto Alegre" e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1970; 2 set.
34. Brasil. Acórdão nº. 1.520 de 23 de agosto de 2006. *Diário Oficial da União* 2006; 23 ago.
35. Brasil. Acórdão nº. 2.813 de 25 de novembro de 2009. *Diário Oficial da União* 2009; 25 nov.
36. Padilha RQ. *Gestão de Hospitais Universitários Federais no SUS*. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa; 2016.
37. Chioro dos Reis AA, Cecilio LCO. A política de reestruturação dos hospitais de ensino: notas preliminares sobre os seus impactos na micropolítica da organização hospitalar. *Saúde em debate* 2009; 33:88-97.
38. Abou Jamra CC. *Os médicos e a racionalização das práticas hospitalares: novos limites para a liberdade profissional* [dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2010.
39. Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Cienc Saude Colet* 2007; 12(4):849-859.
40. Cecílio LCO, Merhy EE. A Integralidade do Cuidado com Eixo da Gestão Hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, Abrasco; 2003.
41. Feuerwerker LCM, Cecílio LCO. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. *Cienc Saude Colet* 2007; 12(4):965-971.

Planos Diretores Analisados

1. UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA. Hospital Universitário de Brasília. Plano Diretor Estratégico 2014-2016. Brasília, 2014.

2. UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Hospital Universitário Professor Edgard Santos. Plano Diretor Estratégico 2016-2017. Salvador, 2015.
3. UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Maternidade Climério de Oliveira. Plano Diretor Estratégico 2016-2017. Salvador, 2015.
4. UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS. Hospital Universitário. Plano Diretor Estratégico 2013-2014. Dourados, 2013.
5. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA. Hospital Universitário Lauro Wanderley. Plano Diretor Estratégico 2016-2017. João Pessoa, 2015.
6. UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE. Hospital Universitário Júlio Bandeira de Mello. Plano Diretor Estratégico 2017-2018. Cajazeiras, 2016.
7. UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE. Hospital Universitário Alcides Carneiro. Plano Diretor Estratégico 2017-2018. Campina Grande, 2016.
8. UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS. Hospital de Clínicas. Plano Diretor Estratégico 2017-2018. Goiânia, 2016.
9. UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA. Hospital Universitário. Plano Diretor Estratégico 2016-2017. Juiz de Fora, 2015.
10. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital de Clínicas. Plano Diretor Estratégico 2014-2018. Belo Horizonte, 2015.
11. UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS. Hospital Escola. Plano Diretor Estratégico 2017-2018. Pelotas, 2016.
12. UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNANBUCO. Hospital das Clínicas. Plano Diretor Estratégico 2016-2017. Recife, 2015.
13. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago. Plano Diretor Estratégico 2017-2018. Florianópolis, 2016.
14. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. Hospital Universitário. Planejamento Estratégico. Santa Maria, s/d.
15. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS. Hospital Universitário Prof. Dr. Horácio Carlos Panepucci. Plano Diretor Estratégico 2017-2018. São Carlos, 2016.
16. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE. Hospital Universitário. Plano Diretor Estratégico 2016-2017. Aracajú, 2016.
17. UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA. Hospital das Clínicas de Uberlândia. Plano Diretor Estratégico 2017-2019. Uberlândia, 2017.

18. UNIVERSIDADE FEDERAL DO ALAGOAS. Hospital Universitário Professor Alberto Antunes. Plano Diretor Estratégico 2016-2017. Maceió, 2015.
19. UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS. Hospital Universitário Getúlio Vargas. Plano Diretor Estratégico 2014-2015. Manaus, 2014.
20. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Hospital Universitário Walter Cantídio. Plano Diretor Estratégico 2018-2019. Fortaleza, 2017.
21. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Maternidade Escola Assis Chateaubriand. Plano Diretor Estratégico 2018-2020. Fortaleza, 2017.
22. UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO. Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes. Plano Diretor Estratégico 2014-2015. Vitória, 2014.
23. UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Hospital Universitário Gaffrée e Guinle. Plano Diretor Estratégico 2017-2018. Rio de Janeiro, 2016.
24. UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. Hospital Universitário. Plano Diretor Estratégico 2013-2014. São Luiz, 2013.
25. UNIVERSIDADE FEDERAL DO MATO GROSSO DO SUL. Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian. Plano Diretor Estratégico 2016-2017. Campo Grande, 2015.
26. UNIVERSIDADE FEDERAL DO MATO GROSSO. Hospital Universitário Júlio Müller. Plano Diretor Estratégico 2016-2017. Cuiabá, 2015.
27. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ. Complexo Hospitalar (Hospital Universitário João de Barros Barreto e Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza). Plano Diretor Estratégico 2017-2018. Belém, 2016.
28. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Complexo Hospitalar (Hospital de Clínicas e Maternidade Vitor Ferreira do Amaral). Plano Diretor Estratégico 2016-2017. Curitiba, 2015.
29. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ. Hospital Universitário. Plano Diretor Estratégico 2016-2017. Teresina, 2015.
30. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Hospital Universitário Clementino Fraga Filho. Plano Diretor 2011-2020. Rio de Janeiro, 2011.
31. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE. Hospital Universitário Ana Bezerra. Plano Diretor Estratégico 2016-2017. Santa Cruz, 2015.
32. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE. Hospital Universitário Onofre Lopes. Plano Diretor Estratégico 2014-2016. Natal, 2014.

33. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE. Maternidade Escola Januário Cicco. Plano Diretor Estratégico 2016-2017. Natal, 2015.
34. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Planejamento Estratégico 2017-2020. Porto Alegre, 2016.
35. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE. Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. Plano Diretor Estratégico 2017-2018. Rio Grande, 2016.
36. UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS. Hospital de Doenças Tropicais. Plano Diretor Estratégico 2017-2018: um novo olhar, um novo agir. Araguaína, 2016.
37. UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO. Hospital de Clínicas do Triângulo Mineiro. Plano Diretor Estratégico 2017-2018. Uberaba, 2017.
38. UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO. Hospital Universitário. Plano Diretor Estratégico 2017-2018. Petrolina, 2016.
39. UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE. Hospital Universitário Antônio Pedro. Plano Diretor Estratégico 2016-2018. Niterói, 2015.

CAPÍTULO 9

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta análise sobre a formulação e a implementação de políticas públicas para os Hospitais Universitários Federais traz pistas sobre os impactos do Sistema Único de Saúde na atenção hospitalar brasileira. Observou-se a ampliação do componente hospitalar público da Rede de Atenção à Saúde. Apesar de haver uma significativa redução do número de instituições hospitalares privadas nos primeiros 20 anos do SUS, a última década apresenta uma inversão desta lógica, com retomada do crescimento de estabelecimentos e leitos hospitalares privados. A maior penetração política das organizações que representam o complexo privado da saúde, como as operadoras de seguros de saúde, as Santas Casas e demais hospitais filantrópicos, os hospitais privados, as organizações sociais e a indústria farmacêutica, determina a atual conjuntura brasileira. Este setor, que sempre influenciou os rumos das políticas hospitalares, conquistou hegemonia na formulação das políticas públicas nos órgãos dos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário.

Em oposição ao quadro geral de hospitais brasileiros, o parque hospitalar universitário federal aproxima-se de tendências internacionais por apresentar hospitais com maior número médio de leitos, concentração de densidade tecnológica, bem como, haverem se constituído em centros de pesquisa e formação de profissionais de saúde e em referência para a atenção de média e alta complexidade.

A rede federal de hospitais universitários apresenta maior capacidade de gestão e planejamento, com financiamento mais adequado e maior qualificação profissional comparando-se à realidade dos hospitais públicos brasileiros.

Após um conjunto de iniciativas e políticas para os hospitais de ensino no Brasil, a atual fase de reformas administrativas e gerenciais específicas para os hospitais universitários federais, na qual se inserem o REHUF e a EBSEH, trouxe possibilidades concretas de superação dos alguns desafios históricos de hospitais no SUS. Mesmo assim, há ainda controvérsia sobre a alternativa gerencial com caráter de gestão indireta adotada pelo governo federal. As principais críticas partem de órgãos do controle social do SUS e de entidades representativas de médicos e dos trabalhadores em geral.

Identificaram-se impactos positivos na redução do subfinanciamento crônico, com ampliação real dos recursos públicos, originários do SUS e do MEC, para o conjunto dos hospitais universitários federais, apesar do discurso dos dirigentes dos HUFs não reconhecer

este fato. As evidências apresentadas mostram que estes recursos resultaram na ampliação do número de leitos e equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico de alta complexidade.

A efetivação de uma nova modalidade administrativa pública (EBSERH), substituindo as fundações privadas, possibilitou a redução da precarização dos vínculos trabalhistas. A contratação por concurso público e a criação de plano de carreiras federal democratizou a contratação dos trabalhadores e reduziu os questionamentos jurídicos e dos órgãos de controle a respeito da relação público-privada das universidades com as fundações de apoio. Entretanto, o novo modelo gerencial não ampliou a participação dos trabalhadores na democratização dos serviços hospitalares e na gestão dos HUFs.

A profissionalização da gestão sugere impactos positivos nos HUFs, podendo promover maior eficiência, transparência e responsabilidade no uso dos recursos públicos. Entretanto, se observou que esta profissionalização da gestão não incluiu alguns dos impedimentos centrais para que os HUFs cumpram com seus objetivos. Observe-se, por exemplo, a não problematização da relação entre departamentos das Faculdades e professores de Medicina, Enfermagem, entre outros, com o funcionamento dos HUFs, inclusive quanto a estratégias pedagógicas para a formação de estudantes de graduação e de residentes. Outro tema pouco tematizado foi o da integração dos HUFs ao SUS e, em particular, à Atenção Básica em Saúde.

As políticas implementadas reduziram as desigualdades regionais no acesso à rede federal de hospitais universitários. A ampliação da oferta de leitos e procedimentos de alta complexidade se deu em maior proporção na região Nordeste. Entretanto, persistem iniquidades no acesso a leitos gerais e leitos de UTI, principalmente na região Norte do Brasil. No outro extremo, o Sul do País é a região que possui a melhor oferta de leitos e hospitais universitários federais por habitante.

Constatou-se que o aumento do número de leitos nestes hospitais relaciona-se diretamente à vinculação na Rede EBSERH. Os hospitais que aderiram à Empresa obtiveram crescimento acima de 16% em seu número de leitos, enquanto as unidades que não aderiram mantiveram-se do mesmo tamanho.

O estudo aponta perspectiva para a superação de um dos principais desafios do SUS, que é o acesso a procedimentos de apoio diagnóstico e terapêutico de alta complexidade. As políticas implementadas impactaram na redução de vazios assistenciais de grande proporção territorial nas regiões Norte e Centro-Oeste, que não dispunham de equipamentos de Ressonância Nuclear Magnética e Hemodinâmica na rede hospitalar

universitária federal. Estas políticas reduziram a enorme concentração dos equipamentos de alta complexidade na região Sudeste do País, ampliando e descentralizando a oferta assistencial.

A respeito da Gestão do Trabalho, as políticas avançaram na ampliação do número de trabalhadores para os HUFs, substituindo os empregados fundacionais por empregados da EBSEH. O impacto ocorreu em todas as regiões do Brasil, com maior destaque para o Nordeste, que possui metade de todos os trabalhadores contratados pela Empresa. Por outro lado, o Sul é a região com o maior número de trabalhadores remanescentes das fundações de apoio.

Em geral, se pôde constatar a dificuldade de se realizar mudanças na rede hospitalar que beneficiem usuários e que logrem assegurar maior visibilidade à estrutura de poder vigente nestas instituições, com reconhecida hegemonia do poder médico, das corporações e da burocracia universitária. Isto fica evidente pela forma centralizada com que é realizado o planejamento e tomada decisão, com exclusão de usuários, dos profissionais dos HUFs e, principalmente, de outras instâncias da gestão do SUS.

As políticas mais recentes apontam, até o momento, para uma ampliação da eficiência, da profissionalização e da racionalização gerencial e administrativa. Todavia, as evidências analisadas neste estudo demonstram pouco impacto na mudança do modelo assistencial, na ampliação da clínica, na democratização da gestão e na integração dos hospitais com a Rede de Atenção à Saúde e com Sistema Único de Saúde.

Os limites metodológicos e analíticos deste estudo nos impõem reconhecer a necessidade de ampliação das estratégias avaliativas e a multiplicidade de sujeitos envolvidos na gestão, na assistência e no ensino nos Hospitais Universitários Federais, dando voz aos usuários, trabalhadores, gestores, docentes e estudantes das instituições de ensino, considerando a heterogeneidade assistencial, estrutural e regional de cada instituição.

Neste sentido, inúmeras questões ainda não foram respondidas completamente, assim como lançamos luz sobre alguns temas poucos explorados pela literatura especializada. As mudanças políticas e organizacionais promovidas pelas eleições presidenciais de 2018 certamente impactarão os rumos das políticas sociais, do SUS, do ensino superior federal e das instituições que administram os Hospitais Universitários Federais.

Os novos gestores federais aprofundarão as estratégias racionalizadoras e gerencialistas, em detrimento da ampliação do modelo assistencial e da democratização institucional? Concluirão o processo de desprecarização dos vínculos trabalhistas, com a

consolidação de concursos públicos e do plano de cargos e carreiras, ou retrocederão ao modelo fundacional privatista e aos vínculos precários e sem transparência nas contratações? Assumirão a defesa dos direitos sociais, das políticas públicas e a consolidação do SUS e da Universidade Pública ou aprofundarão as políticas de austeridade fiscal e redução do Estado por meio de processos de privatização, desestatização e estrangulamento do orçamento público?

A comunidade acadêmica e científica da Saúde Coletiva, assim como os usuários, trabalhadores e gestores do SUS continuarão formulando, implementando e avaliando políticas, programas, serviços e ações de saúde que resgatem e consolidem os princípios constitucionais do direito universal à saúde e do estado democrático de direito.

REFERÊNCIAS

1. Tanaka OY, Ribeiro, EL. Avaliação de implantação de programas nacionais. In: Tanaka OY, Ribeiro EL, Almeida CAL. Avaliação em saúde: contribuições para incorporação no cotidiano. 1 ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.
2. Minayo MCS. Conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 19-54.
3. Amaral MA, Campos GWS. Organização do trabalho e gestão do cuidado em saúde: uma metodologia de cogestão. In: Vecina Neto G, Malik AM, organizadores. *Gestão em saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 73-84.
4. Braga Neto FC, Barbosa PR, Santos IS, Oliveira CMF. *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.
5. Araújo KM, 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.
6. Rosen G. *Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
7. Foucault M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1979.
8. Coelho IB. *Os Hospitais no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2016.
9. Solla J, Chioro dos Reis AA. Atenção Ambulatorial Especializada. In: Giovanella L. et al. organizadores. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 547-576.

10. Mendes EV. *Os grandes desafios do SUS*. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA), Casa da Qualidade Editora, 2001.
11. Massuda A. *O método do apoio Paidéia no Hospital: descrição e análise de uma experiência no HC-Unicamp* [dissertação]. Campinas: Unicamp; 2010.
12. Guimarães C. Situação Assistencial Brasileira. In: Gonçalves, E. (Org). *Administração de Saúde no Brasil*. São Paulo: Pioneira, 1989. p 103-109. Barreto, 2005.
13. Oliveira JA, Teixeira SMF. (Im)previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1985.
14. Santos TBS, Oliveira SS, Vieira SL, Pinto ICM. Contornos da administração pública e repercussões no âmbito da gestão hospitalar: problemáticas, objetos e perspectivas. In: Teixeira, C.F.[org.] *Observatório de Análise Política em Saúde: abordagens, objetos e investigações*. Salvador: EDUFBA, 2016.
15. Paim JS. *O que é SUS*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.
16. Grabois V, Castelar RE, Mordelet P. *Gestão Hospitalar – Um desafio para o hospital brasileiro*. Rio de Janeiro, ENSP – 1995.
17. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.
18. Brasil. 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. *Diário Oficial da União* 1990; 28 dez.
19. Brasil. Resolução nº. 258, de 07 de janeiro de 1991. Aprova a Norma Operacional Básica/SUS nº 01/91. *Diário Oficial da União* 1991; 7 jan.

20. Brasil. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. *Diário Oficial da União* 1993; 20 mai.
21. Brasil. Portaria nº. 2.203, de 03 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica/SUS nº 01/96. *Diário Oficial da União* 1996; 3 nov.
22. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Assistência Médico-Sanitária*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.
23. Santos TBS, Pinto ICM. Política Nacional de Atenção Hospitalar: con(di)vergências entre normas, conferências e estratégias do executivo federal. *Saúde em debate* 2017; 41(3):99-113.
24. Costa NR, Lamarca I. Os Governos FHC e Lula e a política para a força de trabalho civil do Governo Central Brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1601-1611, 2013.
25. Brasil. Emenda Constitucional nº. 19, de 4 de junho de 1998. Modifica o regime e dispõe sobre princípio e normas da Administração Pública, Servidores e Agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1998; 4 jun.
26. Brasil. Lei nº. 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1998; 15 mai.
27. Brasil. Lei Complementar nº. 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1998; 4 mai.

28. Pereira Júnior N. O apoio institucional no SUS: os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. São Paulo: HUCITEC, 2018.
29. Brasil. Reforma do Sistema de Atenção Hospitalar Brasileira. Cadernos de Atenção Especializada nº 3. Brasília: Editora Ministério da Saúde; 2004.
30. Brasil. Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília: Editora Ministério da Saúde; 2003.
31. Brasil. Portaria nº. 1.044 de 1º. de junho de 2004. Institui a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte. *Diário Oficial da União* 2004; 1º. jun.
32. Brasil. Portaria nº. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial da União* 2006; 22 fev.
33. Brasil. Portaria nº. 1559, de 1º. de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2008; 4 ago.
34. Brasil. Portaria nº. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2006; 30 dez.
35. Brasil. Portaria nº. 1.600, de 07 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2011; 8 jul.
36. Brasil. Portaria nº. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União* 2011; 24 jun.
37. Brasil. Portaria nº. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades

decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2011; 23 dez.

38. Brasil. Portaria nº. 483, de 1º. de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. *Diário Oficial da União* 2014; 1º. abr.

39. Brasil. Portaria nº. 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2012; 24 abr.

40. Brasil. Portaria nº. 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2013; 27 mai.

41. Brasil. Portaria nº. 529, de 1º. de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). *Diário Oficial da União* 2013; 1º. abr.

42. Brasil. Portaria nº. 3.390 de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do SUS, estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde. *Diário Oficial da União* 2013; 30 dez.

43. Conselho Nacional de Secretarias de Saúde. *Política Nacional de Atenção Hospitalar*. Nota técnica 24. Brasília, 2013.

44. Brasil. Portaria nº. 3.410 de 30 de dezembro de 2013. Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS, em consonância com Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). *Diário Oficial da União* 2013; 30 dez.

45. Flexner A. *Medical education in the United States and Canada*. New York: Carnegie Foundation for The Advancement of Teaching. 1910.

46. Lampert JB. *Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas*. São Paulo: Hucitec. 2002.
47. Rodrigues RD. *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.
48. Zöllner ACR, Sousa EG. Convênio entre hospitais assistenciais e Faculdades de Medicina para o oferecimento de Programas de Residência Médica. *Rev. Med. Res.* 2011; 13 (1) 1-80.
49. Clemente BT. *Cronologia dos Hospitais Universitários Federais do MEC*. Brasília, [S.l.]:1998.
50. Costa MA, Mota JAC, Figueiredo RCP. 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.
51. Luz, MT. *As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro, Graal, 1978.
52. Castelar RM. *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.
53. 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.
54. Escorel S. *Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitária*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1999.
55. Brasil. Portaria nº. 357, de 04 de março de 1991. Estabelece conceituações para Hospital de Ensino. *Diário Oficial da União* 1991; 4 mar.

56. Chioro dos Reis AA, Cecilio LCO. A política de reestruturação dos hospitais de ensino: notas preliminares sobre os seus impactos na micropolítica da organização hospitalar. *Saúde em debate* 2009; 33:88-97.
57. Brasil. Portaria nº. 562, de 12 de maio de 2004. Institui Comissão Interinstitucional com o objetivo de avaliar e diagnosticar a atual situação dos Hospitais Universitários de Ensino no Brasil, visando reorientar e/ou formular a política nacional para o setor. *Diário Oficial da União* 2004; 12 mai.
58. Lobo MSC, Silva ACM, Lins, MPE, Fiszman R. Impacto da reforma de financiamento de hospitais de ensino no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2009;43(3):437-45.
59. 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. *Diário Oficial da União* 2004; 15 abr.
60. Brasil. Portaria Interministerial nº 1006, de 27 de maio de 2004. Cria o Programa de reestruturação dos hospitais de ensino do MEC. *Diário Oficial da União* 2004; 27 mai.
61. 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. *Diário Oficial da União* 2004; 17 ago.
62. Vasconcelos CM. Notas sobre a crise dos Hospitais Universitários no Brasil. 2004.
63. Lima SML, Rivera FJU. A contratualização nos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro. São Paulo: ABRASCO, 2012.
64. Brasil. 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* 2010; 8 jan.

65. Brasil. Portaria Interministerial nº. 41, de 08 de janeiro de 2010. Designar os membros da Comissão Interinstitucional. *Diário Oficial da União* 2010; 8 jan.

66. Brasil. 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* 2010; 27 jan.

67. Brasil. 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* 2010; 5 jul.

68. Santos AC, Oliveira Júnior LB. 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.

69. Martins VF. 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, n. 2, p. 4-22, julho/dezembro, 2011.

70. Barros RT. Modelos de Gestão na Administração Pública Brasileira: Reformas Vivenciadas pelos Hospitais Universitários Federais. *Revista dos Mestrados Profissionais*. Volume 2, Número 1, Jan./Jun. 2013.

71. Brasil. EM Interministerial nº. 383, de 23 de dezembro de 2010. **Lex**: coletânea de projetos: edição federal. Brasília, 2010.

72. Brasil. Medida Provisória nº. 520, de 31 de dezembro de 2010. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. - EBSEH e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2010; 31 dez.
73. Brasil. Lei Federal nº. 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 e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2011; 15 dez.
74. Brasil. Relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde: todos usam o SUS: SUS na seguridade social: Política pública, patrimônio do povo brasileiro. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
75. Bobbio N, Matteuci N, Pasquino G. *Dicionário de Política*. Brasília, São Paulo: UnB, Imprensa Oficial do Estado, 2009.
76. Viana ALD, Baptista TWF. Análise de Políticas Públicas. In: Giovanella L. (Org). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2.ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.
77. Louvison MCP. *Avaliação das Redes Regionais de Atenção à Saúde no SUS*. In: Tanaka OY, Ribeiro EL, Almeida CAL. *Avaliação em saúde: contribuições para incorporação no cotidiano*. 1 ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.
78. Levcovitz E. et al. *Produção de Conhecimento em Política, Planejamento e Gestão em Saúde e Políticas de Saúde no Brasil (1974-2000)*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.
79. Tanaka OY. Avaliação em saúde: novos tempos, novas construções. In: Tanaka OY, Ribeiro EL, Almeida CAL. *Avaliação em saúde: contribuições para incorporação no cotidiano*. 1 ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.

80. Drumond Jr M. *Análise de Dados Secundários nos Serviços de Saúde*. In: Tanaka OY, Ribeiro EL, Almeida CAL. *Avaliação em saúde: contribuições para incorporação no cotidiano*. 1 ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.
81. Creswell JW. *Projeto de pesquisa: método qualitativo, quantitativo e misto*. Porto Alegre: Artmed, 2007.
82. Costa FJ. *Mensuração e desenvolvimento de escalas: aplicações em administração*. Rio de Janeiro: Ciência Moderna, 2011.
83. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Trad. Reto LA, Pinheiro A. Lisboa: Edições 70; 2009.
84. Brasil. Decreto nº. 6.096, de 24 de abril de 2007. Institui o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais. *Diário Oficial da União* 2007; 24 abr.
85. Brasil. O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.
86. Brasil. Portaria nº. 1.169, de 15 de junho de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2004; 15 jun.
87. Brasil. Portaria nº. 1.161, de 07 de julho de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. *Diário Oficial da União* 2005; 7 jul.
88. Brasil. Portaria nº. 1.365, de 08 de julho de 2013. Aprova e institui a Linha de Cuidado ao Trauma na Rede de Atenção às Urgências e Emergências. *Diário Oficial da União* 2013; 8 jul.

89. Brasil. Portaria nº. 1.366, de 08 de julho de 2013. Estabelece a organização dos Centros de Trauma, estabelecimentos de saúde integrantes da Linha de Cuidado ao Trauma da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2013; 8 jul.
90. Andreazzi MFS. Oferta e utilização de serviços de hemodinâmica no estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2014; 41(5): 357-365.
91. Viana DL. Gestão do trabalho em saúde: revisão da literatura por meio de scoping review. 2013. 170 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.
92. Pierantoni CR. et al. Avaliação de desempenho: discutindo a tecnologia para o planejamento e gestão de recursos humanos em saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, vol.45, n.spe, p. 1627-31, 2011.
93. Freitas GF, Fugulin FM, Fernandes MFP. A regulação das relações de trabalho e o gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 434-438, 2006.
94. Chiavegato Filho LG, Navarro VL. A organização do trabalho em saúde em um contexto de precarização e avanço da ideologia gerencialista. In: Lourenço ES, Navarro VL. (Org.). *O avesso do trabalho III: saúde do trabalhador e questões contemporâneas*. São Paulo: Outras Expressões, 2013.
95. Brasil. Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS). 3. ed. rev. atual. – Brasília: Editora Ministério da Saúde, 2005.
96. Brasil. EM Interministerial nº. 127, de 20 de junho de 2011. **Lex**: coletânea de projetos: edição federal. Brasília, 2011.

97. Brasil. Acórdão nº. 2.893 de 19 de novembro de 2015. Relatório de Auditoria de natureza operacional com o objetivo de avaliar as ações da empresa brasileira de serviços hospitalares (EBSERH). *Diário Oficial da União* 2015; 19 nov.
98. Campos GWS. SUS: o que e como fazer? *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6):1707-1714, 2018.
99. Mendes A, Marques R. A saúde pública sob a batuta da nova ordem. In: Marques R, Ferreira M. (orgs.). *O Brasil sob a nova ordem: a economia brasileira contemporânea – uma análise dos governos Collor a Lula*. São Paulo: Saraiva, 2009.
100. Ugá MAD, Porto SM, Piola SF. Financiamento e alocação de recursos em saúde no Brasil. In: Giovanella L. et al. [org.] *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2a. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.
101. Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) anos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6):1723-1728, 2018.
102. Brasil. Portaria nº. 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. *Diário Oficial da União* 2007; 29 jan.
103. Pescuma Júnior A, Mendes A. O Fundo Nacional de Saúde e a Prioridade da Média e Alta Complexidade. *Argumentum*, Vitória (ES), v. 7, n. 2, p. 161-177, jul./dez. 2015.
104. Brasil. Emenda Constitucional nº. 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2016; 15 dez.
105. Jacques EJ, Gonçalo CR. Gestão estratégica do conhecimento baseada na construção de protocolos médico-assistenciais: o compartilhamento de ideias entre parcerias estratégicas como vantagem competitiva. *Revista de Administração e Inovação*, São Paulo, 2007.

106. Santos FP, Merhy EE. *A regulação pública da saúde no Estado brasileiro - uma revisão. Interface (Botucatu)*. 2006; 10(19):25-41.
107. Passos E. *Proposta de apresentação dos níveis de composição da PNH*. Rio de Janeiro, 2006.
108. Pessini, L, Bertachini L. *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo: Loyola; Centro Universitário São Camilo, 2004.
109. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: A micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R. *Agir em Saúde: Um Desafio para o Público*. pp. 71-112, São Paulo: Editora Hucitec, 1997.
110. Brasil. Portaria Interministerial nº. 2400, de 2 de outubro de 2007. Estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino. *Diário Oficial da União* 2007; 2 out.
111. Claro CM, Krocockz DVC, Toffolletto MC, Padilha KG. Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2011; 45(1): 167-72
112. Malik AM, Schiesari LMC. Qualidade e Acreditação. In: Vecina Neto G, Malik AM. [org.] *Gestão em Saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
113. Paim PRC, Ciconelli MR. *Auditoria de avaliação da qualidade dos serviços de saúde*. RAS, v. 9, n. 36, p.86,jun-set, 2007.
114. Souza DA, Fonseca AS. Auditoria em enfermagem: visão das enfermeiras do município de São Paulo. *Nursing, São Paulo*, v.8, n.84, p. 234-238, mai. 2005.
115. Lima SBS, Erdmann AL. A enfermagem no processo da acreditação hospitalar em serviço de urgência e emergência. *Acta Paul Enferm*, v.19, n.3, p.271-8, 2006.

116. Manzo BF, Brito MJM, Correa AR. Implicações do processo de Acreditação Hospitalar no cotidiano de profissionais de saúde. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 46, n. 2, abr. 2012.
117. Carvalho SR, Cunha GT. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: Campos GWS et al. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.
118. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública* vol.23 no.2 Rio de Janeiro Feb. 2007.
119. Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Cienc Saude Colet* 2007; 12(4):849-859.
120. Vecina Neto G, Cruz LP. Desospitalização. In: Vecina Neto G, Malik AM, organizadores. *Gestão em saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 3-14
121. Mintzberg H. *Criando Organizações Eficazes*. Estruturas em Cinco Configurações. 2ª edição. São Paulo: Atlas, 2003.
122. Chiavenato I. *Gestão de Pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações*. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1999.
123. Gil AC. *Gestão de Pessoas: enfoque nos papéis profissionais*. São Paulo: Atlas, 2001.
124. Araújo LCG. *Gestão de Pessoas*. São Paulo: Atlas, 2006.
125. Lotta GS. Avaliação de desempenho na área pública: perspectivas e propostas frente a dois casos práticos. *ERA eletrônica*, V1, Nº 2, 2002.

126. Pierantoni CR et. al. Avaliação de desempenho: discutindo a tecnologia para o planejamento e gestão de recursos humanos em saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, vol.45, n.spe, p. 1627-31, 2011.
127. Caetano A. Avaliação de Desempenho – O essencial que avaliadores e avaliados precisam de saber. 2ª Edição Lisboa. Livros Horizonte, 2008.
128. Campos GWS. *Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. São Paulo: Hucitec; 2000.
129. Brasil. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Gestão participativa e cogestão. Brasília: MS; 2009.
130. Testa M. *Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde*. Trad. Tijiwa AM. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 1995.
131. Costa FL, Fleury S. *Programa de Estudos e Pesquisa em Reforma do Estado e Governança: a ouvidoria como instrumento para a efetividade da ação Pública e a Promoção da cidadania*. *Rev.Adm. Pública*, v.32, n.1, p.163 – 70, jan./fev. 1998.
132. Brasil. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção. Brasília; 2010.

APÊNDICE 1

Hospitais Universitários Federais brasileiros por Região, UF, IFES, modalidade de gestão e número de leitos (2018)

Região	UF	IFES	Hospital	Gestão	Nº de leitos
Centro-Oeste	Distrito Federal	Universidade de Brasília	1. Hospital Universitário de Brasília	EBSERH	230
	Goiás	Universidade Federal de Goiás	2. Hospital das Clínicas	EBSERH	258
	Mato Grosso	Universidade Federal de Mato Grosso	3. Hospital Universitário Júlio Müller	EBSERH	119
	Mato Grosso do Sul	Universidade Federal da Grande Dourados	4. Hospital Universitário	EBSERH	187
	Mato Grosso do Sul	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul	5. Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian	EBSERH	229
Nordeste	Alagoas	Universidade Federal de Alagoas	6. Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes	EBSERH	251
	Bahia	Universidade Federal da Bahia	7. Hospital Universitário Prof. Edgard Santos	EBSERH	263
	Bahia	Universidade Federal da Bahia	8. Maternidade Climério de Oliveira	EBSERH	79
	Ceará	Universidade Federal do Ceará	9. Hospital Universitário Walter Cantídio	EBSERH	210
	Ceará	Universidade Federal do Ceará	10. Maternidade Escola Assis Chateaubriand	EBSERH	225
	Maranhão	Universidade Federal do Maranhão	11. Hospital Universitário	EBSERH	536
	Paraíba	Universidade Federal de Campina Grande	12. Hospital Universitário Alcides Carneiro	EBSERH	136
	Paraíba	Universidade Federal de Campina Grande	13. Hospital Universitário Júlio Maria Bandeira de Mello	EBSERH	26
	Paraíba	Universidade Federal da Paraíba	14. Hospital Universitário Lauro Wanderley	EBSERH	235
	Pernambuco	Universidade Federal de Pernambuco	15. Hospital das Clínicas	EBSERH	413
	Pernambuco	Universidade Federal do Vale do São Francisco	16. Hospital de Ensino Dr. Washington Antônio de Barros	EBSERH	132
	Piauí	Universidade Federal do Piauí	17. Hospital Universitário	EBSERH	190
	Rio Grande do Norte	Universidade Federal do Rio Grande do Norte	18. Hospital Universitário Ana Bezerra	EBSERH	63
	Rio Grande do Norte	Universidade Federal do Rio Grande do Norte	19. Hospital Universitário Onofre Lopes	EBSERH	247
	Rio Grande do Norte	Universidade Federal do Rio Grande do Norte	20. Maternidade Escola Januário Cicco	EBSERH	142
	Sergipe	Universidade Federal de Sergipe	21. Hospital Universitário	EBSERH	128
	Sergipe	Universidade Federal de Sergipe	22. Hospital Universitário de Lagarto	EBSERH	104

Norte	Amazonas	Universidade Federal do Amazonas	23. Hospital Universitário Getúlio Vargas	EBSERH	159
	Pará	Universidade Federal do Pará	24. Hospital Universitário Betinna Ferro de Souza	EBSERH	21
	Pará	Universidade Federal do Pará	25. Hospital Universitário João de Barros Barreto	EBSERH	299
	Tocantins	Universidade Federal do Tocantins	26. Hospital de Doenças Tropicais	EBSERH	57
Sudeste	Espírito Santo	Universidade Federal do Espírito Santo	27. Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes	EBSERH	266
	Minas Gerais	Universidade Federal de Juiz de Fora	28. Hospital Universitário de Juiz De Fora	EBSERH	156
	Minas Gerais	Universidade Federal de Minas Gerais	29. Hospital das Clínicas	EBSERH	504
	Minas Gerais	Universidade Federal de Uberlândia	30. Hospital de Clínicas de Uberlândia	EBSERH	526
	Minas Gerais	Universidade Federal do Triângulo Mineiro	31. Hospital de Clínicas	EBSERH	302
	Rio de Janeiro	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro	32. Hospital Universitário Gafrée e Guinle	EBSERH	232
	Rio de Janeiro	Universidade Federal do Rio de Janeiro	33. Hospital Universitário Clementino Fraga Filho	Fundação	305
	Rio de Janeiro	Universidade Federal do Rio de Janeiro	34. Hospital-Escola São Francisco De Assis	Fundação	1
	Rio de Janeiro	Universidade Federal do Rio de Janeiro	35. Instituto de Ginecologia	Fundação	232
	Rio de Janeiro	Universidade Federal do Rio de Janeiro	36. Instituto de Neurologia Deolindo Couto	Fundação	12
	Rio de Janeiro	Universidade Federal do Rio de Janeiro	37. Instituto de Psiquiatria	Fundação	198
	Rio de Janeiro	Universidade Federal do Rio de Janeiro	38. Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira	Fundação	76
	Rio de Janeiro	Universidade Federal do Rio de Janeiro	39. Instituto de Doenças do Tórax	Fundação	16
	Rio de Janeiro	Universidade Federal do Rio de Janeiro	40. Maternidade-Escola	Fundação	81
	Rio de Janeiro	Universidade Federal Fluminense	41. Hospital Universitário Antônio Pedro	EBSERH	237
	São Paulo	Universidade Federal de São Carlos	42. Hospital Universitário	EBSERH	54
São Paulo	Universidade Federal de São Paulo	43. Hospital São Paulo	Fundação	802	
Sul	Paraná	Universidade Federal do Paraná	44. Hospital de Clínicas	EBSERH	609
	Paraná	Universidade Federal do Paraná	45. Maternidade Victor Ferreira do Amaral	EBSERH	53
	Rio Grande do Sul	Universidade Federal de Pelotas	46. Hospital Escola	EBSERH	175
	Rio Grande do Sul	Universidade Federal do Rio Grande	47. Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr.	EBSERH	221
	Rio Grande do Sul	Universidade Federal do Rio Grande do Sul	48. Hospital de Clínicas de Porto Alegre	Empresa Pública	866
	Rio Grande do Sul	Universidade Federal de Santa Maria	49. Hospital Universitário de Santa Maria	EBSERH	374
	Santa Catarina	Universidade Federal de Santa Catarina	50. Hospital Universitário	EBSERH	228

APÊNDICE 2

Análise Estatística dos resultados do Questionário eletrônico sobre a Percepção dos Dirigentes sobre a implementação da Política Nacional de Atenção Hospitalar nos Hospitais Universitários Federais

AFIRMATIVAS	1. ASSISTÊNCIA À SAÚDE												n.	Média	Desvio Padrão
	Discordo Totalmente		Discordo Parcialmente		Nem concordo e nem discordo		Concordo Parcialmente		Concordo Totalmente						
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%					
1.1. A assistência à saúde do meu hospital é baseada na organização de linhas de cuidado e atua de forma integrada aos demais pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS).	0	0,0	2	9,1	2	9,1	16	72,7	2	9,1	22	3,8	0,7		
1.2. O acesso à atenção hospitalar do meu hospital é realizado de forma regulada, em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Regulação do SUS.	0	0,0	2	9,1	2	9,1	16	72,7	2	9,1	22	4,1	1,1		
1.3. A porta de Urgência e Emergência do meu hospital possui acolhimento e protocolo de classificação de risco e vulnerabilidades.	2	9,1	2	9,1	1	4,5	7	31,8	10	45,5	22	4	1,3		
1.4. A clínica ampliada e a gestão da clínica são a base do cuidado do meu hospital.	2	9,1	2	9,1	3	13,6	12	54,5	3	13,6	22	3,5	1,1		
1.5. Em meu hospital o Plano Terapêutico é elaborado de forma conjunta pela equipe multiprofissional e registrado em prontuário unificado compartilhado.	4	18,2	5	22,7	3	13,6	8	36,4	2	9,1	22	3	1,3		
1.6. Em meu hospital as equipes atuam por meio de apoio matricial, propiciando retaguarda e suporte nas respectivas especialidades para as equipes de referência, visando a atenção integral ao usuário.	5	22,7	2	9,1	5	22,7	7	31,8	3	13,6	22	3	1,4		
1.7. Em meu hospital existe Núcleo Interno de Regulação (NIR).	2	9,1	0	0,0	0	0,0	1	4,5	19	86,4	22	4,6	1,2		
1.8. Em meu hospital existe Núcleo de Segurança do Paciente.	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,5	21	95,5	22	5	0,2		
1.9. Em meu hospital existe Plano de Segurança do Paciente e Protocolos Básicos de Segurança do Paciente.	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	27,3	16	72,7	22	4,7	0,5		

AFIRMATIVAS	Discordo Totalmente		Discordo Parcialmente		Nem concordo e nem discordo		Concordo Parcialmente		Concordo Totalmente		n.	Média	Desvio Padrão
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%			
1.10. Em meu hospital existem Diretrizes Terapêuticas e Protocolos Clínicos para garantir intervenções seguras e resolutivas, além de evitar ações desnecessárias.	1	4,5	2	9,1	1	4,5	15	68,2	3	13,6	22	3,8	1,0
1.11. O meu hospital identifica e divulga os profissionais que são responsáveis pelo cuidado do paciente nas unidades de internação, nos prontos socorros, nos ambulatórios de especialidades e nos demais serviços.	3	13,6	2	9,1	5	22,7	10	45,5	2	9,1	22	3,3	1,2
1.12. Em meu hospital existe visita aberta, de forma a garantir a ampliação do acesso dos visitantes ao pronto socorro e às unidades de internação, favorecendo a relação entre o usuário, familiares e rede social de apoio e a equipe de referência.	2	9,1	2	9,1	1	4,5	4	18,2	13	59,1	22	4,1	1,4
1.13. Os usuários internados em meu hospital, especialmente os idosos, gestantes, crianças, adolescentes e indígenas, possuem direito a acompanhante 24 (vinte e quatro) horas por dia.	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	22	100,0	22	5	0,0
1.14. O meu hospital garante o direito de crianças e adolescentes internados de brincar e estudar.	1	4,5	0	0,0	1	4,5	10	45,5	10	45,5	22	4,3	0,9
1.15. O meu hospital realiza auditoria clínica interna periódica, no mínimo a cada 2 (dois) anos, com o objetivo de qualificar o processo assistencial hospitalar.	8	36,4	3	13,6	2	9,1	5	22,7	4	18,2	22	2,7	1,6
1.16. Na alta hospitalar, o meu hospital orienta os pacientes e familiares quanto à continuidade do tratamento, reforçando a autonomia do sujeito, proporcionando o autocuidado.	1	4,5	0	0,0	1	4,5	17	77,3	3	13,6	22	4	0,8
1.17. Na alta hospitalar, o meu hospital articula a continuidade do cuidado com os demais pontos de atenção da RAS, em particular a Atenção Básica.	2	9,1	1	4,5	5	22,7	14	63,6	0	0,0	22	3,4	1,0
1.18. O meu hospital possui mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares pactuados na RAS.	4	18,2	3	13,6	5	22,7	8	36,4	2	9,1	22	3	1,3
Média do Eixo 1											3,85		

2. GESTÃO E FINANCIAMENTO													
AFIRMATIVAS	Discordo Totalmente		Discordo Parcialmente		Nem concordo e nem discordo		Concordo Parcialmente		Concordo Totalmente		n.	Média	Desvio Padrão
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%			
2.1. O meu hospital possui Plano Diretor.	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	22,7	17	77,3	22	4,8	0,4
2.2. O meu hospital possui Contratos Internos de Gestão.	1	4,5	1	4,5	6	27,3	10	45,5	4	18,2	22	3,7	1,0
2.3. O meu hospital desenvolve estratégias para monitoramento e avaliação dos compromissos e metas pactuados na contratualização.	0	0,0	0	0,0	3	13,6	7	31,8	12	54,5	22	4,4	0,7
2.4. Meu hospital possui colegiados de gestão e conselhos de saúde.	1	4,5	0	0,0	1	4,5	7	31,8	13	59,1	22	4,4	1,0
2.5. Meu hospital possui ouvidoria.	0	0,0	1	4,5	0	0,0	1	4,5	20	90,9	22	4,8	0,7
2.6. Meu hospital realiza pesquisas de satisfação do usuário.	0	0,0	0	0,0	1	4,5	2	9,1	19	86,4	22	4,8	0,5
2.7. A ambiência de meu hospital adota uma arquitetura inclusiva e com acessibilidade, seguindo as normas e legislações vigentes.	2	9,1	2	9,1	4	18,2	11	50,0	3	13,6	22	3,5	1,1
2.8. Em meu hospital a administração é profissionalizada, estimula e apoia a formação de competências específicas de profissionais que ocupem cargos de direção e de gerência intermediária.	0	0,0	1	4,5	3	13,6	15	68,2	3	13,6	22	3,9	0,7
2.9. A direção de meu hospital pactua junto aos gestores do SUS a demanda para investimentos, como ampliação ou reforma da capacidade instalada e incorporação de tecnologias que impliquem em acréscimos na contratualização.	3	13,6	1	4,5	3	13,6	9	40,9	6	27,3	22	3,6	1,3

AFIRMATIVAS	Discordo Totalmente		Discordo Parcialmente		Nem concordo e nem discordo		Concordo Parcialmente		Concordo Totalmente		n.	Média	Desvio Padrão
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%			
2.10. O financiamento de meu hospital é realizado de forma tripartite, pactuado entre as três esferas de gestão, de acordo com as normas específicas do SUS.	3	13,6	3	13,6	2	9,1	3	13,6	11	50,0	22	3,7	1,5
2.11. Todos os recursos que compõem o custeio das ações e serviços de meu hospital constam em um único instrumento formal de contratualização.	0	0,0	2	9,1	2	9,1	8	36,4	10	45,5	22	4,2	1,0
2.12. Os recursos de investimento destinados ao meu hospital consideram prioridades estabelecidas nos Planos de Saúde Nacional, Estaduais, Distrital e Municipais.	1	4,5	1	4,5	3	13,6	8	36,4	9	40,9	22	4	1,1
2.13. Os recursos de investimento destinados ao meu hospital contemplam os projetos de implementação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde e programas prioritários do SUS.	1	4,5	1	4,5	2	9,1	14	63,6	4	18,2	22	3,9	0,9
Média do Eixo 2											4,13		

3. FORMAÇÃO E GESTÃO DE PESSOAS													
AFIRMATIVAS	Discordo Totalmente		Discordo Parcialmente		Nem concordo e nem discordo		Concordo Parcialmente		Concordo Totalmente		n.	Média	Desvio Padrão
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%			
3.1. Meu hospital desempenha ações e projetos de formação acadêmica e profissional, tanto para equipes como para o matriciamento dos trabalhadores dos demais pontos de atenção da RAS.	0	0,0	1	4,5	4	18,2	11	50,0	6	27,3	22	4	0,8
3.2. O meu hospital é campo de prática para cursos de graduação na área da saúde.	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	9,1	20	90,9	22	4,9	0,3
3.3. O meu hospital é campo de prática para cursos de pós-graduação na área da saúde.	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	9,1	20	90,9	22	4,9	0,3
3.4. O meu hospital possui a Certificação como Hospital de Ensino atualizada.	4	18,2	0	0,0	0	0,0	1	4,5	17	77,3	22	4,2	1,6
3.5. O meu hospital adota avaliação de desempenho dos trabalhadores.	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	9,1	20	90,9	22	4,9	0,3
3.6. Existem ações de atenção à saúde para os trabalhadores de meu hospital, contemplando a promoção da saúde, prevenção e recuperação de doenças e reabilitação.	0	0,0	1	4,5	0	0,0	13	59,1	8	36,4	22	4,3	0,7
3.7. A gestão da força de trabalho de meu hospital é direcionada para aperfeiçoar mecanismos de provimento, fixação e habilitação de profissionais.	0	0,0	2	9,1	4	18,2	13	59,1	3	13,6	22	3,8	0,8
3.8. O instrumento formal de contratualização de meu hospital define atividades de ensino e pesquisa que serão disponibilizadas para o gestor.	2	9,1	0	0,0	1	4,5	6	27,3	13	59,1	22	4,3	1,2
Média do Eixo 3											4,4		

4. CONTRATUALIZAÇÃO COM O SUS													
AFIRMATIVAS	Discordo Totalmente		Discordo Parcialmente		Nem concordo e nem discordo		Concordo Parcialmente		Concordo Totalmente		n.	Média	Desvio Padrão
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%			
4.1. O meu hospital possui instrumento formal de contratualização celebrado com a Gestão Municipal de Saúde.	1	4,5	1	4,5	1	4,5	0	0,0	19	86,4	22	4,6	1,1
4.2. O instrumento formal de contratualização de meu hospital estabelece metodologia de avaliação, controle e regulação dos serviços assistenciais.	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	27,3	16	72,7	22	4,7	0,5
4.3. O instrumento formal de contratualização de meu hospital estimula o controle social e a garantia de transparência.	0	0,0	0	0,0	1	4,5	8	36,4	13	59,1	22	4,5	0,6
4.4. O Ministério da Saúde cumpre suas responsabilidades quanto à organização, execução e orientação das ações da atenção hospitalar no território onde se encontra meu hospital.	2	9,1	4	18,2	3	13,6	8	36,4	5	22,7	22	3,5	1,3
4.5. A Secretaria Estadual de Saúde cumpre suas responsabilidades quanto à organização, execução e orientação das ações da atenção hospitalar no território onde se encontra meu hospital.	5	22,7	2	9,1	3	13,6	9	40,9	3	13,6	22	3,1	1,4
4.6. A Secretaria Municipal de Saúde cumpre suas responsabilidades quanto à organização, execução e orientação das ações da atenção hospitalar no território onde se encontra meu hospital.	5	22,7	5	22,7	1	4,5	10	45,5	1	4,5	22	2,9	1,4
4.7. O Ministério da Educação e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) cumprem suas responsabilidades quanto à organização, execução e orientação das ações da atenção hospitalar no território onde se encontra meu hospital.	0	0,0	1	4,5	2	9,1	10	45,5	9	40,9	22	4	0,8
Média do Eixo 4											3,9		

APÊNDICE 3

Núcleos Temáticos de Análise dos Problemas Prioritários dos Hospitais Universitários Federais

Núcleo Temático 1: Gestão e Planejamento

Problemas Prioritários	Enunciado Síntese
<ol style="list-style-type: none"> 1. Modelo de gestão ineficaz para mudanças organizacionais 2. Processo de Gestão Ineficaz 3. Insuficiência qualitativa e quantitativa de estrutura física, recursos humanos e materiais 4. Profissionalizar a gestão interna e fortalecer a integração do HCU na rede de atenção à saúde 5. Dificuldade na compra de suprimentos e contratação de serviços 6. A Gestão Hospitalar é pouco eficiente e há necessidade de se realizar a revisão de todos os fluxos e processos 7. organização administrativo-financeira incipiente e imatura sob a ótica pública 8. Insuficiência na estrutura física, tecnológica e de informação frente ao atual perfil de atenção à saúde 9. Falta de normatização e integração das atribuições das chefias e sistematização de rotinas 10. Contratualização 11. Pouca Qualificação da Gestão 12. Gestão do HUGG é prejudicada pela falta de comunicação, integração e a resistência à mudança 13. Deficiência na gestão dos processos de trabalho 14. Infraestrutura deficiente e descentralizada para atender as áreas assistenciais, administrativas e de ensino 15. Dificuldade na operacionalização dos processos de gestão de insumos, serviços e pessoas 16. Os recursos financeiros e orçamentários são insuficientes para as necessidades do HUGG 17. Planejamento inadequado dos processos de compras 18. Faturamento, orçamento e custo 19. As limitações físicas estruturais e as relações de poder com o espaço prejudicam a assistência de qualidade 20. Gestão insuficiente para promover práticas com definição de Objetivos, Metas e Disponibilização de Recursos Humanos e Materiais com foco em Resultados 21. Compras, estoques e contratos 22. Manter Planejamento Estratégico como base para a gestão. 23. Fortalecer o modelo de gestão por competências, alinhado à pactuação por resultados 24. Consolidar a gestão orientada para resultados 25. Buscar contínua e sistematicamente as boas práticas de gestão 	<p>O modelo de gestão é ineficiente e ineficaz, devido à pouca padronização de processos, normas, procedimentos e rotinas administrativas. A equipe gestora possui pouca profissionalização e qualificação técnica, com pouca clareza sobre suas atribuições. Não há programas de acreditação hospitalar. Os hospitais não se adaptam às diretrizes da EBSEH. A gestão administrativa e financeira é incipiente e imatura, apresentando fragilidades no planejamento e no gerenciamento da cadeia de suprimentos e equipamentos, na contratação de serviços, no gerenciamento dos custos e nos processos orçamentários e de faturamento. Os recursos financeiros e orçamentários são insuficientes para atender a demanda assistencial, gerando desequilíbrio entre as receitas e despesas. A insuficiência dos repasses financeiros do Ministério da Saúde e a dificuldade de captação de novos recursos agravam a situação. Não há a cultura da contratualização. O modelo de gestão não é baseado por competências e não é orientado para resultados. A gestão não é baseada no Planejamento Estratégico, que é pouco adaptado ao novo modelo gerencial dos hospitais. A gestão não é compartilhada, com ausências de espaços coletivos para a comunicação e a tomada</p>

-
26. Adaptar a gestão organizacional às diretrizes da EBSEH de decisões.
27. Incrementar a captação de recursos
28. Aprimorar gestão financeira
29. Destinar recursos aos projetos definidos como prioritários do HC
30. Gestão financeira incipiente e restrição na obtenção de recursos financeiros
31. Modelo administrativo inadequado à realidade do hospital
32. Baixa padronização, alinhamento e execução de vários processos de trabalho
33. Recursos financeiros insuficientes
34. Modelo de Gestão pouco qualificado para a missão do HU
35. Infraestrutura física inadequada para garantir o funcionamento do HU
36. Deficiência na gestão hospitalar
37. Modelos e práticas de gestão insuficientes para alavancar a missão do HULW
38. Modelo de gestão pouco qualificado para a missão
39. Infraestrutura, tecnologia e recursos financeiros insuficientes
40. Ineficiência na Captação e no Gerenciamento de Recursos Necessários à Missão do HU
41. Ausência de Planejamento Estratégico
42. Gestão de suprimentos e aquisições ineficiente
43. Déficit orçamentário para custeio do hospital
44. Estrutura física, Tecnológica e de Pessoas insuficiente para garantir o funcionamento do HUUFMA
45. Inadequação da Estrutura Física e Tecnológica
46. Incipiência de processos
47. Falta de Gestão Compartilhada aliada à falta de Comunicação interna e externa
48. Dificuldades de Implantação do novo modelo administrativo
49. Fragilidades na gestão do HU
50. Falta de adequação do planejamento estratégico ao novo modelo gerencial
51. Revisar a negociação de teto financeiro com o MS
52. Infraestrutura inadequada e insuficiente
53. Infraestrutura de equipamentos insuficiente
54. Deficiência na infraestrutura física, de recursos humanos, equipamentos, tecnológica e de comunicação
55. Precariedade da infraestrutura e deficiência na gestão de equipamentos e materiais hospitalares
56. Implantar o Gerenciamento de Custo por Unidade
57. Ampliar e readequar a estrutura física do HU
58. Criar Grupo de Voluntariado com projetos especiais
-

-
59. Controle insuficiente de processos
 60. Fragilidades na Gestão Financeira
 61. Fragilidade na gestão de processos administrativos e de apoio operacional
 62. Promover o uso adequado dos recursos
 63. Captação e uso adequado de recursos
 64. Buscar equilíbrio Receita × Despesa
 65. Controle insuficiente de processos
 66. Otimizar a gestão dos processos administrativos
 67. Estabelecer normas, rotinas e procedimentos
 68. Gestão operacional com melhores práticas
 69. Melhorar o processo de compras de bens e serviços
 70. Promover aderência às normas institucionais
 71. Infraestrutura física inadequada para a missão da MEAC
 72. Carência de planejamento, normatização, gestão de processos de trabalho e de comunicação
 73. Implantar o Programa de Acreditação Hospitalar
 74. Estrutura física e organizacional inadequada para a gestão, assistência, ensino e pesquisa
 75. Desabastecimento
 76. A falta de gestão e regulação dos leitos na rede de assistência materno-infantil do RN resultam em superlotação na MEJC
 77. Otimizar a captação de recursos financeiros
 78. Buscar financiamento por meio de projetos
 79. Financiamento insuficiente e contínuo para atender os propósitos da Instituição dificultam o planejamento e a gestão*
 80. Financiamento insuficiente e contínuo para atender os propósitos da Instituição dificultam o planejamento e a gestão*
 81. insuficiente gestão de processos, pessoas e recursos materiais*
 82. insuficiente gestão de processos, pessoas e recursos materiais*
-

Núcleo Temático 2: Modelo de Atenção e Gestão da Clínica

Problemas Prioritários	Enunciado Síntese
<ol style="list-style-type: none"> 1. Prestar assistência humanizada e de qualidade, com ênfase na alta complexidade, alinhada às políticas públicas 2. Organizar o modelo de atenção à saúde do HCU, com ênfase no acesso do usuário, na humanização, na integralidade e na resolutividade do cuidado, garantindo auditoria, pesquisa e efetividade clínica. 3. Gestão da clínica pouco institucionalizada 4. Segurança do paciente 5. Falta de gestão da clínica 6. Processos assistenciais não aderentes as boas práticas de gestão da clínica e humanização 7. Modelo assistencial fragmentado 8. Modelo de atenção à saúde fragmentado e não centrado nas necessidades dos usuários 9. Gestão da clínica deficiente e modelo assistencial não centrado no paciente 10. Produção assistencial 11. Fragilidades na gestão do cuidado 12. Modelo Clínico Assistencial Insuficiente frente as necessidades da População 13. modelo clínico assistencial inadequado 14. Gestão da clínica 15. Assistência a saúde prejudicada em termos de qualidade e quantidade com sobrecarga de demanda 16. Consolidar o modelo assistencial centrado no paciente com visão integral e interdisciplinar 17. Participar da definição e operacionalização dos fluxos assistenciais da rede 18. Fortalecer a cultura de qualidade e segurança 19. Modelo clínico assistencial insuficiente 20. Ampliar, implantar os serviços de alta complexidade faltantes do HUPI 21. Baixa resolutividade da assistência no HU-UFS 22. Modelo de gestão do cuidado e da assistência ineficiente e não centrado no paciente 23. Desarticulação dos processos assistenciais 24. Modelo Clínico Assistencial insuficiente frente às necessidades da população 25. Atenção de excelência centrada no paciente 26. Consolidar o Programa de Humanização 27. Gestão da clínica ineficiente 28. Modelo Clínico Assistencial Insuficiente para o Atendimento das Políticas do SUS 	<p>O modelo de atenção à saúde é fragmentado, não centrado nas necessidades dos usuários, sem visão integral e interdisciplinar. A gestão da clínica é pouco institucionalizada e com baixa resolutividade. A atenção à saúde tem baixa humanização, qualidade e segurança ao paciente. Há pouca ênfase e poucos serviços de alta complexidade. Os hospitais participam pouco das definições dos processos, protocolos e fluxos assistenciais da rede de atenção. Há baixo alinhamento com a regulação do SUS e pouca efetividade da regulação interna.</p>

-
29. Promover melhoria contínua nos processos assistenciais
 30. Segurança e qualidade assistencial
 31. Inexistência de uma regulação interna efetiva e falhas na regulação externa*
 32. Inexistência de uma regulação interna efetiva e falhas na regulação externa*
 33. Deficiência na formalização e gerenciamento de processos*
 34. Deficiência na formalização e gerenciamento de processos*
-

Núcleo Temático 3: Integração Ensino-Pesquisa-Extensão-Assistência

Problemas Prioritários	Enunciado Síntese
<ol style="list-style-type: none"> 1. Insuficiência de profissionais para garantir a atenção, o ensino e a pesquisa 2. Insuficiente articulação entre a Universidade e HUGV no desenvolvimento do Ensino, Assistência e Pesquisa 3. Baixa integração entre assistência/ensino/pesquisa/extensão 4. Aprimorar, monitorar e consolidar o fluxo das pesquisas dentro do HC 5. Dificuldade na conciliação entre a função docente e a missão assistencial 6. Inexistência de políticas de incentivo e inserção do ensino, pesquisa e inovação tecnológica 7. Participar na formação de recursos humanos em saúde na graduação e pós-graduação <i>stricto</i> e <i>lato senso</i> 8. Dificuldade de relação entre os serviços acadêmicos e os da pesquisa 9. Fortalecer a relação entre os cursos da UFU com os serviços assistenciais e administrativos do HCU, ampliando os cenários de ensino, pesquisa e extensão 10. Baixa integração entre assistência e ensino e pesquisa no hospital e na rede local com o HULW 11. Consolidar e ampliar as ações de extensão 12. Dificuldade de integração entre ensino, pesquisa e assistência 13. Baixa integração da prática dos profissionais entre ensino, pesquisa e assistência 14. governança institucional, com base no modelo de Unidades Funcionais, garantindo a integração com as unidades acadêmicas 15. Ampliar as residências e atividades de pesquisa 16. Promover a excelência do ensino, pesquisa e extensão, integrado à assistência 17. Certificar o HU como Hospital de Ensino 18. Pouca integração ensino e pesquisa relacionada à assistência 19. Fragilidades nas atividades de Ensino e Pesquisa 20. Referência em ensino e pesquisa 21. Integração ineficiente entre ensino, pesquisa e assistência 22. Falta de articulação entre assistência, o ensino, a pesquisa e a gestão 23. Educação corporativa 24. Cultura de inovação 25. Insuficiência na integração entre ensino e pesquisa* 26. Insuficiência na integração entre ensino e pesquisa* 27. Fragilidade na Integração Ensino Assistência* 	<p>Desarticulação entre as universidades e os hospitais no desenvolvimento de práticas de ensino, pesquisa e extensão, assim como há uma baixa integração destas práticas acadêmicas com as práticas assistenciais. Pouca integração das práticas acadêmicas e assistenciais dos hospitais e das redes de atenção à saúde. Ausência de políticas de incentivo à extensão, pesquisa e inovação tecnológica. Insuficiência de profissionais para garantir a atenção, o ensino, a pesquisa e as residências em saúde. Pouca participação da academia na formação de trabalhadores dos hospitais, tanto na graduação quanto na pós-graduação <i>stricto</i> e <i>lato senso</i>. A governança hospitalar dificulta a integração com as unidades acadêmicas. Há dificuldades na conciliação entre a função docente e a missão assistencial.</p>

28. Fragilidade na Integração Ensino Assistência*

Núcleo Temático 4: Gestão de Pessoas e Valorização do Trabalhador

Problemas Prioritários

Enunciado Síntese

1. Dificuldade de absorção e fixação de médicos
 2. Insuficiência da política de gerenciamento e desenvolvimento de pessoas
 3. Gestão de Pessoas
 4. Insuficiência de Recursos Humanos, Infraestrutura e Insumos para o atendimento aos usuários do SUS
 5. Política de RH Insuficiente para os propósitos do HUGV
 6. Falta de gestão estratégica de pessoas
 7. Dificuldades de implementação de políticas institucionais de gestão de pessoas
 8. Melhorar as condições de trabalho, valorizar a participação dos trabalhadores e a comunicação entre os setores
 9. Recursos humanos
 10. Desenvolvimento de pessoas insuficientes frente aos objetivos institucionais do HULW .
 11. Deficiência no gerenciamento de pessoal
 12. Implementar Política de Saúde do Trabalhador
 13. Melhorar a ambiência para o trabalho
 14. Reestruturar a Política de Gestão de Pessoas
 15. Dificuldade de Implementação de Política de Gestão de Pessoas
 16. Fragilidades na Gestão de Pessoas
 17. Gestão de Pessoas insuficiente
 18. Gestão de pessoas insuficiente
 19. Garantir a segurança ea valorização dos trabalhadores
 20. Implementar o programa de gestão ambiental
 21. Sustentabilidade ambiental
 22. Implantar uma política de gestão de pessoas
 23. Valorização de pessoas
 24. Cultura de segurança
 25. Gestão de Recursos Humanos inadequado e insuficiente para as necessidades do complexo hospitalar*
 26. Gestão de Recursos Humanos inadequado e insuficiente para as necessidades do complexo hospitalar*
-

Dificuldades para implementação de políticas institucionais e estratégicas de gestão de pessoas. Ausência de políticas de saúde do trabalhador e sustentabilidade ambiental. Insuficiências das condições de trabalho e de práticas de valorização e segurança dos trabalhadores. Insuficiência da política de educação e desenvolvimento permanente dos trabalhadores. Quantidade insuficiente de trabalhadores de saúde em geral, particularmente a absorção e fixação de médicos.

Núcleo Temático 5: Tecnologias e Sistemas de Informação e Comunicação

Problemas Prioritários

Enunciado Síntese

1. A falta de sistemas de informações e dados confiáveis prejudica a organização gerencial e a tomada de decisões
 2. Gerar e avaliar tecnologias em saúde
 3. ausência de um PDTI construído coletivamente e validado com as diferentes áreas assistenciais e administrativas
 4. Sistema de comunicação institucional do HUAP é insuficiente
 5. Comunicação organizacional ineficiente
 6. Modernizar e redimensionar a infraestrutura, o parque tecnológico e os sistemas de informação do HCU
 7. Inadequações em Infra - Estrutura: Física, Tecnológica (Softwares) – Serviços Hospitalares
 8. Informática
 9. Promover a normatização e informatização plena dos processos organizacionais
 10. Implementar processos de comunicação visual e acessibilidade em todo o complexo hospitalar
 11. Aprimorar o processo de comunicação institucional
 12. Dificuldade nos processos de Comunicação Interna
 13. Sistemas de TI adequados para nosso negócio
 14. Atualizar o regimento interno
 15. Comunicação
 16. Defasagem tecnológica do sistema de informação hospitalar*
 17. Defasagem tecnológica do sistema de informação hospitalar*
-

Insuficiência de informatização e defasagem dos sistemas e tecnologias de informação que sejam orientados para a organização gerencial e para a tomada de decisões. Ausência de Plano Diretor de Tecnologias da Informação (PDTI) construído coletivamente com as diferentes áreas assistenciais e administrativas. Ausência de informatização plena dos processos organizacionais. Dificuldades para a produção e avaliação de tecnologias em saúde. Comunicação organizacional ineficiente.

Núcleo Temático 6: Relação com a Rede de Atenção à Saúde e as Políticas Públicas

Problemas Prioritários	Enunciado Síntese
<ol style="list-style-type: none"> 1. Ausência de regulação e baixa inserção na RAS; 2. Baixa oferta de serviços centrado nas necessidades do usuário/rede 3. Insuficiência de serviços de atenção à saúde ofertados pelo HUJB para efetivar a repactuação com o SUS 4. Fragilidade de políticas institucionais entre HUMAP e SUS 5. Dificuldade no relacionamento HUAP com o SUS 6. Fragilidade nas Relações do Hospital com o SUS 7. Falta de adequação e posicionamento do Hupaa na Rede 8. Dificuldades de inserção no HC na Rede SUS 9. Insuficiência de articulação externa 10. Garantir o atendimento ao perfil da demanda pactuada 11. Comprometimento com políticas governamentais 12. Inadequação da inserção do HU na Política da Rede Assistencial 	<p>Oferta insuficiente e desarticulada de serviços que atendam às necessidades da rede de atenção à saúde. Pouca inserção e integração com outros pontos de atenção e com os gestores da rede de atenção à saúde. Pouco comprometimento com as políticas públicas e diretrizes do SUS. Fragilidades da gestão e da regulação do SUS na gestão dos leitos hospitalares.</p>

**Problemas prioritários repetidos em dois Planos, por se tratar de hospitais do mesmo Complexo Hospi*

ANEXO 1

Parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp (CEP/FCM/Unicamp)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO HOSPITALAR NOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

Pesquisador: NILTON PEREIRA JUNIOR

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 83230417.2.0000.5404

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Continuação do Parecer: 2.560.348

Ausência	TCLE_Questionario.pdf	23/03/2018 00:40:13	NILTON PEREIRA JUNIOR	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Nilton_CEP.pdf	23/03/2018 00:35:55	NILTON PEREIRA JUNIOR	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Entrevista.pdf	23/03/2018 00:34:53	NILTON PEREIRA JUNIOR	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto_assinada_FCM.pdf	10/02/2018 12:58:36	NILTON PEREIRA JUNIOR	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINAS, 28 de Março de 2018

Assinado por:
Renata Maria dos Santos Celeghini
(Coordenador)

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

ANEXO 2**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****Avaliação da implementação da Política Nacional de Atenção Hospitalar nos Hospitais
Universitários Federais****Responsável: Nilton Pereira Júnior****Departamento de Saúde Coletiva/FCM/Unicamp****Número do CAAE: 83230417.2.0000.5404**

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) do estudo "**Avaliação da implementação da Política Nacional de Atenção Hospitalar nos Hospitais Universitários Federais**". Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos e deveres como participante. Você deve salvar ou imprimir uma cópia deste documento e guardá-lo com você.

Após a leitura desse documento, preencha o formulário com seus dados e envie. Assim estará automaticamente concordando em participar da pesquisa.

A pesquisa que tem como objetivo avaliar a implementação da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) nos Hospitais Universitários Federais brasileiros.

Para isso, são objetivos específicos da pesquisa:

1. Descrever e analisar a estrutura, a produção assistencial, o financiamento e a gestão dos Hospitais Universitários Federais;
2. Compreender o processo de construção dos planejamentos dos Hospitais Universitários Federais;
3. Analisar a percepção dos dirigentes dos Hospitais Universitários Federais sobre a implementação das diretrizes da PNHOSP;
4. Compreender a percepção dos representantes nacionais de usuários, trabalhadores e gestores do Sistema Único de Saúde sobre a implementação das diretrizes da PNHOSP.

Você está sendo convidado a participar da segunda fase de coleta de dados da pesquisa, que consiste em responder a um questionário eletrônico. O tempo estimado para o preenchimento do questionário é de 30 minutos.

SIGILO E PRIVACIDADE:

Todas as informações que o(a) Sr.(a) nos fornecer serão utilizadas somente para esta pesquisa. Sua identidade será codificada e somente o pesquisador e o orientador terão acesso a esta chave de identificação.

Suas respostas e dados pessoais serão guardados na confidencialidade, seu nome não aparecerá durante a pesquisa, nem quando os resultados forem apresentados, e seus dados de contato não serão repassados a outrem.

DESCONFORTO E RISCOS:

Responder ao questionário não está associado a riscos de saúde diretos. A participação nesta pesquisa é voluntária. Caso o(a) Sr.(a) aceite participar, não receberá nenhuma

compensação financeira. Também não sofrerá qualquer prejuízo se não aceitar ou se desistir após ter iniciado a pesquisa.

BENEFÍCIOS:

Este estudo não apresenta benefícios diretos aos participantes. Porém, seus resultados poderão ser benéficos para qualificar a Política Nacional de Atenção Hospitalar.

CONTATO:

Se tiver alguma dúvida a respeito dos objetivos da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar por Nilton Pereira Júnior, (34) 99158-8859, niltonpereirajunior@gmail.com.

Para denúncias e/ou reclamações referentes aos aspectos éticos da pesquisa poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa/FCM/UNICAMP, localizado na Rua Tessália Vieira de Camargo, 126 – CEP 13083-887 Campinas – SP. Fone (019) 3521-8936 ou 3521-7187 e-mail: cep@fcm.unicamp.br.

Por favor, baixe uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. É fundamental que você mantenha sua cópia do termo. Se preferir, você também pode solicitar uma cópia física assinada pelo pesquisador responsável por meio de seus contatos informados acima.

RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter provido meios de esclarecimento e fornecido acesso uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

Nilton Pereira Júnior
Doutorando em Saúde Coletiva
Departamento de Saúde Coletiva/FCM/UNICAMP
Matrícula UNICAMP 95.184
CRM-MG: 71.868

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Após ter sido suficientemente esclarecido sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar e, para tal, registrarei minhas informações no formulário a seguir (*link para o questionário*).