

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
CURSO DE GESTÃO EM SAÚDE AMBIENTAL

**A IMPLANTAÇÃO DA EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
(EBSERH) E A GESTÃO DO TRABALHO DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS
FEDERAIS**

Maria Elci Rosa

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Gestão em Saúde
Ambiental, da Universidade Federal de
Uberlândia, para a obtenção do grau de
Bacharel em Gestão em Saúde Ambiental.

Uberlândia – MG
Maio/2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
CURSO DE GESTÃO EM SAÚDE AMBIENTAL

**A IMPLANTAÇÃO DA EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
(EBSERH) E A GESTÃO DO TRABALHO DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS
FEDERAIS**

Maria Elci Rosa
Nilton Pereira Júnior

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Gestão em Saúde
Ambiental, da Universidade Federal de
Uberlândia, para a obtenção do grau de
Bacharel em Gestão em Saúde Ambiental.

Uberlândia – MG
Maio/2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
CURSO DE GESTÃO EM SAÚDE AMBIENTAL

**A IMPLANTAÇÃO DA EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
(EBSERH) E A GESTÃO DO TRABALHO DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS
FEDERAIS**

Maria Elci Rosa

Nilton Pereira Júnior
Universidade Federal de Uberlândia

Homologado pela Coordenação do Curso de Gestão em
Saúde Ambiental em ___ / ___ / ___.

Coordenador do Curso

Uberlândia – MG
Maio/2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
CURSO DE GESTÃO EM SAÚDE AMBIENTAL

**A IMPLANTAÇÃO DA EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
(EBSERH) E A GESTÃO DO TRABALHO DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS
FEDERAIS**

Maria Elci Rosa

Aprovado pela Banca Examinadora em ___ / ___ / ___.
Nota: _____

Nome e assinatura do presidente da Banca Examinadora

Uberlândia, 07 de Maio de 2019.

RESUMO

A história dos hospitais universitários priorizou a formação médica em detrimento da integração com a rede de saúde. Com o passar do tempo, entretanto, houve iniciativas voltadas a aproximar os hospitais universitários do sistema de saúde. Realizou-se coleta, organização e análise de dados secundários disponíveis em sistemas de informação do SUS e obtidos junto à EBSEERH sobre a Força de Trabalho. Os 50 hospitais universitários federais brasileiros apresentam uma distribuição geográfica desigual, com concentração de 68% das unidades nas regiões Sudeste e Nordeste. Em 2017 havia mais de 52 mil trabalhadores na rede hospitalar universitária federal administrada pela EBSEERH. Deste total, 54,7% era constituída por trabalhadores contratados pela própria Empresa, por meio de concursos públicos, 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 EBSEERH. As evidências demonstram avanços na diminuição da precarização do trabalho nos HUFs vinculados à EBSEERH, 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.

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

ABSTRACT

The history of university hospitals prioritized medical training to the detriment of integration with the health network. With the passage of time, however, there were initiatives aimed at bringing university hospitals closer to the health system. The collection, organization and analysis of secondary data available in SUS information systems and obtained from EBSEERH on the Work Force was performed. The 50 federal university hospitals in Brazil have an uneven geographical distribution, with a concentration of 68% of the units in the Southeast and Northeast regions. By 2017 there were more than 52,000 workers in the federal university hospital network administered by EBSEERH. Of this total, 54.7% were employees hired by the Company itself, through public tenders, 38.1% were federal statutory civil servants, hired by the Federal Universities and 7.2% were linked to the Foundations of Support, which remain even after the creation of EBSEERH. The evidence demonstrates advances in reducing the precariousness of work in the HUFs linked to the EBSEERH, with a significant reduction of the outsourced links with the Foundations of Support, legally questioned and with corporate, privatized and fragmented management models throughout Brazil.

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

INTRODUÇÃO

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 1910¹. 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 próxima².

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^{3,4}.

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 alunos².

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 estudantes⁵. 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 hospitais⁶.

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 Medicina⁷.

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 país².

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^{8,9}.

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^{8,10,11}.

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 prestada⁸.

Com o passar do tempo, entretanto, houve iniciativas voltadas a aproximar os hospitais universitários do sistema de saúde. Barbosa Neto¹² 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^{8,12}.

Segundo Escorel¹³, 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 serviços¹³.

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 público¹³.

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 privatizantes¹³.

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^{8,12}.

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 consolidação¹².

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 vinculados¹⁴.

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 senso* (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 1991¹⁵, 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^{12,16}.

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 SUS¹².

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 2003¹⁷, 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 recursos¹⁸.

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 2004¹⁹, que estabeleceu os critérios para certificação dos Hospitais de Ensino e viabilizou a formulação da Portaria nº. 1702, de 17 de agosto de 2004²⁰, 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^{10,18}.

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^{19,20}.

Analisando os resultados da contratualização e da certificação, Chioro dos Reis e Cecílio¹⁶ 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 provisoriade. 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^{8,10,21}.

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 federais²².

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^{23,24}, 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 2010²⁵, 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-hospitalares²⁵.

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 extensão²⁵.

Posteriormente, foi editada a Portaria Interministerial nº. 883, de 05 de julho de 2010²⁶, 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^{27,28}.

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 instituições²⁹.

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 Judiciário³⁰.

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 pessoas³⁰.

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) nº. 520, autorizando a criação da EBSEH³¹. 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 luta²⁹.

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. 12.550³², 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 Pinto³³ 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 federais³⁴.

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 trabalho³².

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 hospitalar³².

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 Leta², Pereira Júnior³⁵ elaborou 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 1. 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: Pereira Júnior, 2018³⁵.

METODOLOGIA

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^{36,37}.

Realizou-se 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.

Utilizou-se o Sistema do Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) para levantar o número de hospitais, a quantidade de leitos e a localização geográfica dos 50 Hospitais Universitários Federais.

Utilizou-se também dados secundários obtidos junto à EBSEH, por meio de sua Ouvidoria Geral, sobre a Força de Trabalho como o número de Servidores Públicos Federais, empregados contratados pela EBSEH e funcionários das Fundações de Apoio.

Os dados secundários foram coletados considerando os 50 HUFs, no período de referência de 2013 a 2018. Entretanto, nem todos os dados estavam disponíveis para todo o período em análise.

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^{36,37}.

Este estudo faz parte de um projeto de pesquisa coordenado pelo professor orientador e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, CAAE: 83230417.2.0000.5404.

O objetivo da pesquisa é descrever e analisar a Rede Federal de Hospitais Universitários brasileiros. Justamente com a ideia de compreender os principais marcos históricos dos Hospitais Universitários Federais, descrevendo a distribuição geográfica e o porte dos Hospitais Universitários Federais, analisando a força de trabalho dos Hospitais Universitários Federais ao longo da implementação da EBSERH.

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. Utiliza-se a abordagem quantitativa, por meio de estudo descritivo de dados secundários.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Distribuição dos Hospitais Universitários Federais no Brasil

Os dados abaixo foram coletados entre os meses de janeiro e agosto de 2018 nos Sistemas de Informação do DATASUS e solicitados diretamente à EBSERH, 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.

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

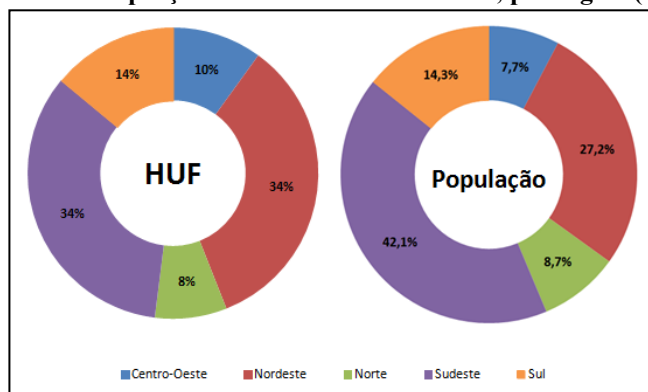
Fonte: SCNES; IBGE, 2018

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)³⁸.

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 1: 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 30³⁹.

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)⁴⁰.

Neste sentido, optamos pela seguinte classificação:

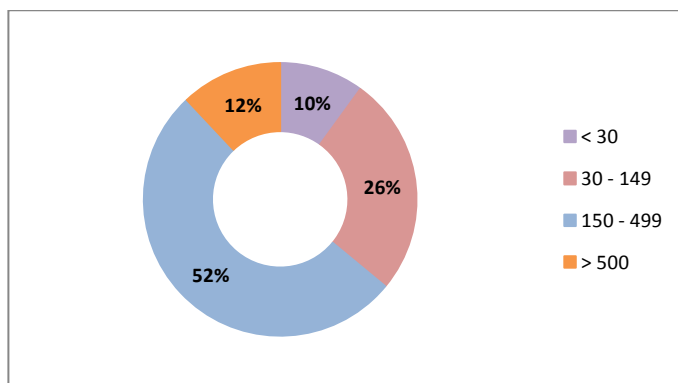
Tabela 3: Quantidade de HUFs, por porte hospitalar (2018)

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 leitos⁴⁰.

Gráfico 2: 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 tecnológica⁴⁰.

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 trabalhador⁴¹. 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 nacional⁴².

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 trabalhistas⁴³.

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 diferenciados⁴⁴.

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 empregadores⁴⁵.

Esta realidade se expressa também nos Hospitais Universitários Federais brasileiros. Como exposto anteriormente, a EBSEERH 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 EBSEERH, 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 Salários⁴⁶.

Segundo dados do Tribunal de Contas da União (TCU), a força de trabalho dos hospitais universitários antes da criação da EBSEERH 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 irregular⁴⁷.

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

Solicitamos também as mesmas informações aos demais hospitais não vinculados à EBSEERH, porém não obtivemos respostas. Os dados abaixo referem-se a 39 hospitais vinculados à Rede EBSEERH, 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 EBSEERH.

Conforme a Tabela 4, em 2017 havia mais de 52 mil trabalhadores na rede hospitalar universitária federal administrada pela EBSEERH. 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 EBSEERH.

Tabela 4: 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	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: EBSEERH, 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 5, 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 5: 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	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: EBSEH, 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 EBSEH.

Outras informações fornecidas pela EBSEH 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 6: 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 6 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 EBSEERH. 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 profissionais⁴⁷.

Por tudo isso, as evidências demonstram avanços na diminuição da precarização do trabalho nos HUFs vinculados à EBSEERH, 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 EBSEERH 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 Campos⁴⁸, 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 SUS⁴⁸.

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.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

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.

A efetivação de uma nova modalidade administrativa pública (EBSEH), 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 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.

REFERÊNCIAS

1. FLEXNER, Abraham. **Medical education in the United States and Canada**. New York: Carnegie Foundation for The Advancement of Teaching. 1910. 364 p.
2. ARAÚJO, Kizi Mendonça, LETA, Jacqueline. 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.
3. LAMPERT, Jadete Barbosa; COSTA, Nilce Maria da Silva Campos; PERIM, Gianna Lepre; ABDALLAI, Ively Guimarães; AGUILAR-DA-SILVA, Rinaldo Henrique; STELLA, Regina Celes de Rosa. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas**. São Paulo: Hucitec. 2002.
4. RODRIGUES, Ricardo Donato. **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. 165 p.
5. ZÖLLNER, Ana Cristina Ribeiro, SOUSA, Evandro Gruimaães. **Convênio entre hospitais assistenciais e Faculdades de Medicina para o oferecimento de Programas de Residência Médica**. Rev. Med. Res. 2011; 13 (1) 1-80.
6. CLEMENTE, Berenice Tessari. **Cronologia dos Hospitais Universitários Federais do MEC**. Brasília, [S.l]:1998.
7. COSTA, Monica Aparecida, MOTA, Joaquim Antônio Cesar, FIGUEIREDO Ricardo Castanheira Pimenta. 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, 2008. p.212-219.
8. MASSUDA, Adriano. **O método do apoio Paidéia no Hospital: descrição e análise de uma experiência no HC-Unicamp** [dissertação]. Campinas: Unicamp; 2010. 240 p.
9. LUZ, Madel Therezinha. **As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia**. Rio de Janeiro, Graal, 1978. 363 p.
10. COELHO, I. B. **Os Hospitais no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S1413-8123201800060172900004&lng=en>. Acessado em 03 abril 2019.
11. CASTELAR, Rosa Maria. O hospital no Brasil. In: GRABOIS, V., CASTELAR, R.; MORDELET, P. **Gestão Hospitalar – Um desafio para o hospital brasileiro**. Rio de Janeiro, ENSP – 1995. 235 p.
12. BARBOSA NETO, Francisco. Diretrizes Curriculares, Certificação e Contratualização de Hospitais de Ensino: O Caminho se faz ao andar? Rio de Janeiro: **Cadernos ABEM**, v. 4, Out, 2008. 7p.

13. ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitária.** [online]Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1999.208 p.
14. 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.
15. BRASIL. Portaria nº. 357, de 04 de março de 1991. Estabelece conceituações para Hospital de Ensino. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1991. 06 de mar.
16. CHIORO DOS REIS, Ademar Artchur, CECILIO Luiz Carlos de Oliveira. 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.
17. BRASIL. Portaria nº. 562, de 12 de maio de 2003. 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** 2003; 28 maio de 2003; secção 2 p.23.
18. LOBO, M. S. C.; SILVA, A. C. M.; LINS, M. P. E.; FISZMAN, R. Impacto da reforma de financiamento de hospitais de ensino no Brasil. **Rev Saúde Pública** 2009; 43 (3): 437-45. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300007> Acessado em 03 abril 2019.
19. 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.
20. 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.
21. VASCONCELOS, Cipriano Maia. **Notas sobre a crise dos Hospitais Universitários no Brasil.** 2004. Disponível em: <www.denem.org.br/2005/Farquivos/Fok1121496462023.doc>. Acesso em: 12 fev. 2009.
22. LIMA, Sheila Maria Lima, RIVERA, Francisco Javier Uribe. **A contratualização nos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro.** São Paulo: ABRASCO, 2012. vol.17, n.9, pp.2507-2521.
23. 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.

24. BRASIL. Portaria Interministerial nº. 41, de 08 de janeiro de 2010. Designar os membros da Comissão Interinstitucional. **Diário Oficial da União** 2010; 8 jan.
25. 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.
26. 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.
27. SANTOS, Agnaldo Castilho, OLIVEIRA JÚNIOR Lourival Batista de. Rehuf: uma ferramenta para tomada de decisão e sua aplicação na saúde coletiva. **HU Revista, Juiz de Fora**, v. 42, n. 1, jan./jun. 2016. , p. 43-5.
28. MARTINS, Martins Fernandes. 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, julho/dezembro, 2011. p. 4-22.
29. BARROS, Renata Tenório. Modelos de Gestão na Administração Pública Brasileira: Reformas Vivenciadas pelos Hospitais Universitários Federais. **Revista dos Mestrados Profissionais**. Volume 2, Número 1, Jan./Jun. 2013.29 p.
30. BRASIL. EM Interministerial nº. 383, de 23 de dezembro de 2010. **Lex: coletânea de projetos**: edição federal. Brasília, 2010.
31. 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.
32. 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.
33. SANTOS, Thadeu Borges Souza, PINTO, Isabela Cardoso Matos. Política Nacional de Atenção Hospitalar: con(di)vergências entre normas, conferências e estratégias do executivo federal. **Saúde em debate** 2017; 41(3):99-113.

34. BRASIL. Relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde: todos usam o SUS: SUS na seguridade social: Política pública, patrimônio do povo brasileiro. Brasília, DF: **Ministério da Saúde**, 2012.
35. PEREIRA JÚNIOR, Nilton. **Política, planejamento e gestão em hospitais universitários federais**. Campinas, SP [s.n.], 2018.
36. TANAKA, Oswaldo Yoshimi, RIBEIRO, Edith Lauidsen. **Avaliação de implantação de programas nacionais**. In: TANAKA, O. Y., RIBEIRO, E. L., ALMEIDA, C. A. L. Avaliação em saúde: contribuições para incorporação no cotidiano. 1 ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.
37. DRUMOND Jr Marcos. **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.
38. 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.
39. 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.
40. BRAGA NETO Francisco Campos, BARBOSA, Pedro Ribeiro, SANTOS, Isabela Soares, OLIVEIRA, Celina Maria Ferro de. **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. 362 p.
41. VIANA, Dirce Laplaca. **Gestão do trabalho em saúde: revisão da literatura por meio de scoping review**. 2013. 170 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013. 170 p.
42. PIERANTONI, Celia Regina; FRANÇA, Tania; NEY, Marcia Silveira; MONTEIRO, Valéria Oliveira; VARELLA, Thereza Christina; SANTOS, Maria Ruth dos; NASCIMENTO, Dayane. 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, (ESP), 2011. p. 1627-31.
43. FREITAS, Genival Fernandes, FUGULIN, Fernanda Maria Togeiro, FERNANDES, Maria de Fátima Prado. **A regulação das relações de trabalho e o gerenciamento de recursos humanos em enfermagem**. Rev Esc Enferm USP, São Paulo, v. 40, n. 3, 2006. p. 434-438.
44. CHIAVEGATO, Luiz Gonzaga, NAVARRO, Vera Lucia. A organização do trabalho em saúde em um contexto de precarização e avanço da ideologia gerencialista. In: LOURENÇO, E. S.; NAVARRO, V. L. (Org.). **O avesso do trabalho III: saúde do trabalhador e questões contemporâneas**. São Paulo: Outras Expressões, 2013.

45. BRASIL. Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS). 3. ed. rev. atual. – Brasília: **Editora Ministério da Saúde**, 2005.
46. BRASIL. EM Interministerial nº. 127, de 20 de junho de 2011. **Lex: coletânea de projetos**. Edição federal. Brasília, 2011.
47. 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.
48. CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. SUS: o que e como fazer? **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 23 n.6, 2018. pp.1707-1714.