

**MANAGEMENT MODELS IN BRAZILIAN PUBLIC ADMINISTRATION: REFORMS  
EXPERIENCED BY FEDERAL UNIVERSITY HOSPITALS\***

**MODELOS DE GESTÃO NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA BRASILEIRA: REFORMAS  
VIVENCIADAS PELOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS**

Renata Tenório de Barros<sup>1</sup>

**ABSTRACT**

The Federal University Hospitals (FUH) went through a managing crisis caused by administrative, human resources and finance issues. To diagnose the real aspects of the crisis, in 2003 the Federal Government created an interministerial committee. As it were known the factors responsible for the problems experienced by FUH, in January 2010 the National Program for Restructuring of Federal University Hospitals (Rehuf) was established. The new proposed management policy promises to solve the major health problems in these organizations: technological innovation, adequacy of physical infrastructure, recovery of restructuring and workforce management. Almost two years later, in December 2011, the government resorts to more innovation, creating the Brazilian Hospital Services Company (Ebserh). Before the continuous changes perceived in the scenario of HUS, the study aimed to understand the process of change experienced by these hospitals under their management. To perform the inquiry, the bibliographical and documentary researches were used. From reports of the historicity of the Brazilian public administration and reforms in FUH, it was realized that the study of the management of these institutions needs further insights in view the recent creation of the company and the process in its implementation in hospitals.

**KEYWORDS:** Crisis in university hospitals. Rehuf. Ebserh.

<sup>1</sup> Mestranda em Gestão Pública e Servidora da UFPE (Recife, Brasil). E-mail: renatatbs@yahoo.com.br

**RESUMO**

Os Hospitais Universitários Federais (HUs) atravessavam uma crise na gestão ocasionada por questões administrativas, de recursos humanos e de financiamento. Para diagnosticar os reais aspectos da crise, em 2003, o Governo Federal criou uma comissão interministerial. Conhecidos os fatores responsáveis pelos problemas vivenciados pelos HUs, foi instituído, em 2010, o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (Rehuf). A nova política de gestão proposta promete solucionar os principais agravos nessas organizações: inovação tecnológica, adequação de estrutura física, recomposição de força de trabalho e reestruturação da gestão. Quase dois anos depois, em dezembro de 2011, o governo lança mão de mais uma inovação, criando a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh). Diante das contínuas mudanças percebidas no cenário dos HUs, o estudo objetivou compreender o processo de transformações vivenciado por esses hospitais no âmbito de suas gestões. Para realizar a investigação foram utilizadas pesquisas bibliográfica e documental. A partir do relato da historicidade da administração pública brasileira e das reformas nos HUs, percebeu-se que o estudo da gestão dessas instituições ainda carece de maiores aprofundamentos, tendo em vista a recente criação da empresa e do processo, ainda em acontecimento, da sua implantação nos hospitais.

**PALAVRAS-CHAVE:** Crise nos hospitais universitários. Rehuf. Ebserh.

**1. INTRODUÇÃO**

Discussões a respeito de saúde pública, no Brasil, são constantes. A sociedade cobra cada vez mais por prestações de serviços públicos de qualidade, sendo a saúde um dos mais debatidos e questionados quanto à ineficiência de suas gestões. Órgãos governamentais, como Governo Federal, Estadual e Municipal, Ministérios da Educação e Cultura (MEC), da Saúde (MS) e de Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG), Assembleias Legislativas, Secretarias de Saúde, Instituições Federais de Ensino Superior (IFES) e hospitais públicos; assim como Conselhos de Classes, Sindicatos e Associações, como Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselhos Regionais de Medicina, Sindicatos de Médicos, Sindicatos de Docentes e de Técnico-administrativos de IFES e a Associação

Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (Abrahue) discutem incessantemente qual o sistema de gestão a ser aplicado nas instituições hospitalares públicas que possa mudar a realidade apresentada na atual forma de administração (IBANEZ et al, 2001; IBANEZ; VECINA NETO, 2007; FERREIRA; MENDONÇA, 2009).

As turbulências no contexto da saúde pública no País vêm se mostrando cada vez maiores, muitas vezes culminando na crise do sistema em diversos Estados brasileiros. Os principais fatores ocasionadores da crise na saúde pública nacional, apontados pelos estudiosos, são: a administração pública de baixa capacidade operacional, o fraco poder decisório, os controles essencialmente formais e sem qualidade, e as influências políticas externas (IBANEZ; VECINA NETO, 2007).

Esses fatores têm como resultantes gestões deficientes, de alto custo e baixo resultado, significando prejuízo incalculável à gestão hospitalar pública, o que se deve considerar inconcebível visto que lida com recursos escassos e necessidades ilimitadas, devendo-se, portanto, evitar desperdícios de qualquer natureza. Motta (*apud* IBANEZ; VECINA NETO, 2007), há quase trinta anos, já demonstrava a fragilidade das organizações estatais quanto às suas dificuldades em fixar, entender e executar objetivos.

No âmbito dos hospitais universitários federais (HUs) brasileiros, a crise em suas gestões se demonstrava tão aguda que culminaria, inevitavelmente, no fechamento dessas instituições de ensino. Para sanar tal problema de ordem pública, o Governo Federal iniciou um processo de reforma política através da publicação da Portaria Interministerial MS/MEC/MCT/MPOG nº 562/2003, de 23 de maio de 2003, instituindo uma comissão interinstitucional composta por representantes do Governo (Ministérios) e pela sociedade civil organizada (Associações) com o propósito de desencadear um amplo debate e analisar os problemas de ordem financeira, estrutural e de gestão que assolavam os HUs do País.

Nesse sentido, a escolha de um modelo de gestão adequado ao perfil dessas unidades hospitalares e de ensino é imprescindível para o alcance de uma administração eficaz. Aliado a isso, é preciso que haja a modernização das suas estruturas organizacionais. Sabe-se que o acompanhamento e a incorporação pelos serviços públicos dos adventos de avanço tecnológico, da informatização, da modernização administrativa e da gestão de recursos humanos não acontecem na velocidade necessária, ocasionados, muitas vezes, por falta de gestão capaz, eficiente, moderna e humana (RIBEIRO FILHO, 2005).

Não se pode desconsiderar também que as organizações hospitalares públicas demonstram, pelo menos em sua maioria, uma forte cultura de aversão a mudanças estruturais. Na era das conexões, fluxos e fronteiras organizacionais permeáveis, essa cultura institucional deverá ser bem estudada para ser utilizada na mediação da construção de novas identidades com alicerces duráveis para a manutenção de uma organização eficiente e sólida. Contudo, apesar da visível resistência, a necessidade de mudança é indiscutível, pois a crise na gestão pública, em especial no âmbito da saúde, levanta discussões a respeito do modelo de gestão atualmente em vigor e o aprofundamento em novos modelos aplicáveis à administração hospitalar de instituições públicas brasileiras que possibilitem a sustentabilidade administrativa, proporcionando a prestação de serviços de qualidade através da eficácia organizacional.

Segundo Ibanez e Vecina Neto (2007), o desejo dos gestores modernos é definir um novo modelo capaz de proporcionar à administração impulso para eficiência, maior controle financeiro, descentralização e busca pela excelência. Sendo os hospitais de ensino caracterizados como instituições complexas com atribuições igualmente importantes nos âmbitos da atenção à saúde, da educação e desenvolvimento de profissionais, e da produção científica do conhecimento com o desenvolvimento de tecnologias para a área de saúde (FERREIRA; MENDONÇA, 2009), sabe-se que, de um

modo geral, os problemas dessas organizações convergem para falhas nos mecanismos de governança, na estrutura de incentivos, na transparência e na responsabilização.

Diante dessa efervescente discussão, o presente estudo tem como objetivo apresentar o processo de transformações vivenciado pelos Hospitais Universitários Federais no âmbito de suas gestões. A escolha dessa investigação teve como razão central ser assunto de relevância na administração pública, não só por fazer parte dos pilares governamentais, mas principalmente por estar atravessando uma crise nacional que mobiliza todas as esferas do Poder Público do País. Pretende-se, com esta pesquisa, compreender os fatores históricos que impulsionaram as mudanças no modelo de gestão dos HUs, instituições de ensino com especificidades a serem reconhecidas (FERREIRA; MENDONÇA, 2009).

Para tanto, o estudo será desenvolvido com base na pesquisa bibliográfica de produções literárias de diversos autores da área, tornando possível historiar inicialmente a evolução da gestão pública brasileira. Em seguida, tomando como referência a pesquisa documental por meio da documentação indireta, realizando leituras de produtos oficiais e particulares publicados, assim como fontes não escritas, a exemplo de fóruns de discussão e congressos de HUs, relatar as experiências dessas instituições com relação às reformas implementadas em suas gestões, assim como apresentar a proposta de modelo de gestão viabilizado pelo Governo Federal para os HUs. Na finalização da pesquisa, serão apresentadas as considerações finais da autora quanto à nova política de gestão proposta pelo governo para os hospitais universitários.

## 2. MODELOS DE GESTÃO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA BRASILEIRA: DO COLONIAL AO GERENCIAL

O sistema brasileiro de gestão pública se constituiu a partir da transferência da família real portuguesa para o Brasil. Desde então, percebe-se três marcos de transformações vivenciadas pela nossa administração pública, quais sejam, a de 1937, do Governo Vargas; a de 1967, do regime militar; e a de 1995, de Fernando Henrique Cardoso, com o modelo de reforma gerencial do Estado.

Firmando um histórico a despeito das transformações da gestão pública no Brasil, começamos desde a chegada da Coroa, com a administração colonial. Nessa época, o aparelho estatal, apesar de possuir inúmeras funções e cargos, não se diferenciava internamente; havendo, portanto, uma desobediência à divisão de trabalho, simetria e hierarquia. Em função do fracasso da administração privada das capitanias hereditárias, a Coroa portuguesa centralizou a administração constituindo o governo geral, em 1549, inicialmente na Bahia e posteriormente no Rio de Janeiro. As funções dessa administração pública eram administrativa, judiciária e, sobretudo, militar, de modo cumulativo. Muitas vezes a gestão geral confundia-se com a administração local.

Entre as características da administração colonial, destacam-se a centralização, a não diferenciação de funções, o mimetismo, o exagero na quantidade das normas e o excesso de seu cuidado, o formalismo e a morosidade. Tais disfunções eram consequência da transferência equivocada de instituições da metrópole para a colônia, sem que houvesse o comando adequado delas, transformando-as em organismos autoritários, complexos, frágeis e ineficazes. A racionalização dessa administração começa a ser percebida a partir do governo de Marques de Pombal, em 1750. Como déspota esclarecido, ele iniciou o processo gradual de mudança do então sistema patrimonialista, dando os primeiros passos para a burocracia. Ações de diferenciação do

aparelho do Estado e a criação de novas instituições, a exemplo do Banco do Brasil, do Jardim Botânico, da Biblioteca Nacional, dentre outras, demonstraram tal movimento (COSTA, 2008).

Apesar dos investimentos para a transformação da administração pública brasileira, o ápice do modelo burocrático no país teve seu marco na Revolução de 1930. Nesse período, percebe-se o contínuo empreendimento na modernização das estruturas e dos processos do aparelho do Estado, impulsionado pela economia, pela vida social e pelo espaço público. Foi, em especial, por essas razões que o governo do presidente Getúlio Vargas iniciou as mudanças na morfologia do Estado e na sua dinâmica de funcionamento, com vistas a superar o modelo clientelista e anárquico presente no patrimonialismo (COSTA, 2008; PEREIRA, 1998).

Como principais medidas, a gestão estabeleceu mecanismos de controle da crise econômica de 1929 com o propósito de alavancar a indústria nacional, e promoveu a racionalização burocrática do serviço público, estabelecendo normas, padrões e controle, principalmente na administração de pessoas, de material e de finanças. Para tanto, inúmeras agências e empresas estatais foram criadas, como a Vale do Rio Doce e a Companhia Siderúrgica Nacional. Como instituição emblemática criada nesse período, o Departamento Administrativo do Serviço Público (Dasp) teve a importante missão de definir e executar a política de pessoal civil de modo meritocrático, racionalizar os métodos do serviço público e elaborar o orçamento da União, instituindo as bases da burocracia brasileira (COSTA, 2008).

Espelhada no modelo americano de Weber, o modelo burocrático do Brasil preocupava-se com a gestão de meios e das atividades da administração geral, sem, contudo, dar ênfase à racionalidade das atividades substantivas. Entre os objetivos dessa reforma no Estado Novo, estava a introdução, no aparelho estatal do País, das características fundamentais da burocracia: centralização, impessoalidade, hierarquia, meritocracia, e separação entre o público e o privado (COSTA, 2008). Todavia, o Dasp,

que fora idealizado como um instrumento de modernização da administração pública brasileira, ao longo dos anos, passou a ser visto como uma instituição gigante, lenta, pesada, ineficiente, ritualista e impeditiva das mudanças adaptativas do novo sistema. Na busca por minimizar o peso burocrático, os governos passaram a criar autarquias visando maior autonomia das instituições frente ao Dasp (PRATES, 2007).

Distorções como as acima citadas foram o que impediram uma reforma de fato do aparelho do Estado. Frente às inúmeras dificuldades surgidas em meio ao processo de mudança, a solução mais facilmente encontrada pelo governo era a criação de novas estruturas alheias à administração direta, inchando cada vez mais a estrutura da administração pública (COSTA, 2008).

Por essa e por outras razões, o governo brasileiro não conseguiu implantar a burocracia weberiana em sua totalidade. O modelo definido por Weber é de um Estado moderno, racional-legal, o que significa dizer que ele age orientado pelos princípios legais, de modo impessoal e legitimado pela organização. Nesse sentido, o modelo se utiliza do sistema de divisão de trabalho com claras especificações das esferas de competências, baseado no saber técnico e com instâncias de autoridade hierárquicas definidas. O recrutamento e a ascensão de funcionários são, em geral, pela meritocracia, considerando a competência técnica do profissional. A propriedade dos meios de administração não pertence aos funcionários e a remuneração destes é em forma de salário. O relacionamento entre os empregados e suas atividades é regulado por normas impessoais e formalmente explícitas (PRATES, 2007).

Para Prates (2007), apesar das falhas na implementação da burocracia nacional, não se pode deixar de considerar que o novo modelo instituiu mudanças importantes em relação ao anterior patrimonialismo. Duas dessas mudanças podem ser destacadas: a clara separação das esferas pública e privada e a supremacia da meritocracia sobre o clientelismo. O autor ressalta ainda que o processo de racionalização burocrática sempre se apresenta em grau, ou seja, características do patrimonialismo e da burocracia

estarão presentes simultaneamente, contudo, é importante que o sistema burocrático sobressaia ao patrimonialismo e ao particularismo.

Uma nova tentativa de reforma administrativa foi iniciada em 1964. A (Comissão Especial de Estudos da Reforma Administrativa (Comestra) foi noemada, com a missão de analisar projetos existentes e elaborar outros para a obtenção de rendimento e produtividade da administração federal. Do trabalho realizado, resultou o Decreto-Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967, o qual definiu os preceitos da administração pública brasileira de planejamento, coordenação, descentralização, delegação de competência e controle. Distinguiu ainda a administração direta da indireta; fixou a estrutura do Poder Executivo Federal; definiu as atividades auxiliares de pessoal, orçamento, estatística, administração financeira, contabilidade e auditoria, e de serviços gerais; definiu os controles externo e interno; traçou diretrizes para o plano de cargos e carreiras; e estabeleceu normas de aquisição e contratação de bens e serviços (COSTA, 2008).

O decreto impulsionou o desenvolvimento do modelo de administração público brasileiro. Entre as ações realizadas, a criação de instituições descentralizadas da administração direta e a mudança de regimento do funcionalismo público do estatutário para o celetista, foram as mais perceptíveis. Mesmo sabendo que o objetivo nobre da administração indireta era o de conceder agilidade e flexibilidade para a administração pública, atendendo melhor as demandas do Estado e da sociedade, a ação, em especial a de recrutamento para essas instituições, trouxe de volta o clientelismo na contratação de pessoal e a marginalização política da administração direta (COSTA, 2008; PEREIRA, 1998; PRATES, 2007). Além disso, o crescimento das administrações indiretas, planejado inadequadamente, acarretou outro problema para o governo: conviver com duas grandes estruturas administrativas – uma indireta, tecnocrática e moderna, e outra direta, burocrática, formal e defasada (COSTA, 2008).

Apesar das disfunções empregadas à burocracia brasileira, o sistema perdurou até mesmo após a retomada do poder democrático. O próximo marco de reforma administrativa brasileira é visto quase trinta anos depois, com os debates promovidos pelo professor e ministro Bresser-Pereira. A tentativa desse governo era a de instituir na gestão pública do país a administração gerencial. A proposta de mudanças foi definida e explicada no Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado (Pdrae), que buscou demonstrar ser o problema da administração pública brasileira a limitação da capacidade de implementação de políticas públicas, dada a rigidez e ineficiência da máquina administrativa. O plano propunha uma redefinição do papel do Estado, passando de responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social da nação para o de provedor e regulador desse desenvolvimento. Tal mudança seria possível a partir do fortalecimento das funções reguladoras e coordenadoras do governo federal, e da transferência de funções executivas para os Estados e Municípios, descentralizando progressivamente a administração (COSTA, 2008).

O Pdrae defendia a transição programada da administração pública burocrática, rígida, ineficiente, voltada para si e para o controle interno, para uma gestão gerencial, flexível e eficiente, voltada para o atendimento da demanda social e de seus cidadãos. Para isso, seria necessário reformar a Constituição e as leis do País, estabelecer um plano cultural para a internalização do novo modelo, e implementar o plano de gestão que seria a concretização da reforma (COSTA, 2008; PEREIRA, 1998). Trazendo os contrapontos da burocracia e do novo modelo proposto, Costa (2008) faz a seguinte colocação:

A administração pública burocrática se caracteriza pela profissionalização, a ideia de carreira, a hierarquia, a impessoalidade, o formalismo, em síntese, o poder racional-legal. Os controles administrativos, visando evitar a corrupção e o nepotismo, são sempre *a priori*. Parte-se de uma desconfiança prévia nos administradores públicos e nos cidadãos que a eles dirigem demandas (Mare, p.15). O controle rígido dos processos volta-se para a administração de pessoal,

as compras e o processamento de demandas. A administração pública gerencial é “orientada predominantemente pelos valores da eficiência e da qualidade na prestação de serviços públicos e pelo desenvolvimento de uma cultura gerencial nas organizações”. Não nega todos os princípios da administração pública burocrática, pois tem uma clara noção do interesse público e conserva, embora flexibilizando-os, “a admissão segundo rígidos critérios de mérito, a existência de um sistema estruturado e universal de remuneração, as carreiras, a avaliação constante de desempenho, o treinamento sistemático”. A principal diferença está na forma de controle “que deixa de se basear nos processos para se concentrar nos resultados” (Mare, p. 16) (COSTA, 2008, pp. 865-866).

Como dito acima por Costa (2008), a administração gerencial busca deslocar a ênfase dos procedimentos (meios) para os resultados (fins). Nessa perspectiva, é preciso ser mais permeável à participação dos agentes privados e às organizações da sociedade civil. O autor destaca ainda que a transferência da execução de funções do público para o privado exige do Estado outras atuações que se distinguem em cada nível governamental. No nível central ou estratégico, cabe reformular, supervisionar e avaliar a implementação de políticas públicas. No nível descentralizado, incube a execução das políticas públicas e as atividades exclusivas de regulação, fiscalização, segurança e previdência básica. No nível de funções não-exclusivas do Estado, bens e serviços públicos, como hospitais, escolas, centros culturais e centros de pesquisa, poderão ser prestados por instituições estatais ou por organizações da sociedade civil. E no nível de produção de bens e serviços para o mercado, por meio das empresas de economia mista, o Estado opera em setores de serviços públicos estratégicos (COSTA, 2008; PEREIRA, 1998).

Segundo Pereira (1998), a reforma gerencial brasileira teve seu primeiro ensaio ainda no Governo Vargas, com a criação de autarquias para a descentralização da atuação estatal. E teve sua primeira tentativa efetiva de reforma na ditadura militar com o Decreto nº 200/67. Todavia, apesar da adoção de medidas visando minimizar o peso do sistema burocrático nacional, foi apenas em 1995 que o governo federal apresentou

um plano de reforma do Estado propondo a mudança do sistema de administração pública brasileira. Como destaque, o plano trouxe as formas de propriedades estatal, pública não-estatal e privada, e as formas de administração burocrática e gerencial. O autor relata que o sistema gerencial não desconsidera premissas importantes do sistema burocrático, tais como, a manutenção do formalismo necessário a gestão pública, a garantia da universalidade no ingresso da carreira pública e a meritocracia para a ascensão. Entretanto, ressalta que aperfeiçoando o modelo atualmente praticado, o gerencial inclui premissas de flexibilização e autonomia concedidas ao gestor público na administração dos recursos sob sua responsabilidade.

Apesar de ousado e inovador, o plano proposto não teve o espaço político necessário para sua plena concretização, tendo sofrido resistências mais contundentes por parte dos sindicatos de servidores e pela elite burocrática que gerenciava as instituições públicas brasileiras. Essa reação é facilmente compreendida pelo fato do sistema de administração pública brasileiro conviver, ainda nos dias atuais, com os três modelos já praticados: o patrimonialismo, a burocracia e o recente gerencialismo. Apesar do hibridismo do sistema, são perceptíveis os graus e a diferenciação das apresentações de cada modelo, a depender da esfera e do nível de poder da administração (PRATES, 2007).

### **3. O SISTEMA DE GESTÃO NOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS DO BRASIL E SUAS REFORMAS**

A discussão e a pressão para mudanças nos hospitais universitários (HUs) têm uma conotação extremamente complexa em função das suas diversidades de atuação, de projetos e de atores envolvidos. Um dos pontos recorrentes na agenda pública no que

tange essas instituições é o aspecto financeiro, que vem se agudizando desde a década de 1970. Esse debate tomou força a partir de 1990 e, no início dos anos 2000, começou a ter repercussões práticas, com a redução de leitos, recolhimento de equipamentos hospitalares de alta tecnologia por falta de pagamento e até o fechamento de hospitais (LIMA, 2004).

Segundo Ferreira e Mendonça (2009), a crise nos sistemas de saúde vem perdurando desde a década de 80. No contexto mundial, essa fase difícil se deu em virtude da iniquidade, da ineficiência, da ineficácia e da insatisfação dos cidadãos. Na América Latina, as reformas empreendidas nesses sistemas, iniciaram na década de 1990, reflexos das reformas estruturais dos Estados e das instituições públicas, decorrentes de crises econômica, social e política. No Brasil, o colapso na saúde pública foi caracterizado pela ausência de gestões comprometidas com resultados que traduzissem melhorias organizacionais e, conseqüentemente, melhores padrões sanitários de atendimento à população (MENDES apud FERREIRA; MENDONÇA, 2009).

Especificamente no âmbito dos hospitais universitários, a crise teve início a partir da década de 1970 quando os hospitais começaram a conviver com dificuldades diversas, e seus agravamentos se deram com a inserção deles no Sistema Único de Saúde (SUS). Suas crescentes participações no atendimento à demanda do sistema, no suprimento das deficiências da rede assistencial, agravaram ainda mais os problemas de custeio das instituições, assim como, dificultaram o ensino. Deve-se ter em mente que até as décadas de 1950 e 1960, os hospitais universitários funcionavam apenas como retaguarda da alta especialização em saúde, atingindo o seu auge missionário nesse período, com a implantação da residência médica.

Essas dificuldades perduraram até o final da década de 1990, quando uma crise foi instalada, aguçando as reflexões sobre suas causas e alternativas. Aspectos sobre a inadequada utilização da capacidade instalada dos hospitais, a necessidade de reformas internas pela adoção de modelos de gerenciamento modernos, e até a validade da

existência de estruturas próprias para a realização da aprendizagem dos profissionais de saúde, fizeram parte da agenda pública de discussão. Para tanto, em abril de 1999, foi realizada a I Oficina de Trabalho sobre hospitais universitários e de ensino, promovida pelo Conselho Nacional de Saúde, sob o tema de “Inserção do componente assistencial dos Hospitais Universitários e de Ensino no Sistema Único de Saúde” (LIMA, 2004).

Na citada oficina, algumas questões foram definidas no que se refere à prestação de serviços e ao ensino nos hospitais universitários. Quanto à gestão e ao financiamento, foram propostos contratos de gestão entre o hospital e o gestor do sistema, respeitada a autonomia universitária, no qual seriam definidas as responsabilidades e os compromissos de missão, metas, indicadores, avaliação e controle, inclusos os aspectos de ensino e pesquisa. Ainda foi mencionada a necessidade de revisão da lógica de financiamento baseada no pagamento por produção, uma vez que sua base de cálculo era incoerente com os serviços oferecidos por um hospital de ensino.

Nesse sentido, em 2003, o Governo Federal deu início aos movimentos de reforma da gestão dos hospitais universitários brasileiros. Por meio da Portaria Interministerial MS/MEC/MCT/MPOG nº 562/2003, de 23 de maio de 2003, foi desencadeado um amplo debate para se analisar os problemas de ordem financeira, estrutural e de gestão que assolavam os HUs do País. Uma comissão interinstitucional foi instituída, composta por representantes do Governo (Ministérios) e pela sociedade civil organizada (Associações) para a reestruturação desses hospitais. A comissão foi formada com o objetivo de diagnosticar a situação dos HUs refletindo sobre o papel deles na saúde, no ensino e na pesquisa; a relação de inserção e integração dos hospitais universitários no SUS; os desenhos organizacionais e de gestão dessas instituições referentes à autonomia, eficiência e eficácia gerencial; e o modelo de financiamento (orçamento global ou contrato de gestão) a ser adotado para essas organizações (FERREIRA; MENDONÇA, 2009).

A partir dos estudos desenvolvidos por esse grupo de trabalho, foi formalizado o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação (MEC), instituído através da Portaria Interministerial MEC/MS nº 1006/2004, com o propósito de viabilizar melhorias organizacionais subsidiadas pelo diagnóstico construído. Uma das ações formuladas para sanar o peso econômico, o maior da crise, foi a criação de duas ferramentas de gestão por objetivos: a certificação e a contratualização dos HUs, com o foco de otimizar o gerenciamento desses hospitais e a distribuição de recursos proporcionais à produção de cada instituição.

A ferramenta de certificação consiste em um processo de avaliação, qualificação e certificação dos hospitais de ensino adotada e realizada pelos Ministérios da Educação e da Saúde. Para serem submetidos à certificação, os hospitais devem estar inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) como campo de prática de atividades curriculares na área de saúde, o que pressupõe que eles atendem às exigências estabelecidas na Portaria Interministerial MEC/MS nº 2400/2007.

Entre os requisitos da certificação, destacam-se: abrigar formalmente e em caráter contínuo todos os alunos de pelo menos um curso de medicina, além de no mínimo uma área integral de internato, e programas de residência médica; desenvolver regularmente atividades de pesquisa e avaliação de tecnologias; possuir comissões assessorias obrigatórias (de documentação médica, de ética em pesquisa, de controle de infecção hospitalar, de óbito, entre outras no total de onze); regular e manter sob regulação do gestor local do SUS os serviços conveniados ou contratados; ter ações compatíveis com o Programa Nacional de Humanização (PNH); garantir mecanismos de participação e controle social; comprovar sua inclusão em programa de qualificação da gestão etc. Conquistado o certificado, ele é válido por dois anos, devendo ser renovado ao término de cada ciclo, sendo, para tanto, feita nova avaliação da instituição.

A contratualização é um contrato firmado entre o hospital universitário e a secretaria estadual ou municipal de saúde, que visa uma gestão orientada para

resultados, a partir do acompanhamento de metas e indicadores construídos técnica e politicamente pelas duas partes. Esse novo modelo viabiliza a flexibilização da gestão, uma organização menos hierarquizada, o aumento da transparência das atividades governamentais, um novo modo de relacionamento entre Estado/mercado/sociedade, formando parcerias e ações em rede. O novo modelo de contratação entre os hospitais de ensino e o gestor local do SUS pressupõe o estabelecimento de metas quantitativas e qualitativas com base não mais apenas na produção de serviços para assistência à saúde, mas também na formação e pesquisa, uma vez compreendida a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, caráter intrínseco dos HUs vinculados às instituições federais de ensino superior (IFES).

Apesar de a contratualização ter surgido carregada de exigências, obrigando os HUs a melhor se estruturarem do ponto de vista de sua gestão, em contrapartida, ela também proporcionou um novo fôlego no que diz respeito ao financiamento, uma vez que a orçamentação mista de custeio, composta por um valor fixo mensal e um valor variável correspondente à produção dos serviços prestados, minimizou a deficiência do financiamento público.

Essas duas ferramentas gerenciais, criadas pela percepção da complexidade da administração das instituições hospitalares de ensino, decorrente dos seus diversos campos de atuação, apresentaram melhorias organizacionais. Contudo, não foram suficientes para solucionar todos os problemas desses hospitais. O modelo de gestão, por exemplo, caracterizado por pouca flexibilidade, agilidade e autonomia destas instituições vinculadas às IFES, não sofreu alteração com essa reforma inicial.

Para Mendes (*apud* FERREIRA; MENDONÇA, 2009), as reformas no sistema brasileiro vêm acontecendo, combinando ações gerenciais para a melhoria do desempenho, ações de institucionalização com mudanças nas regras de funcionamento dos hospitais da administração direta, e ações de reformulação no financiamento; todas com o intuito de melhorar a operacionalização das instituições de saúde, na busca por

qualidade e eficácia. Em especial nas organizações hospitalares, constatou-se que a maioria dos hospitais do país presta serviços à rede SUS, dependendo do ineficiente financiamento público. Aliado a isso, essas organizações utilizam mal os recursos dos quais dispõem, elevando ainda mais os custos hospitalares. Registra-se também uma baixa produtividade, comparada aos padrões internacionais em razão dos diversos leitos ociosos, refletindo em um desempenho organizacional insuficiente. Todas essas deficiências reforçam a necessidade de reestruturação do sistema de gestão dessas unidades.

Não satisfeitos com os instrumentos adotados pelo Governo Federal para a melhoria da administração hospitalar pública, os gestores das instituições hospitalares de ensino desejavam também flexibilidade, agilidade e autonomia para exercerem suas funções. Com essa visão, eles barganharam com os ministérios autonomia gerencial na tomada de decisão e na administração dos seus recursos. Após várias discussões e negociações políticas, em 29.04.2008, pela Portaria MPOG nº 04/2008, os HUs tornaram-se unidades orçamentárias independentes das universidades as quais são vinculadas, havendo assim, uma redução no controle normativo e uma elevação na responsabilização dos gestores desses hospitais (BRASIL, 2008).

Em virtude da nova formatação dada aos HUs, e aos avanços nas discussões sobre o modelo de gestão dessas instituições, o programa de reestruturação passa a ser chamado de Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (Rehuf), publicado em 27 de janeiro de 2010, por meio do Decreto nº 7.082. O referido instrumento 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 (BRASIL, 2010). A partir dessa oficialização de um programa voltado para implementação de medidas efetivas para a solução dos problemas gerenciais e financeiros que assolam os HUs, essas instituições definiram como fórum oficial para discussões periódicas sobre os hospitais universitários, as reuniões

convocadas pela Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (Abrahue), chamada de Fórum de Diretores dos HUs.

Esse fórum tem a finalidade de discutir as necessidades desses hospitais e definir os meios para o atendimento às suas reivindicações. Ele é composto por todos os diretores de hospitais universitários e de ensino, mas tem participação frequente de representantes do MEC, MS e MPOG, visto que as discussões e necessidades dessas instituições estão, quase sempre, voltadas para a educação, enquanto hospitais de ensino, para a saúde, enquanto prestadores de serviços ao SUS, e para a gestão, principalmente em relação aos recursos financeiros e de pessoal dos hospitais. Além dos fóruns, que acontecem a cada dois meses, a Abrahue promove encontros, presencial ou à distância para discutir e preparar os HUs para essa nova realidade de gestão que se molda, a cada dia, com mais solidez.

A criação do programa Rehuf possibilitou aos hospitais universitários a resolução de alguns problemas que há anos persistiam e que não havia perspectiva de solução em função da escassez de recursos para investimentos nessas instituições. A partir da oficialização do programa e do consequente plano de reestruturação, os hospitais receberam recursos específicos para reforma das suas estruturas físicas e a aquisição de equipamentos realizando parte da inovação tecnológica necessária. Os investimentos nesse sentido vêm acontecendo desde a implantação do programa até os dias atuais.

Apesar de o programa ter trazido fôlego para a administração dos HUs, um assunto permanecia sem solução, mesmo sendo um dos, se não, o mais crítico para essas organizações. A falta de resolução quanto à questão da força de trabalho dos hospitais era um assunto que preocupava todos os 45 diretores dos HUs. Nas reuniões ordinárias que aconteciam em Brasília, com a participação dos ministérios MEC e Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG), era pauta recorrente de discussão. O déficit de recursos humanos e a necessidade de substituição da mão de obra terceirizada em

função do acórdão do Tribunal de Contas da União (TCU), exigia uma ação definitiva e rápida para o assunto.

Com o acompanhamento dos dados alimentados quadrimestralmente por todos os hospitais, observou-se o crescente fechamento de leitos e a diminuição no número de procedimentos realizados, ocasionados pela falta de pessoal nas instituições. Diante da seriedade do caso, no dia 23 de dezembro de 2010, os Ministros do MPOG, Paulo Bernardo Silva, e do MEC, Fernando Haddad, emitiram a Exposição de Motivos Interministerial, EMI nº 00383/2010, submetendo ao então Excelentíssimo Senhor Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, um Projeto de Lei que autorizava o Poder Executivo a criar a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) (BRASIL, 2010b). Essa medida originou a Medida Provisória nº 520, publicada no dia 31 de dezembro de 2010.

A EMI apresentava vários argumentos que consubstanciava a necessidade de criação da empresa. Iniciando com a arguição de, a partir da implementação de uma nova modelagem jurídico-institucional para a prestação dos serviços administrativos e médico-hospitalares pelos hospitais universitários da administração pública federal, solucionar problemas urgentes e ainda criar condições para a melhoria dos padrões de gestão, através de instrumentos avançados de controle de resultados e transparência para a sociedade.

Diante das argumentações dos ministérios, o presidente Lula assinou em 31 de dezembro de 2010 a medida provisória autorizando a criação da Ebserh. Apesar de se ansiar por uma solução factível para o problema de recursos humanos dos hospitais universitários, a publicação da Medida Provisória, no último dia de mandato do presidente Lula, causou estranheza, perplexidade e discordância por parte de vários diretores dos hospitais. A principal queixa desses atores foi a decisão sem discussão prévia, mesmo havendo encontros ordinários e pautas sobre o assunto nos fóruns de

diretores em Brasília com a participação dos ministérios (CARVALHO, 2011; UFMA, 2011).

Com a publicação da medida, alguns diretores de hospitais, reitores de universidades e outras representações da sociedade, como sindicatos e conselhos, emitiram suas opiniões à respeito da mudança de identidade jurídica dos HUs. Para os diretores e reitores, 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 luta.

Mesmo em meio a tantas discussões, a matéria seguiu tramitando na Câmara dos Deputados, entretanto, perdeu sua validade em junho de 2011, quando passava por avaliação no Senado. Todavia, dada à importância e à necessidade de solução desse crítico problema para os hospitais universitários e à pressão por parte dos atores envolvidos, no dia 20 de junho do mesmo ano, os ministros Miriam Aparecida Belchior, do MPOG, e Fernando Haddad, do MEC, entregaram nova EMI de nº 00127/2011/MP/MEC, apresentando o Projeto de Lei 1749/2011 sob mesma matéria, ou seja, a criação da Ebserh (BRASIL, 2011b).

Os ministros aduziram no documento que 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 Ebserh. A gestão integrada de várias unidades hospitalares também foi defendida, pois permitiria obter ganhos de escala e especialização nos processos de compras, em processos finalísticos, na aquisição e disseminação de tecnologias e na gestão de pessoas.

Avaliado o pedido e as considerações dos ministérios MPOG e MEC, a presidenta Dilma Rousseff emitiu no dia 01 de julho de 2011 a Mensagem nº 236 ao Congresso Nacional, submetendo a essa casa a deliberação do Projeto de Lei 1749/2011 (BRASIL,

2011a). No dia 20 de setembro do mesmo ano, por 240 votos a favor e 112 contra, o Plenário aprovou o substitutivo do deputado Danilo Forte (PMD-CE) para o PL 1749/11, do Executivo, que criava a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Após esse trâmite, restava a aprovação por parte do Senado, o que de fato aconteceu.

Finalmente, no dia 15 de dezembro de 2011, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, ou simplesmente Ebserh, foi sancionada pela Lei nº 12.550, com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, vinculada ao Ministério da Educação (BRASIL, 2011c, Art. 1º). Na Lei fica explícita em seu Art. 3º a garantia da autonomia universitária, assegurada nos termos do Art. 207 da Constituição Federal. No momento a discussão gira em torno da adesão ou não à empresa, visto que é discricionário a cada universidade optar pela mudança de modelo jurídico de seus hospitais.

O que se percebe no cenário atual é o forte embate político alavancado principalmente pelos movimentos sindicais e pelos grevistas, levantando a possibilidade de a criação da Ebserh ser um movimento inicial para a privatização da saúde no país. Quanto a isso, Caldas Júnior (apud LIMA, 2004) já discutia há cerca de 10 anos que a crise financeira dos HUs está inserida na crise do próprio país em relação ao futuro das instituições como espaços públicos, em especial, as de ensino, de pesquisa e de prestação de serviços à sociedade. A nova política pública, pertencente ao processo chamado de universalização excludente, visa à delimitação de clientela, com foco apenas no estrato mais pobre. Nessa política, a saúde se propunha a ofertar um pacote de benefícios básicos para a população de baixa renda e o atendimento secundário e terciário seriam privatizados. Para os defensores da medida, a dupla entrada (SUS e privado) deve ser regulamentada em forma de lei para que os recursos advindos dos convênios e dos particulares ajudem a financiar os hospitais, visto que os recursos do sistema SUS são insuficientes. Na perspectiva dessas pessoas, o sistema público de saúde é visto como de “hospitais para carentes” e não de “serviços para cidadãos”.

Em relação a esse processo de privatização de serviços públicos, Lima (2004) relata um pensamento do pesquisador Molinos:

O processo de privatização, visualizado para os HU através do uso da propriedade pública, está assentado, conforme Molinos (1999, p. 26), “na mesma lógica da busca da eficiência, da eliminação do desperdício, do corte de privilégios, impondo nos serviços públicos a gerência empresarial”. Assim, “os serviços públicos ficam impregnados do discurso de faturamento, racionalidade, qualidade total, desregulamentação, terceirização, competitividade, auto-sustentação e rígido controle” (LIMA, 2004, p. 82).

Esse pensamento, evidenciado a partir da década de 1990, com a Reforma Administrativa do Estado, tomou corpo e entrou na pauta de discussões políticas nas diversas instâncias do poder público, não tendo sido diferente para os hospitais universitários.

#### 4. EBSERH: DO ESTADO POSITIVISTA AO ESTADO REGULADOR

A capacidade de gestão pública envolve fatores múltiplos, passando pela formulação de uma política pública, da capacidade de implementação do gestor, da disponibilidade de recursos e de contextos ambientais internos e externos às organizações. Esses fatores estão inseridos ainda nas estruturas e estratégias dessas políticas.

Nesse sentido, ao longo de décadas e anos, os Estados têm despendido esforços no sentido de aperfeiçoamento de suas estruturas e estratégias com o objetivo de melhorar a sua atuação na sociedade. Nessa concepção, o Estado realizou mudanças significativas em suas estruturas com base em estratégias políticas que, no caso desse estudo, será concentrada a discussão no âmbito da estratégia de privatização, liberalização e desregulamentação, ou melhor, reforma reguladora.

Na modernidade, observa-se que o Estado exercia o seu papel de executor e controlador em praticamente todos os âmbitos da sociedade, desde o campo político até o econômico, demonstrando um caráter extremamente intervencionista, chamado de Estado positivo. No aspecto social, é claro que não poderia ser diferente. Considerando o escopo desse estudo, a assistência educacional e de saúde estão inclusas no contexto de redistribuição de renda como provisão de “bens de mérito” dentro das atribuições do governo. Essa atuação se mostra bem representada na política de “bem-estar”, popularizada nesse período (MAJONE, 1999).

Entretanto, a partir dos anos de 1970, o consenso social-democrático de um Estado positivista, beneficente, que planeja, produz bens e serviços e ainda emprega recursos, começou a se desfazer. As políticas de nacionalização evidenciavam o fracasso desse Estado, a partir das empresas estatais incapazes de atingirem os objetivos sociais propostos. Diante desse cenário, a sociedade começa a ser incentivada a apoiar um novo modelo de governança que incluía a privatização de parte do setor público, com uma reforma na regulamentação da política de bem-estar (MAJONE, 1999).

No âmbito social, incluindo a educação e a saúde, a nova regulamentação significou a introdução de instrumentos de políticas mais eficazes que permitiram uma regulação menos rígida ou restritiva. A lógica desse novo modelo era o repasse da execução de serviços públicos e de outros setores para a iniciativa privada, sob o controle do Estado, por meio de regras desenvolvidas e aplicadas por agências especializadas. É nessa lógica que se inicia o crescimento do Estado regulador.

Segundo Majone (1999):

A mudança do governo direto para o indireto ou por aproximação é a terceira causa importante do crescimento do Estado regulador, mais precisamente, do crescimento do que Hood e James (1996) chamaram a face interna do Estado regulador. Aspectos familiares dessa evolução incluem: a descentralização e a regionalização administrativas; a divisão de entidades antigamente monolítica em unidades com uma única

finalidade e com orçamentos próprios; a delegação de responsabilidade pela prestação de serviços a organizações privadas, lucrativas ou sem fins lucrativos, e a entidades não-ministrais que operam fora do quadro normal do Poder Executivo; licitações e outros arranjos contratuais, ou quase-contratuais, competitivos, através dos quais os poderes para elaborar orçamentos e tomar decisões são delegados a compradores que, em nome de seu grupo de clientes, compram serviços dos prestadores que oferecem o melhor *value for Money* (MAJONE, 1999, p. 12).

Ou seja, a partir do que elucidou Majone (1999), o governo indireto envolve uma nova estrutura de responsabilidade, com novas formas de controle e de responsabilização. Nessa nova estrutura, os arranjos contratuais são os instrumentos utilizados para a definição de regras e regulamentos que viabilizam o controle dessas organizações, prestadoras de bens e serviços, e que operam com certa autonomia. Em resumo, o Estado sai de seu papel operacional e assume a responsabilidade de monitorar a qualidade da prestação de terceiros.

No Brasil, especificamente, a passagem do Estado positivista para o regulador é vista mais nitidamente a partir dos anos de 1990. Em especial, no cenário dos hospitais universitários, foco dessa investigação, o movimento de mudança da lógica funcional dessas instituições começa a se modelar a partir de 2010.

Em virtude da crise crônica instalada nos HUs de todo o país, o governo propõe uma nova política de gestão para esses hospitais, por meio da criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), tendo esta um modelo jurídico de empresa pública com direto privado. Essa proposta muda toda a lógica de governança dessas instituições, trazendo um caráter mais autônomo, colocando o Estado como um controlador e não mais como um executor direto. Segundo os idealizadores da proposta, não se trata da privatização dessas instituições, entretanto, a lei que define as diretrizes de atuação levam ao entendimento de alguns de que o Estado está repassando para as mãos de terceiros, ou seja, para a iniciativa privada, a administração desses hospitais.

Discussões sobre a privatização das unidades de saúde públicas, neste caso incluindo os demais estabelecimentos que não os HUs, eclodiram na década de 1990, quando o Governo do Estado de São Paulo contratou Organizações Sociais (OS) para a administração de seus hospitais públicos. Essa ação gerou um debate nacional quanto à privatização dessas instituições. Muitos novos modelos foram discutidos nas diversas esferas administrativas governamentais e, por vezes, com o envolvimento de outras entidades como Sindicatos e Conselhos de Classes. Dentre os modelos de gestão mais defendidos estavam os de fundações públicas de direito privado e de Organizações Sociais. As empresas públicas e as sociedades autônomas, apesar de não estarem em destaque nos debates, também eram colocadas como bons modelos de gestão para hospitalais (IBANEZ et al, 2001).

Apesar da proposta de diminuição da ação direta do Estado ter vindo à tona com tanta rejeição social, essa restrição de intervenção passou a estar prevista na Constituição Federal de 1988, na qual se permite a transferência de serviços não exclusivos ao Poder Público, incluindo-se nesse elenco a saúde (BRASIL, 2005).

No caso da criação da Ebserh, os gestores públicos buscam através dessa empresa um novo modelo de gestão para os hospitais públicos de ensino na tentativa de se desvencilhar da atual Administração Direta, superada e esgotada pela sua rigidez e burocracia excessivas. O desejo dos gestores modernos, segundo Ibanez e Vecina Neto (2007), é definir um novo modelo capaz de proporcionar à administração impulso para eficiência, maior controle financeiro, descentralização e busca pela excelência.

Segundo a Exposição de Motivos dos ministros do MEC e do MPOG (BRASIL, 2011b), a empresa pública permitirá 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 Ebserh. A gestão integrada de várias unidades hospitalares também é defendida, pois permitirá obter ganhos de escala e especialização nos

processos de compras, em processos finalísticos, na aquisição e disseminação de tecnologias e na gestão de pessoas.

A partir da compreensão da dinâmica de transformação do Estado positivista para o regular, é possível perceber o movimento que vem acontecendo há décadas no âmbito dos hospitais universitários na tentativa de se estabelecer um modelo de gestão adequado à missão dessas instituições, que sejam mais flexíveis e que funcionem de acordo com o dinamismo inerente à saúde, à educação e à pesquisa, principais áreas de atuação da organização hospitalar de ensino. Com o modelo proposto pelo governo, resta agora ultrapassar as barreiras políticas para pôr em prática o novo sistema e, posteriormente, avaliar sua real efetividade para a administração pública dos hospitais de ensino do Brasil.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Administrar um sistema de saúde é algo de elevada complexidade. Sendo o sistema brasileiro universal e único, dificulta ainda mais essa administração. O complexo desse sistema envolve diversos tipos de instituições, entre elas, os hospitais de ensino. Esses hospitais, em particular, além da assistência à população, desempenham ações de ensino e pesquisa, tornando sua administração ainda mais desafiadora.

A falta de modernização na gestão dessas entidades tão complexas e, sobretudo, do próprio sistema de saúde brasileiro, levaram os hospitais universitários a uma crise profunda. Diante desse cenário, a intervenção direta do governo foi inevitável e necessária. A partir da formalização de um grupo de trabalho para analisar as mazelas que impossibilitavam os hospitais de cumprirem suas missões, surge o Programa

Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (Rehuf), o qual vem permitindo melhorias nas condições de funcionamento dessas organizações.

Atrelado ao programa, como peça fundamental para a solução dos problemas de gestão dos HUs e, em especial, a gestão de recursos humanos, cria-se a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh). Com um formato jurídico inovador para a administração hospitalar pública, o modelo proposto garante proporcionar uma gestão administrativa, orçamentária e financeira baseado em resultados e em efetivo controle de gastos, dotado de instrumentos mais eficazes e transparentes.

Apesar de instigante, ainda permanece sem resposta a efetividade e eficácia do modelo apresentado, tendo em vista o seu curto tempo de implementação. A empresa criada a pouco mais de um ano, ainda não possui dados capazes de retratar de forma realística o seu êxito. Atualmente, a Ebserh está concentrada em atender aos hospitais que estão aderindo ao modelo e iniciando as mudanças organizacionais que estão sendo demandadas. Nesse sentido, a investigação sobre o assunto está longe de ser concluída. Haverá a necessidade constante de avaliação do modelo proposto para constatar se as mudanças organizacionais pretendidas aconteceram de fato, assim como se o desempenho dos hospitais universitários foi significativo tanto para as próprias instituições como para a sociedade. Esse será o grande desafio.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei 1749/2011: Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. - EBSEH e dá outras providências. **Lex**: projetos de leis e outras proposições, Brasília, 05 jul. 2011a. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=511029>>. Acesso em: 05 dez. 2011.



Mestrado Profissional  
em Gestão Pública



\_\_\_\_\_. **Constituição Federal (1988)**. 24. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

\_\_\_\_\_. Decreto 7.082, de 27 de janeiro de 2010. Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (Rehuf). **Lex**: coletânea de legislação: edição federal, Brasília, jan. 2010. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7082.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7082.htm)>. Acesso em: 12 out. 2011.

\_\_\_\_\_. EM Interministerial nº 00127/2011/MP/MEC, de 20 de junho de 2011. **Lex**: coletânea de projetos: edição federal, Brasília, jun. 2011b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Projetos/ExpMotiv/EMI/2011/127-MP%20MEC.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Projetos/ExpMotiv/EMI/2011/127-MP%20MEC.htm)>. Acesso em: 10 nov. 2011.

\_\_\_\_\_. EM Interministerial nº 00383/2010, de 23 de dezembro de 2010. **Lex**: coletânea de projetos: edição federal, Brasília, dez. 2010b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2010/Exm/EMI-383-MP-MEC-MPV-520-10.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Exm/EMI-383-MP-MEC-MPV-520-10.htm)>. Acesso em: 10 nov. 2011.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 4, 29 de abril de 2008. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2 mai. 2008. Seção 1, n. 83, p. 12.

\_\_\_\_\_. Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 dez. 2011c. Seção 1, n. 241, p. 2.

CARVALHO, Amâncio Paulino. **Avaliação da medida provisória 520, de 31/12/2010**: notas para o debate. Rio de Janeiro: s.n., 2011.

COSTA, F.L. Brasil: 200 anos de Estado; 200 anos de administração pública; 200 anos de reformas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 5, p.829-874, set./out. 2008.

FERREIRA, Sandra Regina Viegas; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães. O programa de reestruturação dos Hospitais de Ensino (HE) do Ministério da Educação (MEC) no Sistema Único de Saúde (SUS): uma inovação gerencial recente. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 11, n. 44, p. 113-126, 2009.

IBANEZ, Nelson; VECINA NETO, Gonzalo. Modelos de gestão e o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12 (Supl.), p. 1831-1840, nov. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000700006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000700006)>. Acesso em: 31 ago. 2008.

IBANEZ, Neto de et al. Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 391-404, 2001. Disponível em <<http://www.scielo.org>>. Acesso em: 31 ago.2008.

LIMA, Luci Praciano. **O desafio gerencial da multi-institucionalidade dos hospitais universitários**: o caso do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. 2004. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Campinas, 2004.

MAJONE, Giandomenico. Do Estado positivo ao Estado regulador: causa e conseqüências de mudanças no modo de governança. **Revista do Serviço Público**, ano 50, n. 1, jan-mar 1999.

PEREIRA, L.C.B.; SPINK, P. (Orgs.) **Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998.

PRATES, A. A. P. Administração pública e burocracia. In: AVELAR, L. E CINTRA A. (Orgs.). **Sistema político brasileiro**: uma introdução. Rio de Janeiro: Konrad-Adenauer-Stifung; São Paulo: Editora UNESP, 2007, p. 117-130.

RIBEIRO FILHO, José Francisco. **Controladoria Hospitalar**. São Paulo: Atlas, 2005.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO (UFMA). **Exposição de Motivos**. São Luiz: UFMA, 2011.

---

\*Artigo submetido em 28 de fevereiro de 2013 e aceito para publicação em 30 de junho de 2013.