



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – UFPI
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO – PRPG
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA - PPGP**

RENATO PIRES DO NASCIMENTO

**ANÁLISE DAS DESPESAS ORÇAMENTÁRIAS DECORRENTES DOS RECURSOS
DO REHUF NO PROCESSO DE REESTRUTURAÇÃO DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DA UFPI NO PERÍODO DE 2014 A 2018**

**TERESINA
2020**

RENATO PIRES DO NASCIMENTO

**ANÁLISE DAS DESPESAS ORÇAMENTÁRIAS DECORRENTES DOS RECURSOS
DO REHUF NO PROCESSO DE REESTRUTURAÇÃO DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DA UFPI NO PERÍODO DE 2014 A 2018**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional em Gestão Pública – PPGP da Universidade Federal do Piauí, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Gestão Pública.

Área de concentração: Gestão Pública para o Desenvolvimento Regional.

Linha de Pesquisa: Instituições e Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Alaggio Ribeiro.

TERESINA
2020

FICHA CATALOGRÁFICA
Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Comunitária Jornalista Carlos Castello Branco
Serviço de Processamento Técnico

N244a Nascimento, Renato Pires do.
Análise das despesas orçamentárias decorrentes dos recursos do REHUF no processo de reestruturação do Hospital Universitário da UFPI no período de 2014 a 2018 / Renato Pires do Nascimento. – 2020.
140 f.

Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão Pública) – Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2020.
“Orientador: Prof. Dr. Ricardo Alaggio Ribeiro.”

1. Gestão Financeira e Orçamentária. 2. Políticas Públicas. 3. Hospitais Universitários. 4. Gastos Públicos. I. Título.

CDD 352.4

RENATO PIRES DO NASCIMENTO

**ANÁLISE DAS DESPESAS ORÇAMENTÁRIAS DECORRENTES DOS RECURSOS
DO REHUF NO PROCESSO DE REESTRUTURAÇÃO DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DA UFPI NO PERÍODO DE 2014 A 2018.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional em Gestão Pública - PPGP, da Universidade Federal do Piauí, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Gestão Pública.

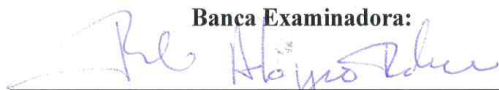
Área de concentração: Gestão Pública para o Desenvolvimento Regional.

Linha de Pesquisa: Instituições e Políticas Públicas.


Orientador: Prof. Dr. Ricardo Alaggio Ribeiro.

Aprovado em 20 de outubro de 2020.

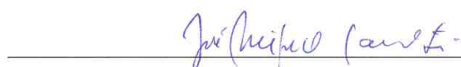
Banca Examinadora:



Prof. Dr. Ricardo Alaggio Ribeiro (UFPI)
Orientador



Profa. Dra. Monique Menezes (UFPI)
Examinadora Interna



Prof. Dr. José Miguel Luz Parente (UFPI)
Examinador Externo ao Programa

A Deus, o maior orientador da minha vida, que nunca me abandonou, permitindo a conclusão deste trabalho. Aos meus pais, Raimundo (*in memoriam*) e Tereza, com muita gratidão no coração por tudo que fizeram por mim ao longo de minha vida; e também à minha esposa, Cynthia; aos meus filhos, Caio e Beatriz, por sempre acreditarem e torcerem por mim.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por este presente maravilhoso que é a vida! Foi ele que me deu ânimo, força e perseverança para iniciar esta obra, e todas as condições para concluí-la.

Em sua célebre frase, José de Alencar diz: “O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo, fará coisas admiráveis”. Vontade e persistência foram os meus pilares nesta caminhada, pois apesar dos desafios na vida, no trabalho e na vida familiar, muitos foram os esforços para alcançar o objetivo final desta obra. Além disso, muitas pessoas me ajudaram, cada qual contribuindo com uma parcela para o desenvolvimento e a conclusão desta dissertação. A todas elas manifesto minha sincera gratidão!

A todos os professores que me influenciaram na minha trajetória, em especial, ao meu orientador, Professor Dr. Ricardo Alaggio Ribeiro, pela competência, compromisso, dedicação, paciência e compreensão, sempre com uma presença cheia de otimismo. Muito obrigado.

Aos colegas de turma pelas proveitosas ponderações e experiências, que contribuíram para meu crescimento acadêmico. Deus foi misericordioso, guiando-me para uma turma eclética, evolutiva e inspiradora; alguns já conhecidos, outros que passei a conviver e estreitar os laços de amizade mantidos em toda a trajetória do mestrado.

À amiga Raquel Karoline Carvalho de Sousa, pela paciência e colaboração no período do desenvolvimento da dissertação, prestando-me auxílio nas informações acerca dos dados para a construção das planilhas e tabelas presentes neste trabalho.

Aos meus irmãos Rinaldo, Núbia, Neuma e Nalígia Pires, que sempre acreditaram e torceram por mim.

A todos os colegas de trabalho do Hospital Universitário da UFPI e aos demais amigos, que torceram por mim.

“Cantarei ao Senhor toda a minha vida; louvarei ao meu Deus enquanto eu viver. Seja-lhe agradável a minha meditação, pois no Senhor tenho alegria”.

(Salmos 104:33-34)

NASCIMENTO, Renato Pires do. **Análise das despesas orçamentárias decorrentes dos recursos do REHUF no processo de reestruturação do Hospital Universitário da UFPI no período de 2014 a 2018**. 2020. 143f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão Pública. Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2020.

RESUMO

Os hospitais universitários federais, caracterizados como unidades de referência na prestação de atendimentos de alta complexidade e na formação de profissionais de saúde qualificados, foram marcados por forte expansão em função de políticas públicas que além de ampliarem as ações e o acesso aos serviços de assistência à saúde, alteraram a forma de repasse de recursos voltados para a recuperação dessas instituições. Esse cenário ocorreu após a formulação do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), destinado à reestruturação, modernização e revitalização desses hospitais. É uma estratégia que gera aumento e excelência dos serviços públicos de saúde prestados pelos Hospitais Universitários Federais para atender à constante demanda do cidadão. Este estudo visa analisar a execução das despesas orçamentárias decorrentes dos recursos do REHUF no processo de reestruturação do HU-UFPI, buscando descrever se os gastos com as ações e serviços públicos de saúde alocados com esses recursos encontram-se de acordo com os objetivos e diretrizes estabelecidos na norma que o instituiu, de forma a assegurar o cumprimento da política. Trata-se de um estudo descritivo, cuja coleta de dados abrangeu o período de 2014 a 2018, utilizando-se de pesquisa bibliográfica e pesquisa documental, com abordagem qualitativa. Os resultados mostraram que a forma como a gestão da unidade hospitalar administra e executa os recursos, bem como a atuação do gestor público, pode contribuir para a efetividade de uma Política Pública. Conclui-se que os resultados se apresentam positivos quanto à alocação e gerenciamento dos recursos administrados pelo HU-UFPI, demonstrando uma gestão apoiada nos parâmetros e práticas de alocação dos recursos correspondentes ao propósito do programa. Verificou-se que o aporte do REHUF representa um elemento relevante na composição do orçamento do HU-UFPI, sendo imprescindível o repasse dessa verba para manter o equilíbrio econômico-financeiro do hospital e as atividades de ensino, pesquisa, extensão e assistência à saúde.

Palavras-chave: Políticas Públicas. Hospitais Universitários. REHUF. Gastos Públicos.

NASCIMENTO, Renato Pires do. **Analysis of budgetary expenses resulting from REHUF resources in the restructuring process of UFPI University Hospital from 2014 to 2018.** 2020. 143f. Dissertation (Professional Master in Public Management. Federal University of Piauí, Teresina, 2020.

ABSTRACT

The federal university hospitals, characterized as reference units in the provision of highly complex care and in the training of qualified health professionals, were marked by a strong expansion due to public politics which in addition to expanding actions and access to health care services, changed the way of transfer of resources aimed at the recovery of these institutions. This scenario occurred after the formulation of the National Program for the Restructuring of Federal University Hospitals (Rehuf), destined to the restructuring, modernization and revitalization of these hospitals. It is a strategy that generates an increase and excellence in public health services provided by federal university hospitals to serve the constant demand of citizens. This study aims to analyze the execution of budgetary expenses resulting from Rehuf resources in the process of restructuring the HU-UFPI, searching to describe whether the expenses with public health actions and services allocated with these resources are in accordance with these objectives and guidelines established in the norm that instituted it, in order to ensure compliance with the politics. This is a descriptive study, whose data collection encompassed the period from 2014 to 2018, using bibliographic and documentary research, with a qualitative approach. The results showed that the way as management of the hospital unit manages and executes resources, as well as the performance of the public manager, can contribute to the effectiveness of a Public Politics. It is concluded that the results are positive regarding the allocation and management of the resources administered by the HU-UFPI, demonstrating a management based on the parameters and practices of resource allocation corresponding to the purpose of the program. It was found that the contribution of Rehuf represents a relevant element in the composition of the budget of the HU-UFPI, and the transfer of this amount is essential to maintain the economic and financial balance of the hospital and the activities of teaching, research, extension and health care.

Keywords: Public Politics. University Hospitals. REHUF. Public Spending.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos leitos de internação, segundo tipo, no Piauí e em Teresina - HU-UFPI.....	70
Tabela 2 - Série histórica do número de procedimentos realizados no HU-UFPI.....	76
Tabela 3 - Distribuição do número de equipamentos no Piauí, Teresina e HU-UFPI.....	80
Tabela 4 - Evolução histórica da execução da despesa dos Hospitais Universitários Federais/REHUF, nos anos de 2014 a 2018.....	85
Tabela 5 - Execução da despesa dos Hospitais Universitários Federais/REHUF no ano de 2018.....	87
Tabela 6 - Distribuição dos recursos do REHUF e a indicação do número de leitos ativos.....	92
Tabela 7 - Execução da despesa do HU-UFPI e dos recursos do Programa REHUF.....	96
Tabela 8 - Detalhamento da execução da despesa Global do HU-UFPI e do REHUF.....	101

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Estrutura Organizacional da Alta Administração do HU-UFPI/EBSERH.....	64
Figura 2 -	Estrutura Organizacional da Gerência de Ensino e Pesquisa do HU-UFPI.....	65
Figura 3 -	Estrutura Organizacional da Gerência de Atenção à Saúde do HU-UFPI.....	66
Figura 4 -	Estrutura Organizacional da Gerência Administrativa do HU-UFPI.....	67

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Representação da execução dos recursos do HU-UFPI (Global e REHUF).....	98
Gráfico 2 - Distribuição das despesas por categoria econômica da despesa.....	107
Gráfico 3 - Distribuição das despesas quanto ao objeto de gasto.....	108
Gráfico 4 - Distribuição das despesas por elemento de despesa.....	109

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Serviços oferecidos pelo HU-UFPI.....	69
Quadro 2 - Programação Orçamentária Global (Contratualização FMS – Teresina).....	73
Quadro 3 - Programação Orçamentária Detalhada (Contratualização FMS – Teresina).....	73
Quadro 4 - Cursos de pós-graduação <i>lato sensu</i>	78
Quadro 5 - Cargos e o número de empregados públicos vinculados à EBSEH.....	79
Quadro 6 - Método de distribuição dos recursos financeiros aos HUFs.....	90
Quadro 7 - Classificação Funcional do Programa/ação orçamentário REHUF.....	99
Quadro 8 - Execução da despesa orçamentária do HU-UFPI/REHUF, no período de 2014-2018.....	105
Quadro 9 - Modalidade de licitação/forma de contratação.....	119

LISTA DE SIGLAS

ABS	Atenção Básica de Saúde
ABRAHUE	Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino
AGHU	Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários Federais
ATS	Avaliação de Tecnologias em Saúde
CAPP	Comissão de Avaliação de Projeto de Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CME	Central de Materiais Esterilizados
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DAF	Diretoria Administrativa e Financeira
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
E-SIC	Sistema Eletrônico do Serviço de Informações ao Cidadão
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação
FMS	Fundação Municipal de Saúde
FNS	Fundo Nacional de Saúde
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HE	Hospital de Ensino
HU	Hospital Universitário
HUFs	Hospitais Universitários Federais
HUB	Hospital Universitário de Brasília
HUF	Hospital Universitário Federal
HU-UFPI	Hospital Universitário da UFPI
IES	Instituições de Ensino Superior
IFES	Instituições Federais de Ensino Superior
INCA	Instituto Nacional de Câncer
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MAC	Média e Alta Complexidade
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde

NIR	Núcleo Interno de Regulação
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
PDE	Plano Diretor Estratégico
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNE	Plano Nacional de Educação
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
PPA	Plano Plurianual
PPP	Parcerias Público Privadas
RAS	Rede de atenção à Saúde
REBRATS	Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde
RGO	Reforma Gerencial do Orçamento
REHUF	Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
RGO	Reforma Gerencial do Orçamento
SEI	Sistema Eletrônico de Informações
SESAPI	Secretaria Estadual de Saúde
SGTES	Secretarias de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SIAFI	Sistema Integrado de Administração Financeira
SIASG	Sistema Integrado de Administração de Serviços Gerais
SIG	Sistema de Informações Gerenciais
SIS	Sistemas de Informação em Saúde
SND	Serviço de Nutrição e Dietética
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
TCEP	Termo de Cooperação entre Entes Públicos
TIC	Tecnologia da Informação e Comunicação
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPI	Universidade Federal do Piauí
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNACON	Unidades de Assistência de Alta Complexidade
UNB	Universidade de Brasília

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	POLÍTICAS PÚBLICAS NA ÁREA DE SAÚDE E AS AÇÕES ESTRATÉGICAS DE REVITALIZAÇÃO DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS.....	24
2.1	Políticas públicas e sua aplicação na área de saúde.....	24
2.2	Inserção dos Hospitais Universitários no Sistema Único de Saúde (SUS).....	30
2.3	Ações estratégicas para revitalização dos Hospitais Universitários Federais e o programa REHUF.....	40
3	ORÇAMENTO PÚBLICO.....	53
4	CONTEXTUALIZAÇÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFPI.....	60
4.1	Um breve histórico.....	60
4.2	Características gerais.....	61
4.3	Contrato de adesão à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).....	62
4.4	Ensino, pesquisa e extensão.....	62
4.5	Missão, visão e valores.....	63
4.6	Estrutura organizacional.....	63
4.7	Estrutura físico-funcional.....	68
4.7.1	Especialidades e serviços oferecidos.....	69
4.7.2	Inserção do HU-UFPI na rede do SUS.....	72
4.7.3	Expansão e cenário atual.....	75
5	ANÁLISE DAS DESPESAS ORÇAMENTÁRIAS DECORRENTES DOS RECURSOS DO REHUF EXECUTADAS PELO HU-UFPI NO PERÍODO DE 2014 A 2018.....	83
5.1	Execução da despesa com os recursos do REHUF em todos os Hospitais Universitários Federais.....	83
5.2	A representatividade dos recursos do REHUF no orçamento global do HU-UFPI.....	94
5.3	Descrição dos recursos do REHUF por categoria econômica e grupo de natureza de despesa.....	100
5.4	Análise das despesas orçamentárias decorrentes dos recursos do REHUF executadas pela gestão do HU-UFPI nos anos de 2014 a 2018.....	102
5.5	A gestão dos recursos do REHUF sob a ótica das licitações.....	114

5.5.1	Contextualização das licitações públicas.....	114
5.5.2	Aspectos legais que regem as licitações.....	115
5.5.3	Características da gestão dos recursos do REHUF com enfoque nas licitações.....	118
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	123
	REFERÊNCIAS	126

1 INTRODUÇÃO

Os Hospitais Universitários Federais (HUFs) foram alvo, nas últimas décadas, de questionamentos referentes à sua atuação assistencial e de ensino, bem como viveram crise institucional e financeira. As mudanças na visão e na forma de financiamento da saúde, a partir da década de 1970, com o fortalecimento da necessidade de racionalizar os gastos e aumentar a competição por recursos, fragilizaram os HUFs (PRIMO, 2018; SOLLA; CHIORO, 2008).

A estrutura complexa, a manutenção das dificuldades financeiras, 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 às universidades federais (LIMA; RIVERA, 2012).

Os Hospitais Universitários (HUs) encontram-se inseridos na rede de assistência à saúde da população usuária do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo reconhecidos como centros de referência na realização de procedimentos de média e alta complexidades e na formação de profissionais da área da assistência à saúde (EBSERH, 2019). Os HUs, utilizando alta tecnologia e desenvolvendo ensino e pesquisa, aumentam o peso da despesa com saúde pública brasileira, visto que seus procedimentos são muito custosos e mais específicos, minimizando sua participação em volume de atendimentos, tornando-se hospitais caros (MEDICI, 2001).

Hospitais Universitários são dispendiosos e seu equilíbrio financeiro é um grande desafio, que depende da receita e dos custos (DALLORA; FORSTER, 2008). De fato, são mais dispendiosos não somente por incorporarem atividades docente-assistenciais, mas também devido à falta de coordenação vertical de políticas públicas que integrem os demais níveis de atenção, pois considerando que essas instituições têm, em geral, total autonomia gerencial em relação aos sistemas de saúde, acabam atendendo a procedimentos da atenção básica (MEDICI, 2001).

Os HUs são grandes consumidores de recursos financeiros, o que condiz com a múltipla natureza de seus propósitos: atendimento ao público, formação de recursos humanos, pesquisa, procedimentos de alta complexidade. O montante aplicado nos HUs é substancial, e ainda assim é insuficiente para cobrir as despesas em um ambiente de complexas e diversas atividades. Por serem centros formadores de profissionais da saúde e por aglutinarem pessoal qualificado, terminam quase sempre no centro das discussões quanto ao seu papel e seu financiamento (PALHARES; CUNHA, 2014).

Diante desse contexto, houve a necessidade imediata de formulação de uma nova política de gestão hospitalar, com seus mecanismos aprimorados, e de revisão das posições ocupadas pelos HUs na rede do SUS. Para enfrentar as dificuldades de financiamento e de inserção dos HUs no SUS, várias iniciativas foram adotadas, visando dar maior autonomia e flexibilidade administrativa aos mesmos (BRIZOLA; FERNANDES; MORGAN, 2017).

Para mitigar as barreiras a uma assistência de qualidade e tentar reestruturar os Hospitais Universitários Federais, o governo criou o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), uma das principais estratégias para a reorganização e remodelação dos HUF no sistema público de saúde (OLIVEIRA JÚNIOR; SANTOS, 2016).

O Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF) foi criado mediante o Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010 (BRASIL, 2010) e define diretrizes e objetivos para a reestruturação e revitalização dos hospitais universitários federais integrados ao SUS. O objetivo desse programa é criar condições materiais e institucionais para que os hospitais possam desempenhar plenamente suas funções em relação às dimensões de ensino, pesquisa e extensão, bem como de assistência à saúde da população (EBSERH, 2019).

Os recursos do REHUF destinam-se à aquisição de equipamentos, construção, reformas, compras de materiais médico-hospitalares e medicamentos, entre outras ações, conforme a necessidade e planejamento da instituição (CHIORO, 2004). Esse financiamento se origina de fontes de recursos custeados pelo Ministério da Educação (MEC), previsão de repasses do Programa Interministerial, por serem vinculados às Instituições Federais de Ensino Superior (IFES) do MEC e criados para complementar a formação de profissionais de saúde e de repasses de recursos do Ministério da Saúde (MS), pois são integrados ao SUS (BRASIL, 2010; EBSERH, 2019).

O Programa REHUF tem como diretrizes: a instituição de mecanismos adequados de financiamento compartilhados entre as áreas da educação e da saúde; melhoria dos processos de gestão; adequação da estrutura física; recuperação e modernização do parque tecnológico; reestruturação do quadro de recursos humanos dos Hospitais Universitários Federais; e o aprimoramento das atividades hospitalares vinculadas ao ensino, à pesquisa e extensão, bem como à assistência à saúde, com base em avaliação permanente e incorporação de novas tecnologias em saúde (BRASIL, 2010).

Os recursos do REHUF são transferidos do MEC e MS, com base em uma matriz de distribuição, para os hospitais vinculados às Instituições Federais de Ensino Superior. Este método de distribuição dos recursos orçamentários e financeiros aos Hospitais Universitários é

baseado na análise de quatro dimensões: porte do hospital, definido de acordo com o número de leitos; a produção e a complexidade dos procedimentos feitos em cada unidade; indicadores hospitalares e a inserção de cada hospital na rede do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2010).

Analisando os efeitos resultantes do Programa REHUF, pesquisadores frisam que essa política representou um alívio efetivo na crise financeira e aumentou a governabilidade do dirigente dos Hospitais Universitários para induzir mudanças na vida organizacional. Destacam que, apesar da crise, essas organizações expandiram-se e se consolidaram como componente estrutural de organização do sistema assistencial público, bem como espaço privilegiado para a formação profissional (COELHO, 2018; MASSUDA, 2010).

O REHUF propiciou um aumento considerável de recursos recebidos pelos hospitais universitários. Martins (2011), Oliveira Júnior e Santos (2016 *apud* PEREIRA JÚNIOR, 2018, p. 37) apontam como os efeitos do REHUF trouxe ganhos à Administração dos HUFs, principalmente, no tocante à uma maior transparência de informações, eficiência e na produtividade e diminuição de custos na aquisição de insumos e materiais quando da utilização de pregões eletrônicos centralizadores nos processos licitatórios de compras.

O estudo de Biscaia (2013) destaca o impacto dos recursos advindos do REHUF para a gestão orçamentária e financeira de um hospital universitário no sul do país, constatando que esses recursos recebidos foram utilizados, majoritariamente, para cobrir despesas com pessoal e contratos de terceirização.

Segundo Pereira Júnior (2018), foram identificados impactos positivos na redução do subfinanciamento crônico, com ampliação real dos recursos públicos originários do SUS e do MEC, que resultaram na ampliação do número de leitos e equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico de alta complexidade. Com isso, a rede federal de Hospitais Universitários passou a apresentar maior capacidade de gestão e planejamento, com financiamento mais adequado e maior qualificação profissional, comparando-se à realidade dos hospitais públicos brasileiros (ROSA, 2019).

Os recursos do REHUF dão folego à administração dos HUFs, visto que, somente com a contratualização com os municípios e com a interveniência de seu estado federado, não conseguiriam ser destaque entre os serviços hospitalares, devido ao aporte de recursos humanos, de infraestrutura e de tecnologia, ações que são balizadas pelo REHUF (LEITE; SOUZA, 2019).

É inegável a vultosa quantia de recurso advindo do Programa REHUF para a administração dos HUs. Atualmente, os HUs vivenciam uma nova fase, intitulada por Pereira

Júnior (2018) como “Reformas Administrativas e Gerenciais” alinhada aos conceitos e diretrizes da Nova Gestão Pública (NGP). “São implementadas estratégias e ferramentas gerenciais que buscam a profissionalização da gestão dos HUs, maior eficiência, transparência e responsabilidade no uso dos recursos públicos” (PEREIRA JÚNIOR, 2018, p. 36).

O programa representa um marco histórico das “ideias centrais” advindas da atual fase no tratamento disposto para os Hospitais Universitários Federais brasileiros. A NGP busca, entre outros mecanismos para atingir seus objetivos, a adoção de uma administração pública voltada para resultados, baseada em mecanismos de contratualidade da gestão, com metas, indicadores e formas de cobrar os gestores, apoiada na transparência das ações governamentais, que possibilita o controle maior dos cidadãos e o uso de outros instrumentos de *accountability* (LEITE; SOUZA, 2019; SANO; ABRUCIO, 2008).

De forma mais ampla, Machado e Kuchenbecker (2007) também sinalizam que questões como transparência, controle social e compromisso com resultados ainda estão por serem compreendidas melhor e exercidas na conformação das políticas públicas.

Cabe salientar que ocorreu um aumento das exigências dos usuários que cobram por eficiência, qualidade, resultados e transparência dos gastos públicos. No entendimento de Lima (2017), a participação popular, a ação coletiva na gestão e o controle são instrumentos que vêm diminuindo as irregularidades e melhorando a qualidade dos serviços prestados ao cidadão, pois tornam mais eficiente e eficaz o gerenciamento e a execução de políticas públicas e de instituições públicas governamentais, trazendo mais transparência e clareza, e gerando maior fiscalização em relação às atividades desenvolvidas, aos recursos e aos serviços direcionados ao setor público.

Dentre um conjunto de mudanças que busca a modernização gerencial, promovido pelo Governo Federal, especificamente aquelas relacionadas aos HUs, destaca-se uma das questões relevantes, tendo-se intensificado e conquistado cada vez mais representatividade no contexto da gestão da saúde pública, que é a reestruturação dos HUFs. O programa REHUF, frente a tantas limitações financeiras e à essencialidade do papel dos HUs no sistema gratuito de saúde, somente se efetiva se houver dotação orçamentária, e seu alcance é delimitado pela quantidade de recursos disponibilizados para tal.

Reconhece-se que houve inovações com o advento da política, entretanto, existem aspectos que não apresentam clareza sobre a execução do programa, como uma disposição legal mais específica acerca do financiamento do programa, a ausência de critérios ou procedimentos amplamente consolidados para a utilização dos recursos, oscilação no repasse dos créditos orçamentários quanto à sua descentralização, indefinição da aplicação dos recursos quanto à

natureza da despesa e qual dimensão no âmbito das funções de ensino, pesquisa e assistência deve ser priorizada, deixando para a compreensão da administração e do ordenador de despesa a definição do uso dos recursos que, conseqüentemente, poderá levar a um possível distanciamento ou até inversão da finalidade do programa.

O HU-UFPI iniciou suas atividades em 2012, após mais de 20 anos em obra, com a decisão de aderir à gestão compartilhada com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), sendo referência no que se refere aos serviços de alta e média complexidades no Estado do Piauí. A Universidade Federal do Piauí (UFPI) foi a primeira universidade do país a manifestar interesse pela adesão à EBSERH para administrar o Hospital Universitário da instituição (UFPI, 2012). O programa REHUF já existia antes da criação da EBSERH, empresa pública vinculada ao Ministério da Educação (MEC), que passou a ser a responsável pela gestão do HU-UFPI, assumindo a coordenação e a avaliação da execução das atividades do hospital, além da distribuição de recursos para a expansão e o aprimoramento dos serviços prestados (EBSERH, 2019).

Todos esses acontecimentos: a implantação do REHUF, em 2010, com o propósito de recuperação dos Hospitais Universitários Federais; a criação, em 2011, da EBSERH, com a finalidade de prestar serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, por meio da atuação de uma rede que inclui o órgão central da empresa e 40 Hospitais Universitários Federais; e a inauguração oficial do HU-UFPI, em 2012, foram determinantes para fundamentar o estudo proposto, não buscando generalizar a prática em todos os hospitais, mas compreender como opera apenas essa unidade, possibilitando, no futuro, que outros trabalhos realizem comparações, fomentando a cultura de análise dos gastos orçamentários no âmbito dos HUs.

Segundo ENAP (2017), a melhoria da qualidade do gasto público no âmbito do governo é um assunto bastante discutido atualmente no país. Com base nessa perspectiva e na avaliação de políticas públicas, este estudo traz um olhar minucioso acerca da execução das despesas orçamentárias realizadas pelo HU-UFPI, buscando retratar se os gastos com as ações e serviços de saúde pública decorrentes da alocação dos recursos do Programa REHUF atendem ao cumprimento dos objetivos e diretrizes originalmente pensados pelos formuladores da política, alcançando resultados efetivos, que tragam melhores condições de vida à sociedade.

É oportuno destacar que o estudo é viável e compatível com o ideal científico, visto que quando conhecidas e publicadas tais informações, ocorre mais transparência das ações introduzidas pelo processo de reestruturação e contribuirá para o campo de conhecimento da gestão pública, cuja temática está relacionada com o propósito do Programa de Pós-Graduação

do Mestrado Profissional em Gestão Pública da Universidade Federal do Piauí (UFPI), possibilitando um retorno para a gestão do HU-UFPI e para a política em análise.

Diante do exposto, adotando-se a relevância da saúde pública, já que é um tema palpitante e que tem impacto direto na sociedade, e a referência dos HUs para o SUS, como importantes atores no contexto da saúde pública brasileira, buscou-se analisar os gastos efetivados com os recursos do REHUF no HU-UFPI, a fim de definir quanto e como são aplicados os recursos de uma política tão importante para a existência dessas organizações.

Desse modo, o presente estudo tem como objetivo geral analisar as despesas orçamentárias executadas pelo HU-UFPI no processo de reestruturação, buscando descrever se os gastos com as ações e serviços de saúde pública alocados com os recursos advindos do REHUF atendem ao cumprimento dos objetivos e diretrizes estabelecidos na legislação pertinente à política, sendo delimitado período correspondente aos anos de 2014 a 2018.

Para tanto, foram delineados os seguintes objetivos específicos: identificar a fonte orçamentária e o montante dos recursos disponibilizados ao HU-UFPI; identificar a classificação das despesas por categoria econômica; analisar a relação entre os recursos do REHUF e o orçamento global, de modo a identificar se esses recursos representam a cobertura total do orçamento ou somente um aporte para o hospital; verificar se há sobreposição de gastos em uma das funções (ensino, pesquisa e assistência); demonstrar as modalidades de licitação aplicadas às contratações oriundas dos recursos do programa.

Do ponto de vista metodológico, essa pesquisa, quanto aos fins, classifica-se como descritiva, uma vez que, segundo Vergara (1997), os estudos descritivos têm a necessidade de conhecer e relatar a realidade do fenômeno em estudo. Quanto à forma de abordagem do problema, classifica-se como uma pesquisa qualitativa, pois, conforme Richardson (1989), permite descrever a complexidade de determinado problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais. Beuren (2003) complementa que na pesquisa qualitativa concebem-se análises mais profundas em relação ao fenômeno que está sendo estudado.

No que se refere aos procedimentos da coleta de dados, foram utilizadas as pesquisas bibliográfica e documental. De acordo com Marconi e Lakatos (2003) o estudo bibliográfico é um levantamento de bibliografia já publicado sobre determinado assunto, o que permite ao pesquisador analisar sua pesquisa e manipular as informações; enquanto a pesquisa documental representa uma forma que pode se revestir de um caráter inovador, trazendo contribuições importantes no estudo de alguns temas.

A pesquisa documental é também apropriada quando se quer estudar longos períodos de tempo, buscando identificar uma ou mais tendências no comportamento de um fenômeno, e constitui-se do exame de materiais de natureza diversa, que ainda não receberam um tratamento analítico, ou que podem ser reexaminados, buscando-se novas e/ou interpretações complementares (GODOY, 1995).

Para interpretar os dados contábeis relativos às informações objetivadas na pesquisa, foram utilizados conceitos e procedimentos derivados da aplicação dos princípios de contabilidade, consagrados pela Lei nº 4.320/64, que estatui normas gerais de direito financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal.

A análise dos dados foi realizada em várias etapas. Na primeira delas, observaram-se os gastos inscritos nas categorias de despesas correntes e de capital, sem levar em consideração os gastos com os grupos de natureza de despesa. Na etapa seguinte, foram analisados os dados por grupo de natureza de despesa, que, por sua vez, não considerou os gastos inscritos nas categorias econômicas. Apresentou-se também os gastos inscritos por classificação do elemento de despesa. Vale destacar que a análise considerou apenas as despesas empenhadas, uma vez que tal estágio já consiste na reserva de dotação orçamentária para um fim específico, ou seja, é a etapa em que o governo reserva o dinheiro que será pago quando o bem for entregue ou o serviço concluído. Os valores que apresentam percentuais, em sua maioria, consideram o período inicial (2014) e o final (2018), ou mesmo a somatória dos períodos.

Os recursos públicos da União são operados, fundamentalmente, por meio do Sistema Integrado de Administração Financeira Instrumentos (SIAFI) e do Sistema Integrado de Administração de Serviços Gerais (SIASG), em que vários eventos (registro, acompanhamento e controle) relativos à execução orçamentária, financeira e patrimonial são possíveis de serem obtidos por meio de consultas públicas específicas e outros por acesso às contas de controle das unidades gestoras dos recursos. Foram utilizadas diversas consultas ao Tesouro Gerencial, que tem como fonte o SIAFI, que foram capazes de ampliar expressivamente a abrangência dos dados e a construção de relatórios relativos à operacionalização dos recursos do REHUF, no Portal da Transparência e no portal de Compras Públicas, reestruturado recentemente pelo Governo Federal, de acesso livre, que muito contribuiu para o estudo.

O acesso às funcionalidades e a utilização dos dados dos sistemas foi possível mediante a autorização da Administração Superior do HU-UFPI junto à Comissão de Avaliação de Projeto de Pesquisa (CAPP), vinculada ao Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica,

da Gerência de Ensino e Pesquisa, que tem competências para pronunciar-se sobre a viabilidade de Projetos de Pesquisa a serem desenvolvidos no HU-UFPI.

Os dados obtidos foram registrados no programa *Microsoft Excel 2016*, que possibilitou a elaboração de tabelas e gráficos para melhor visualização dos resultados encontrados. A partir da análise dos dados, foi possível realizar conexões entre os elementos levantados a partir da revisão de literatura e da pesquisa documental, para responder, de forma crítica, o problema de pesquisa.

Esta dissertação está organizada em cinco capítulos. No primeiro, apresenta-se a introdução ao estudo. No segundo capítulo, analisa-se a função das políticas públicas aplicadas na área de saúde como instrumento para acesso aos serviços disponibilizados pelo SUS, aborda-se o contexto em que estão inseridos os Hospitais Universitários Federais na saúde pública e as estratégias de recuperação dos HUFs, a partir de uma perspectiva histórica até chegar ao momento atual da saúde pública brasileira, com a instituição do Programa REHUF.

O terceiro capítulo descreve aspectos do orçamento público brasileiro e aborda o processo de elaboração do orçamento, possibilitando compreender a disposição dos recursos para o alcance do cumprimento das diretrizes estabelecidas pelo Programa e o quarto contextualiza e apresenta as características gerais do HU-UFPI, descreve a estrutura organizacional do hospital após a adesão à EBSEH e o processo de expansão e cenário atual das atividades de assistência à saúde.

O capítulo seguinte descreve e analisa como são executados os gastos decorrentes dos recursos disponibilizados pelo programa REHUF no processo de reestruturação do HU-UFPI. No último capítulo, são tecidas considerações finais do estudo, com a perspectiva que este trabalho possa contribuir para o debate sobre o uso e a otimização da aplicação dos recursos do REHUF nos HUFs e estimular novos estudos sobre o tema.

2 POLÍTICAS PÚBLICAS NA ÁREA DE SAÚDE E AS AÇÕES ESTRATÉGICAS DE REVITALIZAÇÃO DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

Este capítulo tem como objetivo apresentar conceitos importantes na área das políticas públicas a fim de contribuir com o entendimento do contexto estudado. O capítulo foi subdividido em três seções. A primeira delas trata da aplicação das políticas públicas na área da saúde. A segunda seção traz o contexto em que se encontram os hospitais universitários federais no âmbito do SUS. A terceira seção apresenta temas relacionados à assistência prestada pelos HUFs e as ações estratégicas voltadas para a recuperação destas instituições, com ênfase na descrição do Programa REHUF.

2.1 Políticas públicas e sua aplicação na área de saúde

De forma ampla, as políticas públicas visam colocar o Estado em ação no intuito de responder a demandas, principalmente dos setores marginalizados da sociedade. Assim, as políticas públicas podem ser compreendidas como o conjunto de iniciativas, ações, planos, programas, metas e estratégias traçados pelo Estado visando ao bem-estar da coletividade e ao interesse público (LIMA; PACHECO, 2017).

A área de Políticas Públicas torna-se cada vez mais relevante, devido à essencialidade dos governos em desenvolver gestões mais efetivas, em conformidade com algumas características do atual cenário, como a restrição de gastos públicos, que influenciam nas ações nos setores econômicos e sociais. Há constantes reflexões e questionamentos sobre o papel do Estado e também a preocupação dos países em desenvolvimento de formar uma capacidade de implantar políticas públicas resolutivas (SOUZA, 2016).

As políticas públicas são um conjunto de decisões, planos, metas e ações governamentais (seja a nível nacional, estadual ou municipal) voltados para a resolução de problemas de interesse público. O processo de elaboração e implantação das políticas públicas, principalmente, em seus resultados, representa a execução do poder político, envolvendo a distribuição e redistribuição de poder, os de decisão e seus conflitos, bem como a divisão dos custos e benefícios sociais (TEIXEIRA, 2002).

Gelinski e Seibel (2008) definem que as políticas públicas são movimentos realizados pelo governo a fim de atender às necessidades específicas da população. Podem ser divididas em três classificações: sociais, em que buscam prover condições para o atendimento de saúde, educação, renda, emprego, previdência, habitação e assistência; macroeconômicas, voltadas às

áreas monetária, fiscal, industrial e cambial; e outras, que incluem a cultura, a tecnologia e a agricultura.

Neste sentido, as políticas públicas são provenientes das demandas originadas no interior do sistema político e visam atender as reivindicações de vários setores da sociedade. Assim, para que haja políticas públicas é necessário o reconhecimento de um problema existente para que sejam tomadas decisões com respeito às ações a serem seguidas, que as decisões sejam executadas, além de avaliá-las para reconhecimento dos resultados que estão sendo obtidos (MONTEIRO, 2006).

Para Souza (2016, p. 25) a “formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real”. A política pública é vista como um ciclo deliberativo constituído de vários estágios sendo um processo dinâmico e de aprendizado. O ciclo de políticas públicas é um esquema de visualização e interpretação que organiza a vida de uma política pública em fases sequenciais e interdependentes (SECCHI, 2017, p. 43).

O ciclo da política pública – *policy cycle* – ao subdividir o agir público em fases parciais do processo político-administrativo de resolução de problemas, acaba se revelando um modelo heurístico bastante interessante para a análise da vida de uma política pública (FREY, 2000).

Frey (2000) propõe uma subdivisão um pouco mais sofisticada, distinguindo as seguintes fases: percepção e definição de problemas, “agenda-setting”, elaboração de programas e decisão, implementação de políticas e, finalmente, a avaliação de políticas e a eventual correção da ação.

No que se refere à fase da percepção e definição de problemas, o que interessa ao analista de políticas públicas é a questão como em um número infinito de possíveis campos de ação política, alguns *policy issues* vêm se mostrando apropriados para um tratamento político e conseqüentemente acabam gerando um *policy cycle*. Um fato pode ser percebido, pela primeira vez, como um problema político por grupos sociais isolados, mas também por políticos, grupos de políticos ou pela administração pública. Frequentemente, são a mídia e outras formas da comunicação política e social que contribuem para que seja atribuída relevância política a um problema peculiar (FREY, 2000).

De acordo com Frey (2000), somente na fase do “agenda setting” se decide se um tema efetivamente vem sendo inserido na pauta política atual ou se o tema deve ser excluído ou adiado para uma data posterior, e isso não obstante a sua relevância de ação. Para poder tomar

essa decisão, é preciso pelo menos uma avaliação preliminar sobre custos e benefícios das várias opções disponíveis de ação, assim como uma avaliação das chances do tema ou projeto de se impor na arena política.

Na fase de elaboração de programas e de decisão, é preciso escolher a mais apropriada entre as várias alternativas de ação. Normalmente precedem ao ato de decisão propriamente dito processos de conflito e de acordo envolvendo pelo menos os atores mais influentes na política e na administração (FREY, 2000).

Com relação a implementação da política pública, trata-se do momento em que o planejamento e a escolha são transformados em atos. O planejamento ligado à organização é transformado em ação, sendo direcionados recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos para executar a política. Baseada em um diagnóstico prévio, e em um sistema adequado de informações, na fase de formulação são definidas não só as metas, mas também os recursos e o horizonte temporal da atividade de planejamento. Definidos esses dois parâmetros, pode-se aferir a eficiência dos programas ou políticas e seu grau de eficácia (SILVA, 2008).

Para Secchi (2017, p. 56), é importante estudar essa fase, pois possibilita “visualizar, por meio de instrumentos analíticos mais estruturados, os obstáculos e as falhas que costumam acometer essa fase do processo nas diversas áreas de política pública (saúde, educação, habitação, saneamento, políticas de gestão, etc.)”. O autor menciona que “também significa visualizar erros anteriores à tomada de decisão, a fim de detectar problemas mal formulados, objetivos mal traçados, otimismo exagerados”.

Na fase da avaliação de políticas e da correção de ação (*evaluation*), apreciam-se os programas já implementados no tocante a seus impactos efetivos. Trata-se de indagar os déficits de impacto e os efeitos colaterais indesejados para poder deduzir consequências para ações e programas futuros (COSTA, 2000). A avaliação ou controle de impacto pode, no caso de os objetivos do programa terem sido alcançados, levar à suspensão ou ao fim do ciclo político, ou, caso contrário, à iniciação de um novo ciclo, ou seja, a uma nova fase de percepção e definição e à elaboração de um novo programa político ou à modificação do programa anterior (FREY, 2000).

As políticas públicas são uma resposta do Estado às necessidades do coletivo que, por meio do desenvolvimento de ações e programas, objetivam o bem-comum e a diminuição da desigualdade social. A partir de sua criação, parte-se do pressuposto que ocorrerá, entre outros, a distribuição ou a redistribuição de bens e serviços sociais em resposta às demandas da sociedade, sendo um direito coletivo e não individual (HADDAD, 2013).

Segundo Höfling (2001), as políticas públicas sociais são ações voltadas para a redistribuição dos benefícios sociais visando à diminuição das desigualdades produzidas pelo desenvolvimento socioeconômico. Para a autora, cabe a Administração Pública estabelecer como prioridade políticas públicas universalizantes que visem à reversão do desequilíbrio social. Essas ações precisam ser estruturadas de maneira funcional e sequencial para tornar possível a produção e organização do projeto, voltadas para a construção de direitos sociais.

As políticas públicas em saúde integram o campo de ação social do Estado orientado para a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes natural, social e do trabalho. Sua tarefa específica em relação às outras políticas públicas da área social consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade (LUCCHESI, 2004).

Desde 1988, a saúde é considerada um direito universal, com um sistema de acessibilidade a todos (BRASIL, 1988). Essa política traz uma série de desafios para proporcionar não apenas um sistema, mas uma rede efetiva de serviços, que tenha a capacidade de prover recursos essenciais para a assistência, como as consultas, os exames, os procedimentos e os medicamentos (AZEVEDO; COSTA, 2010).

O SUS, assim como qualquer outra política, é o desfecho de várias negociações, por atores e grupos de interesses, em diferentes momentos (ARRETCHE, 2003). Esse Sistema tem sido uma das maiores políticas públicas brasileiras de inclusão social. Mudou o conceito de direito à saúde, tornando seu acesso universal e gratuito para todos os brasileiros. Protegendo, dessa forma, aos indigentes e famílias inseridas no mercado informal de trabalho, que antes não tinham acesso aos serviços públicos de saúde da Previdência Social. O SUS modificou a forma de organização dos serviços de saúde, aumentando a oferta de atenção primária e iniciando um processo regulado de acesso aos serviços de maior complexidade (MEDICI, 2014).

Pode-se compreender esses avanços como um reconhecimento da dignidade do ser humano, o qual tem direito a uma vida saudável e a não permanecer em condições de sofrimento por não possuir recursos financeiros, em contrapartida gerou-se um grande desafio. Pois, se a saúde é considerada um direito universal, ela representa também uma demanda, que envolve custos, financiamento e investimentos que sustentem equipes e recursos materiais e estruturais (PALHARES; CUNHA, 2014).

O SUS compõe-se de um sistema público complementado pelo setor privado e que convive com um setor de saúde privado suplementar. No âmbito privado, o governo tem um papel preponderante na atuação contra as falhas de mercado, de forma a mitigar as repercussões negativas para as pessoas, em termos financeiros, assistenciais e morais. Já na instância pública,

atua por meio do fornecimento de bens e serviços. Ou seja, exerce um papel de fiscalização e também de complementação (PINHEIRO, 2012).

O Ministério da Saúde é o órgão do Poder Executivo Federal responsável pela organização e elaboração de planos e políticas públicas voltados para a promoção, a prevenção e a assistência à saúde dos brasileiros, bem como acompanhar a execução pelas instâncias estadual e municipal. Além disso, fornece recursos para a realização de serviços técnico-administrativos, como financeiros, tecnológicos, materiais e administrativos (COELHO; 2018).

Apesar da evolução das políticas públicas no Brasil e da instituição da saúde como direito de todos, o Estado ainda precisa implementar medidas que garantam ou suportem essa premissa. Entretanto, não é simples colocar em prática uma política tão abrangente (RIBEIRO, 2010).

Para Medici (2014), o SUS proporcionou uma rápida melhoria nos indicadores básicos de saúde da população brasileira, como aqueles associados aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Entretanto, a construção do SUS, longe de ser um processo fácil, teve muitos problemas e continua tendo alguns. O autor acrescenta que sua implementação tem sido lenta e apresenta algumas vezes retrocessos.

Entre os principais desafios que existem na implementação do SUS está o financiamento, que deveria não apenas aumentar os recursos, mas também garantir uma melhor aplicação dos recursos existentes do SUS, aumentando a eficiência, a fiscalização para reduzir a corrupção e o mau uso e garantir os recursos suficientes para financiar a expansão das necessidades da população (MEDICI, 2014).

O subfinanciamento é uma das principais questões-chaves das limitações para o maior desenvolvimento do SUS. As modernas tecnologias; a mudança do perfil de cuidado voltado a uma nova população (mais idosa, devido ao planejamento familiar e aos avanços de tratamento); o crescimento de ações judiciais; o aumento da violência, de acidentes, de doenças crônicas e da poluição, tornam os custos com o sistema de saúde muito maiores do que a capacidade do Estado (SANTOS; MERHY, 2006).

Isso gera a precariedade das unidades de atendimento e do serviço público. Segundo Kraft e Furlong (2010), problemas públicos são relacionados às condições em que são visivelmente inaceitáveis e que, por isso, necessitam de mediação pela Administração Pública, tais como a degradação ambiental, a falta de segurança pública ou a inacessibilidade a sistemas de saúde.

Medici (2014), destaca que a gestão deve buscar consolidar mecanismos que atendam aos reclamos mais imediatos da população, evitando as filas, melhorando a qualidade e

resolvendo os problemas que se apresentam nos estabelecimentos de saúde, estabelecer processos que integrem os serviços, desde a atenção básica aos hospitais, definir modelos alternativos de gestão dos serviços, que permitam aumentar a autonomia gerencial, premiar a eficiência, modernizar os serviços que permitam a marcação eletrônica de consultas médicas e a existência de registros eletrônicos que contenham os dados clínicos dos pacientes para acompanhamento com qualidade e para a produção e análise de dados.

Também é preciso fortalecer a participação social, através de mecanismos de controle e de avaliação da satisfação dos usuários do SUS para que a gestão da saúde use, de forma integrada, a voz dos usuários para resolver as queixas e avaliar a qualidade e a satisfação dos usuários dos serviços públicos, bem como corrigir os problemas detectados no sistema. No Brasil, a população tem assento nas instâncias máximas da tomada de decisões em saúde, por isso a denominação controle social dada à participação da sociedade no SUS. Controle social, no sistema de saúde brasileiro, quer dizer direito e dever da sociedade de participar do debate e da decisão sobre a formulação, execução e avaliação da política nacional de saúde (CÔRTEZ, 1996 *apud* CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Ribeiro (2010) afirma que além destas importantes lacunas no desenho da proposta do SUS, outro aspecto importante é o fato de que os serviços, os profissionais de saúde e também a população aprenderam durante anos uma prática de saúde que não buscava o olhar integral, sugerindo uma formação mais abrangente dos profissionais da área de saúde, que os habilite a compreender o indivíduo em todas as suas necessidades. Com a reforma ocorrida no sistema de saúde é necessário incorporar e construir uma nova concepção de saúde, capaz de compreender o indivíduo em meio a uma coletividade (BAPTISTA, 2005).

Para Arthur Chioro (2019), qualificar a gestão, aperfeiçoar as políticas públicas, a capacidade de organização da rede de serviços e do sistema de saúde pública como um todo são imperativos éticos e também desafios para qualquer gestão diante da baixa quantidade de recursos disponíveis. Sob esse prisma, os sistemas de gestão são indicados para racionalizar os custos e ter mais controle sobre onde os valores disponíveis estão sendo investidos. Essas soluções atendem a todas as demandas de gestão da informação da Saúde, integrando as unidades e permitindo o monitoramento de dados, o gerenciamento de programas, o acompanhamento da situação e histórico de saúde dos cidadãos e o controle efetivo da aplicação dos recursos públicos.

A gestão do SUS é um processo pelo qual equipes gestoras (sujeitos) tomam decisões na implementação da Política de Saúde. Os bancos de dados e Sistemas de Informação em

Saúde (SIS) constituem ferramentas importantes para o planejamento e a avaliação das políticas de saúde, assim como dos serviços, redes e sistemas de saúde (PINHEIRO, 2016).

As políticas públicas, na área de saúde, têm responsabilidade de criar mecanismos e instrumentos que possibilitem o acesso igualitário a todos os cidadãos. Torna-se imperioso exigir que o Estado cumpra com o seu papel constitucional de garantir o acesso ao direito à saúde conforme a ordem constitucional, não permitindo, deste modo, diferenciação de classes, aumentando cada vez mais as desigualdades sociais existentes (ANDRADE, 2011).

Para Andrade (2011), é necessário, diante da atual realidade que se apresenta, estabelecer parâmetros de mudanças na prestação desse direito fundamental, para que seja ele um real instrumento de justiça social. É indispensável harmonizar a garantia do direito à saúde com o princípio constitucional do acesso universal e igualitário.

Os desafios fundamentais a serem enfrentados, quando se objetiva manter um sistema de saúde público, gratuito e universal e com eficiência na atenção à saúde, pode ser resumido em: financiamento, gestão, acesso e qualificação dos profissionais. Para a melhoria desses pontos, são necessárias políticas consistentes e contínuas, nas quais os gestores do SUS elaborem maneiras sustentáveis, sem o auxílio das instituições privadas, priorizando a participação popular e os princípios do sistema como eixos norteadores (SALDIVA; VERAS, 2018).

2.2 Inserção dos Hospitais Universitários no Sistema Único de Saúde (SUS)

O direito à saúde foi positivado no Brasil enquanto direito fundamental social a partir da Constituição Federal de 1988, seguindo expresso, de forma genérica, no art. 6º, de forma específica no Capítulo da Ordem Social – art. 196 a 200 – e também em outras passagens do texto constitucional. Os direitos sociais pertencem aos denominados direitos de segunda geração, ligados diretamente à igualdade material. Não apresentam a mesma eficácia que os demais direitos fundamentais de primeira geração, pois são direitos prestacionais, exigindo prestações concretas do Estado (BUENO, 2014).

Bueno (2014) ressalta que os direitos sociais, frente a necessidade de prestação material, envolvem custos mais altos que os direitos de primeira geração (de defesa). A implementação desses ocorre por intermédio das políticas públicas, encargo próprio do Poder Executivo e Legislativo.

Para atingir essas políticas, a Constituição Federal de 1988 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), cuja finalidade é a integral assistência à saúde de todos os cidadãos de maneira

universal e irrestrita, com o objetivo de criar e viabilizar garantia e cumprimento do direito a saúde para toda a população (BRASIL, 1988).

O SUS foi regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90, que organiza a estrutura e funcionamento dos serviços de saúde, pela Lei nº 8.142/90, que trata da participação de todos os usuários no sistema e da transferência de recursos financeiros intragovernamentais e pela Emenda Constitucional 29/00, que alterou os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal, que instituiu questões fundamentais referentes ao financiamento do SUS (PRADO, 2012).

A Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 (art. 4º Caput) define o SUS como: conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público (BRASIL, 1990).

A Constituição Federal também estabeleceu princípios e diretrizes, nos artigos 196 a 200, para o fornecimento de serviços à sociedade. A saúde é reconhecida como direito universal e dever do Estado, de acesso igualitário à toda a nação. As ações de políticas públicas devem prover a mitigação de doenças e agravos, bem como a promoção, a proteção e a recuperação da saúde dos cidadãos. Esses princípios e diretrizes, previstos no artigo 198 da CF, são: universalidade, integralidade, equidade, regionalização e hierarquização, descentralização e comando único e participação popular (BRASIL, 1988).

As ações e serviços dos SUS são abrigados por estes princípios estabelecidos legalmente, inerentes ao sistema, e que devem ser respeitados para haja realmente a materialização do direito à saúde, assim havendo a necessidade de que o SUS seja exalado de forma a respeitá-los e, sobretudo, garantir à população o acesso a um serviço de saúde com qualidade, contribuindo para manter a qualidade de vida e de saúde a população (NASCIMENTO, 2006).

Nesse contexto, a universalidade do atendimento está relacionada à gratuidade no acesso aos serviços, independentemente, de nacionalidade, classe social ou contribuição para o Fundo Nacional de Saúde, para aqueles que precisarem de um serviço de atendimento à saúde. Ou seja, tem por finalidade modificar as desigualdades na assistência à saúde de toda a população, e este atendimento público torna-se obrigatório a qualquer pessoa, sem nenhuma discriminação, proibindo a cobrança em dinheiro, seja qual for à hipótese (NASCIMENTO, 2006).

O SUS será financiado, nos termos do art. 198 da CF, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, restando claro que a responsabilidade do repasse das verbas para saúde pertence às três esferas do governo,

gerando receita necessária para custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 1988).

De acordo com o artigo 200 da Constituição Federal o SUS tem como funções principais:

Controle e fiscalização de procedimentos, produtos e substâncias relativas à saúde; fazer ações de vigilância sanitária, controle de epidemias e de cuidados com a saúde do trabalhador; participação na produção de remédios, equipamentos e outros produtos ligados à saúde; organização da formação de recursos humanos na área de saúde, como médicos, enfermeiros e outros profissionais; participação na elaboração de políticas e planos de execução de ações de saneamento básico; usar os avanços científicos e tecnológicos na área da saúde; fazer a fiscalização e a inspeção de alimentos e o controle nutricional; controle e fiscalização da produção, transporte, armazenamento e uso de substâncias psicoativas, tóxicas e radioativas; colaborar na proteção do meio ambiente e do ambiente de trabalho (BRASIL, 1988, p. 07).

Os percentuais de investimento financeiro dos municípios, estados e União no SUS são definidos atualmente pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, resultante da sanção presidencial da Emenda Constitucional 29/00. Por esta lei, municípios e Distrito Federal devem aplicar anualmente, no mínimo, 15% da arrecadação dos impostos em ações e serviços públicos de saúde cabendo aos estados 12%. No caso da União, o montante aplicado deve corresponder ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido do percentual relativo à variação do Produto Interno Bruto (PIB) do ano antecedente ao da lei orçamentária anual (BRASIL, 2012).

A descentralização foi muito efetiva para promover maior acesso aos benefícios pelos cidadãos brasileiros. Considera que foi “o formato político e administrativo na organização federativa do regime de bem-estar social no Brasil” (GRIN, 2013, p.198).

O movimento do bem-estar social mobilizou a sociedade a lutar por seus direitos e por maior democratização, a partir da década de 1970, o que contribuiu para a inclusão da garantia da saúde ao cidadão, universal e integral, na CF de 1988. É válido ressaltar que o SUS surge no declínio do bem-estar social no país, momento em que o papel provedor do Estado deixa de ser o ideal central e, assim, as políticas focalizadas, já desenhadas e iniciadas, passaram a assumir uma dimensão cada vez maior (PEREIRA, 2003).

O controle social também foi incluso como elemento integrante do sistema de saúde (PIRES *et al*, 2010). Este controle social representa um direito, mas também um dever da população, de se envolver, discutir e decidir sobre a política da área (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A organização do sistema de saúde, conforme Portaria 1.034/2010, de 05 de maio de 2010 (BRASIL, 2010), permite a participação complementar de instituições privadas, com ou

sem fins lucrativos, na assistência do SUS, quando a estrutura formada pelas organizações públicas for insuficiente.

As empresas privadas que realizarem essa complementação deverão respeitar igualmente os requisitos de regionalização, pactuação, cobertura assistencial, programação e universalidade de acesso. No caso de compra de serviços de saúde, será estipulado um contrato, com organizações privadas, com ou sem fins lucrativos. Já para parcerias de prestação de serviços, será realizado um convênio, com organizações privadas, sem fins lucrativos (BRASIL, 2010).

A Lei nº 8.080/1990, “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”. O Estado deve fornecer a estrutura necessária para o “pleno exercício” dos serviços de saúde. A lei reconhece que a saúde, em sua plena condição, está associada a outras condições, como alimentação, moradia, saneamento básico, educação, atividade física, renda, trabalho, lazer; ou seja, a todos os elementos que contribuem para o bem-estar físico, mental e social do ser humano (BRASIL, 1990).

Entre as questões que se colocam como desafios para a continuidade do desenvolvimento do SUS, destaca-se a formação de profissionais de saúde aptos a enfrentarem os problemas de saúde prioritários da população brasileira; a pesquisa, o desenvolvimento de novas técnicas, procedimentos e terapias, bem como a incorporação de tecnologias já desenvolvidas em outros países, e principalmente, a garantia do acesso da população aos cuidados de alta complexidade em saúde, imprescindíveis para concretizar a integralidade da assistência (BARATA; MENDES; BITTAR, 2010).

O conceito de integralidade é um dos pilares a sustentar a criação do SUS. Princípio consagrado pela Constituição de 1988, seu cumprimento pode contribuir muito para garantir a qualidade da atenção à saúde. As intervenções realizadas na saúde precisam estar articuladas e integradas em todos os espaços organizacionais do sistema de saúde (CAMPOS, 2003).

Para Mattos (2001), a integralidade é definida a partir de três conjuntos de sentidos: relacionado às práticas dos profissionais de saúde; à organização dos serviços e das práticas de saúde; e à abrangência das políticas de saúde. Neste contexto, a integralidade está relacionada às configurações de políticas específicas e/ou especiais. Defende-se a ampliação do olhar sobre os sujeitos a serem tratados e do elenco de ações contempladas nestas políticas, tanto preventivas quanto assistenciais. O autor afirma que, para qualquer dos sentidos por ele apresentado, “a integralidade implica uma recusa ao reducionismo, à objetivação dos sujeitos e

talvez uma afirmação da abertura para o diálogo” (MATOS, 2001 *apud* BRITO *et al.*, 2012, p. 26).

Comerlatto *et al.* (2011) corroboram que as diversas áreas das políticas públicas são inter-relacionadas, e que como formadoras do sistema público, devem ser articuladas em conjunto. As políticas públicas devem ser integradas para que obtenham resultados efetivos e um aprimoramento das condições de vida à sociedade.

A Lei nº 8.080/90 definiu, claramente, os objetivos do SUS: identificar e divulgar os condicionantes e determinantes da saúde; formular a política de saúde para promover os campos econômico e social, para diminuir o risco de agravos à saúde; fazer ações de saúde de promoção, proteção e recuperação integrando ações assistenciais e preventivas (BRASIL, 1990).

O processo de planejamento e orçamento do SUS será ascendente, ou seja, elaborado de forma local para o federal (BRASIL, 1990). O MS, juntamente com o CONASS, o CONASEMS, em consonância com o Conselho Nacional de Saúde estabelecem as diretrizes gerais para a elaboração do planejamento para todas as esferas gestoras do SUS, definindo prioridades e objetivos nacionais. A Portaria nº 2.135/13, definiu de forma mais explícita as diretrizes atuais para o planejamento no SUS, tomando por base o disposto pelo Decreto nº 7.508/11, e pela Lei nº 141/12 (BRASIL, 2013).

A Lei nº 8.142/90 normatiza a forma de participação da comunidade na gestão do SUS, mediante os conselhos e as conferências de saúde. Comunidade, profissionais, prestadores de serviços e usuários podem contribuir na tomada de decisões (BRASIL, 1990). Essa lei regulamenta também as transferências de recursos financeiros.

Os conselhos, como oportunidades de decisão participativa, e as conferências, como mecanismos, são essenciais para a promoção do controle social. Metade de seus membros deve ser representante dos usuários do SUS, que contribuirão com o planejamento das ações públicas, a análise das operações financeiras, a fiscalização das ações do governo e a avaliação do cumprimento das leis (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2018).

O controle social é uma nova interação entre os gestores públicos e os cidadãos, pois possibilita que essa população, que conhece o cenário das políticas públicas – pela ótica de usuária desses serviços – aprimore as estratégias a serem implementadas. Além disso, pode atuar também na avaliação da utilização dos recursos públicos, por isso, essa oportunidade legítima de envolvimento dos sujeitos deve ser potencializada, com a efetiva acessibilidade da sociedade (ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013).

Apesar do potencial dos conselhos municipais, inclusive da área de saúde, de promover a participação social, verifica-se a necessidade de aprimoramento desses espaços de forma que

efetivamente impactem na gestão das políticas públicas, sendo fundamental que o governo e os cidadãos intensifiquem seu envolvimento, não só representado pela participação em si, mas também pela maior capacitação de todos os sujeitos e a qualificação deste processo, com a inserção de instrumentos e mecanismos de planejamento (KLEBA, COMRLATTO; FROZZA, 2015).

O art. 45 da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90, dispõe sobre o papel dos hospitais universitários e de ensino: os hospitais universitários federais estão integrados ao SUS, mediante convênio, preservando a autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão (BRASIL, 1990).

Para que seja efetivado o credenciamento dos HUs junto ao SUS, eles são avaliados pelo Programa de Certificação¹ de Hospitais de Ensino (HE), bem como precisam ser submetidas a um processo de contratualização, entre o representante legal do hospital de ensino e o gestor local do SUS, que serão explicados em detalhes mais à frente, neste mesmo capítulo (BRASIL, 2015; BRASIL, 2017).

A Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do SUS, estabelece a modalidade e a organização das transferências dos recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS), aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, destinados a despesas com ações e serviços públicos de saúde, de forma regular e automática, na forma dos blocos de financiamento: Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde; e Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde (CONASEMS, 2018).

O SUS é uma política pública que vem sendo construída em um contexto de dimensões políticas, tecnológicas, ideárias e sociais (GAWRYSZEWSKI; GOMES, 2012). Neste contexto de profunda transformação, as unidades hospitalares têm sido confrontadas com múltiplas e simultâneas demandas vinculadas com os sistemas de saúde que impõem desafios cruciais de organização e gestão. Essas mudanças envolvem, de modo particular, os hospitais universitários, vinculados às Instituições Federais de Ensino Superior (MACHADO; KUCHENBECKER, 2007).

¹ O processo de certificação dos hospitais de ensino tem o objetivo de certificar hospitais que desenvolvem, além das tradicionais atividades de atenção à saúde, formação de recursos humanos e pesquisa e desenvolvimento tecnológico para o SUS. O programa de certificação é regulado pela portaria interministerial nº 285, de 24 de março de 2015. Essa portaria estabelece os requisitos que um hospital deve preencher para ser considerado hospital de ensino, a partir de quatro dimensões: atenção à saúde, ensino, ciência e tecnologia e gestão (BRASIL, 2015).

Diante da normatização do SUS, que garantiu não só o atendimento a todos os brasileiros, mas também as noções de integralidade e equidade do tratamento, começou a haver um movimento de colocar para os HUs o papel de referência de atendimento complexo (MACHADO; KUCHENBECKER, 2007).

Considerando esses hospitais, locais de experimentação de novas tecnologias e procedimentos, de prestação de serviços de alta complexidade e ainda de formação e educação permanente dos profissionais da área da saúde, reconhecendo-os como instituições indispensáveis ao sistema de saúde brasileiro (ARAÚJO; LETA, 2014).

Médici (2001) define um hospital universitário como uma instituição caracterizada pela extensão de um estabelecimento de ensino em saúde; por oferecer treinamento universitário na área de saúde; é reconhecido oficialmente como hospital de ensino, estando submetido à supervisão das autoridades competentes; por propiciar atendimento médico de maior complexidade (nível terciário) a uma parcela da população. Denota-se, portanto, as múltiplas atribuições, vínculos e atores envolvidos na organização e funcionamento dessas instituições (MÉDICI, 2001 *apud* MACHADO; KUCHENBECKER, 2007).

A integração entre ensino, pesquisa e assistência está presente na definição oficial de hospital universitário, pelo MS, um dos órgãos reguladores e mantenedores dos HUs (BRASIL, 2019). Esse tripé de fato é o diferencial dos HUs em relação aos demais hospitais, que servem de cenário de prática para atividades curriculares de cursos da área da saúde.

Assim, a designação de um hospital universitário não se restringe apenas a instituições de ensino público federal, uma vez que conjugam a sua atividade o trinômio indissociável do ensino, pesquisa e da extensão, e a interface dessas, com a ação de assistência, tornando-os mais dispendiosos. A grandeza de sua missão e a complexidade de sua atividade, aliada à exiguidade de recursos para sua manutenção, imprime nessas instituições a necessidade de uma gestão estratégica que garanta sua sustentabilidade (MEDICI, 2001).

De acordo com Machado e Kuchenbecker (2007), a sustentabilidade organizacional é conceito-chave no exercício de sua missão e compromisso social, e possivelmente, o mais importante passo a ser concebido e fortalecido, apontando-a como o resultado de práticas efetivas de gestão e planejamento, equilíbrio financeiro, orçamentação, preservação da capacidade de investimento e de gestão de pessoas.

Segundo Araújo e Leta (2014), em estudo realizado sobre as missões institucionais dos HUs, a partir das interlocuções dos gestores e informações oficiais dos seus sites, revela que as três missões apresentam-se como atividades fim em boa parte destas organizações, contribuindo

para a formação de cidadãos e para o avanço dos conhecimentos científicos relacionados à saúde, promoção e preservação da vida.

Apesar dos diversos contextos que levaram à fundação dos HUs, é inegável que a forte contribuição e o peso das faculdades de medicina levaram a demanda por um espaço prático para os cursos de medicina, sendo a principal motivação para a criação destes. Assim, essa instituição parece nascer com a vocação principal voltada para o ensino médico, mas não o ensino da sala de aula convencional, o ensino da clínica, que guarda íntima relação com a assistência. Assim, esse binômio parece ser a marca central dessas instituições, embora, na prática, a maioria dos HUs já tenha inserido a atividade de pesquisa no exercício de sua missão (ARAÚJO; LETA, 2014).

Duas políticas distintas orientam os HUs: educação e saúde, sustentados pelos princípios e diretrizes norteadoras do SUS. Nesse sentido, Machado e Kuchenbecker (2007), corroboram que o binômio ensino-assistência no contexto do SUS está intimamente ligado à capacidade dos serviços e modalidades assistenciais em responder às demandas de saúde das populações. Acredita-se, portanto, que as especificidades dos HUs estão vinculadas às suas responsabilidades e ao compromisso inalienável destas instituições em contribuir para a qualificação da oferta de serviços e aperfeiçoamento do próprio funcionamento do SUS (ARRETCHE, 1998).

Os hospitais podem ter uma missão específica de ensino na área da saúde, podendo receber a Certificação como Hospital de Ensino (HE), de acordo com os critérios estabelecidos pelos Ministérios da Saúde e da Educação. A Portaria interministerial nº 285, de 24 de março de 2015, estabelece o programa de certificação dos hospitais de ensino, definindo-os como aquelas instituições que servem de campo para a prática de atividades curriculares na área de saúde (BRASIL, 2015; BRASIL, 2019).

O processo de certificação é conduzido pela Comissão Interministerial de Certificação, instância colegiada, de natureza deliberativa, constituída de forma paritária entre o MS e o MEC. O processo consta de requisitos gerais e específicos exigidos para certificação, que poderá ter validade de até cinco anos, a depender da pontuação obtida na avaliação dos indicadores pertinentes ao escopo de atuação do estabelecimento hospitalar.

Os HUs se caracterizam por serem unidades de referência em procedimentos de maior densidade tecnológica (complexidade), são centros de formação, ensino e atuação de importantes especialidades de saúde, em especial dos profissionais médicos especialistas e contribuem nos processos de inovação assistencial e incorporação tecnológica em saúde. Esse amplo e complexo entendimento sobre os HUs reflete o processo de avaliação que são

submetidos desde 2004, com a implantação das políticas de reestruturação dos hospitais de ensino, com o processo de contratualização (BRASIL, 2019).

Os hospitais universitários federais também precisaram inteirar-se dos novos requisitos para a garantia de obter financiamento. A missão com foco estrito no ensino foi remodelada para a igual atenção entre ensino, pesquisa e assistência, de forma a exercerem papel ativo na prestação de serviços públicos à sociedade (LONGARAY; ENSSLIN, 2014).

O MS ao adotar as políticas de reestruturação aos hospitais, implantou um novo modelo de financiamento para esses hospitais, baseado no repasse de incentivos financeiros calculados com base na série histórica da produção hospitalar de cada estabelecimento. A contratualização é um processo pelo qual as partes, o gestor municipal/estadual do SUS e representante legal do hospital, estabelecem metas quantitativas e qualitativas de atenção à saúde e de gestão hospitalar que o hospital deve cumprir, referentes às atividades de ensino, pesquisa e assistência, formalizadas por meio de um instrumento contratual: convênio, contrato, termo de ajuste, TCEP (PRT MS/GM N° 01/2017, Art. 57) ou outro (BRASIL, 2019).

Este instrumento é composto por duas etapas: o contrato propriamente dito, e o documento com a descrição das metas qualitativas e quantitativas, que serão acompanhados e avaliados por uma comissão de acompanhamento formada pelo gestor, hospital, usuários e outros, conforme dispõe as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS, consoante o disposto na, que instituiu a consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde. Dessa forma estabelece-se o vínculo e o compromisso com o SUS local (BRASIL, 2019; BRASIL, 2017).

A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) instituída por meio da Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017, em seu art. 6º, inciso IV, define e recomenda a criação do Núcleo Interno de Regulação (NIR)² nos hospitais, que deverá realizar a interface com as Centrais de Regulação; delinear o perfil de complexidade da assistência no âmbito do SUS e disponibilizar consultas ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, além dos leitos de internação, segundo critérios preestabelecidos e protocolos que deverão ser instituídos pelo NIR (BRASIL, 2017).

A gestão da Saúde Pública no Brasil é fragmentada e organizada em três níveis de atenção: primário, secundário e terciário. A atenção básica ou atenção primária em saúde é a

² O Núcleo Interno de Regulação é uma unidade técnico-administrativa que possibilita monitoramento do paciente desde a sua chegada à instituição, durante o processo de internação e sua movimentação interna e externa, até a alta hospitalar. É um órgão colegiado ligado hierarquicamente à Direção-Geral do hospital e deve ser legitimado, com um papel definido e disseminado dentro da instituição.

porta preferencial dos usuários nos sistemas de saúde. É o atendimento provido pelas UBS's, que consiste em realizar ações e procedimentos mais simples, com menor custo de execução, voltados à comunidade local, por equipes multidisciplinares. Já nas instâncias de média e alta complexidades, ou níveis secundário e terciário, demandam ações e serviços para o atendimento de agravos de saúde que demandam profissionais especialistas, além de tecnologia para o apoio de diagnóstico e tratamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Assim, o atendimento às especialidades de média e alta complexidade é prestado por unidades ambulatoriais e hospitais especializados de referência, com tecnologia de diagnóstico e tratamento (OUVERNEY; NORONHA, 2013). É o caso dos hospitais universitários federais que recebem somente aqueles usuários que não tiveram suas necessidades atendidas em instâncias primárias.

Todos esses fatos relacionados aos HUs, evidenciados pelas funções e responsabilidades específicas que configuram sua identidade institucional, representam a materialização do caráter acadêmico dos HUs, cabendo-lhes primordialmente dois papéis: o primeiro, melhorar as condições de saúde da população, o que no contexto dos HUs os remete também à qualificação do ensino e da pesquisa. O Segundo, integrar de modo efetivo os sistemas de saúde de maneira que não sejam considerados isoladamente, fora de uma visão mais ampla de cuidados e de proteção social (MACHADO; KUCHENBECKER, 2007).

A efetivação desses papéis parece ser muito mais ampla do que compreendê-los somente como instituições prestadoras de serviços, e que apesar de todas dificuldades, os HUs têm cumprido um papel na saúde pública indispensável na evolução do SUS, e de modo particular, na formação de profissionais especializados, e também, em servir de local para o desenvolvimento de pesquisa de novas tecnologias em saúde (BRAGA NETO *et al*, *apud* ARAÚJO; LETA, 2014).

Os HUs, de unidades hospitalares criadas com a missão prioritária de formar profissionais da área de saúde, passaram a ter também essencialidade na assistência, exigindo a criação de política de Estado para sua integração ao SUS, a profissionalização de sua gestão e sua sustentabilidade financeira (CARMO; ANDRADE; MOTA, 2007).

Dessa forma, compreender o contexto que envolve o SUS e os hospitais universitários federais mostra-se essencial para a evolução da administração na saúde pública, visto que há um conjunto de elementos importantes tais como a legislação do setor, as novas ações estratégicas para a revitalização da área, e principalmente, os usuários desse sistema, que, além de foco da atuação dessas instituições, também se tornam integrantes cada vez mais ativos da Administração Pública, por meio do controle social.

2.3 Ações estratégicas para revitalização dos Hospitais Universitários Federais e o programa REHUF

A Política Nacional de Atenção Hospitalar – PNHOSP, instituída por meio da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, em seu art. 3º, define que os hospitais são instituições complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentam complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2017).

Os hospitais, atuando de forma articulada com a Atenção Básica de Saúde – ABS, tornaram-se organizações essenciais para a assistência de maior complexidade, complementando à Rede de Atenção à Saúde – RAS, com o atendimento aos usuários que necessitam do tratamento de instâncias secundária e terciária, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB. Além da assistência, constituem-se, ainda, em espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa e avaliação de tecnologias em saúde (BRASIL, 2017).

O avanço da tecnologia, as mudanças na legislação e o aumento de custos levaram os hospitais a buscarem ações estratégicas, a fim de fornecerem serviços de qualidade, mantendo a sustentabilidade organizacional (MEYER; PASCUCCI; MURPHY, 2012). Os hospitais, em relação ao seu gerenciamento, são comparados às organizações complexas e, por isso, há a necessidade de atuar com mecanismos estratégicos (OLIVEIRA, 2014).

A elaboração das estratégias de uma organização de saúde deve incluir considerações como: a identificação das diferentes condições de vida de diversos locais da sua região e da sua população, a definição de práticas que reduzam os fatores de risco e atendam às funções de saúde, a elaboração de ações por fornecedores de serviços, e a identificação de atividades e recursos, bem como sua quantificação (PÉREZ, 2010).

Para otimizar os recursos existentes e aumentar a eficiência dos serviços fornecidos ao público, é fundamental investir em estratégias práticas que ajudem a aprimorar a gestão e o atendimento existentes na saúde pública. Contudo, apesar dos avanços norteados pelos princípios e diretrizes do SUS, a saúde pública ainda é muito sensível e carente de iniciativas capazes de gerar saltos de qualidade. Há questões que podem ser trabalhadas pelo Estado, como descentralização, hierarquização, sistema de referência e contrarreferência, e distribuição dos diversos recursos necessários (AZEVEDO, 2007; CFM, 2015).

Segundo Dias (2019), a demanda por políticas públicas de saúde vem crescendo e exige reformulações profundas nas formas de organização e de gestão para se adaptarem aos novos desafios. Nesse sentido, para viabilizar a implantação de iniciativas, é preciso uma nova mentalidade que reconheça que os desafios enfrentados pelo SUS não podem ser resolvidos a partir de uma única vertente, mas solucionados com o esforço conjunto de toda a sociedade, buscando desenvolver uma atuação planejada e compensatória que garanta a necessária universalização do atendimento e da qualidade dos serviços prestados à população.

É preciso que todas as instâncias públicas atuantes na área da saúde definam em conjunto um fluxo de trabalho, de forma a possibilitar a identificação de demandas e a criação de estratégias, para assim, atender ao usuário com efetividade e resolubilidade (FERRAZ *et al.*, 2013). A Administração Pública visa suprir as demandas do cidadão. O Governo Federal, os estados, os municípios e a iniciativa privada, esta como participação de forma complementar, administram os serviços realizados pelo SUS, como objetivo de garantir a prestação de serviços gratuitos a todos os brasileiros (BRASIL, 1990).

Com escassez de recursos, a gestão de Saúde Pública deve identificar oportunidades de colaboração e investimento em busca de uma saúde que seja para todos os brasileiros. Uma alternativa bastante utilizada nos últimos anos são as Parcerias Público-Privadas (PPP), vista como estratégias inovadora, com compartilhamento de riscos operacionais e financeiros e para estimular os aumentos de produtividade e ganhos de eficiência (MEDICI, 2014).

É uma estratégia que gera melhoria para gestão da saúde pública, pois traz a excelência dos serviços das organizações privadas para atender à constante demanda do cidadão. Segundo Oliveira (2003), o princípio subjacente às PPP seria a ampliação da capacidade de investimento do setor público, em que a autoridade pública continua responsável pelo serviço prestado ao cidadão, mas não necessariamente por todo o investimento. Diante da crescente demanda pelos serviços públicos de saúde, a realização de programas de parcerias pode ser vantajosa para ambos os lados, promovendo saltos de qualidade, agilidade e eficácia no atendimento em saúde (DIAS, 2019).

No contexto da nova visão de gestão, Medici (2014) aponta importantes melhorias que o SUS trouxe para a saúde pública, como: mais descentralizada e autônoma, com utilização de sistemas de informação; estratégias para ampliação do financiamento e controle do gasto público estão entre os passos realizados. São estratégias que representam casos de sucesso na gestão da saúde pública. Todas essas ações contribuem e permanecem válidas para aperfeiçoar a área de saúde, pois possibilita identificar e colaborar, com mais brevidade, as melhorias para esse propósito, que tantas pessoas são dependentes.

Além disso, é necessário adotar métodos que tragam maior efetividade aos serviços disponíveis, de modo a não só salvar vidas e reduzir o sofrimento dos cidadãos, que possuem o direito a um tratamento digno, mas também fornecer meios de promoção da saúde e prevenção de doenças, de forma a cuidar integralmente da população e torná-la mais saudável e com maiores condições de atuar socialmente (MALAGÓN-LONDOÑO, 2010).

Dentre as iniciativas e políticas governamentais já implantadas, que visam o fortalecimento da relação dos HUs com o SUS, merece realce a certificação e a contratualização dos hospitais de ensino. O instituto do contrato de gestão foi previsto no artigo 37, parágrafo 8º da Constituição Federal, visando ampliar a autonomia gerencial, orçamentária e financeira de órgãos da administração direta e indireta mediante o contrato, a ser firmado entre seus administradores e o poder público, que tenha por objeto a fixação de metas de desempenho para o órgão ou entidade (BRASIL, 2017; BRASIL, 1988).

Os contratos de gestão materializam o processo de acompanhamento e avaliação sistemática de desempenho. É um instrumento que presume o desenvolvimento da capacidade de gestão e avaliação de desempenho, tanto por parte dos gestores do SUS, quanto por parte dos hospitais, além de sistemas apurados de informação e respectivos indicadores de forma a conferir maior transparência e conformidade avaliativa (MACHADO; KUCHENBECKER, 2007).

O uso das Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) são ferramentas aliadas na gestão, para simplificação, integração e padronização de processos, bem como, na operacionalização do atendimento e na organização de consultas e exames, por exemplo, um sistema de agendamento automático, com recursos de confirmação de presença, agiliza esse processo e colabora para a diminuição do absenteísmo dos pacientes, ou ainda, bancos de dados que guardam informações médicas dos pacientes podem ajudar vários médicos a atenderem corretamente, evitando perda de tempo tendo de coletar dados com os usuários do SUS repetidas vezes (DIAS, 2019).

A importância da tecnologia na área de saúde se estende também na sua avaliação técnica. Neste sentido, o MS instituiu a Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (Rebrats), mediante a Portaria de consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, incluindo-a na rede de atenção à saúde no âmbito do SUS, atuando na produção e disseminação de estudos para analisar eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade de tecnologias em saúde. A REBRATS é uma rede de centros colaboradores e instituições de ensino e pesquisa no País voltada à geração e à síntese de evidências científicas no campo de Avaliação de Tecnologias

em Saúde (ATS)³, no Brasil, nas fases de incorporação, monitoramento e exclusão de tecnologia no âmbito do SUS (BRASIL, 2017).

Segundo Barata; Mendes; Bittar (2010), iniciativas desse tipo permitirão que o Brasil realize avaliações de eficácia, efetividade, eficiência e segurança nos procedimentos de diagnóstico, prevenção e tratamento, balizando a criação de diretrizes terapêuticas com base em evidências científicas, como vários países desenvolvidos, com sistemas universais de saúde, que tem preocupação com a metodologia que avalia e compara as novas tecnologias, inclusive medicamentos.

As tecnologias da informação são mecanismos que contribuem para a transparência da gestão das organizações, o que possibilita a participação da comunidade e controle social. A informatização hospitalar requer implantação de um sistema integrado que seja capaz de gerenciar as áreas assistenciais, científicas, e administrativas do hospital, ou seja, uma solução modular que possa atender individualmente cada unidade, mas também interligada operacionalmente com todas as demais unidades, permitindo a interface das informações e o controle geral do hospital pela direção, inclusive para a tomada de decisões (CUNHA, 2013).

A última reforma administrativa fez emergir novos modelos com ênfase gerencial e controle dos resultados. Um dos principais objetivos era a melhoria da governança pública. Ao mesmo tempo, o processo de redemocratização estimulado pela Constituição Federal de 88 instigou o aumento da pressão da sociedade por maior transparência e qualidade nos serviços prestados. Neste contexto, surgem os mecanismos de *accountability* com o objetivo de construir mecanismos institucionais pelos quais os governantes e servidores devem responder por seus atos ou omissões perante a sociedade (LINHARES NETO; BRITO, 2011 *apud* e NASCIMENTO; FREIRE; DIAS, 2012).

Com o objetivo de melhoria dos processos de gestão dos HUs foi criado o Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários Federais – AGHU. O objetivo do AGHU é apoiar a padronização das práticas assistenciais e administrativas dos hospitais universitários federais e permitir a criação de indicadores nacionais, favorecendo a adoção de projetos de melhorias comuns para esses hospitais (MEC, 2019).

O desenvolvimento do AGHU é uma ação promovida a partir do Programa REHUF e se constitui mediante os seguintes fatores organizacionais e tecnológicos: estratégia, tomada de

³ A ATS é o processo contínuo de análise e síntese dos benefícios para a saúde e das consequências econômicas e sociais do emprego das tecnologias em saúde, considerando-se os seguintes aspectos: segurança; acurácia; eficácia; efetividade; custos; custo-efetividade; impacto orçamentário; equidade; e impactos éticos, culturais e ambientais.

decisão, compatibilidade e acessibilidade. O AGHU é um sistema de armazenamento, processamento e monitoramento de dados, que visa aumentar a segurança do usuário do SUS por meio da rapidez na consulta de seus prontuários digitais, além de incrementar a segurança da informação por meio de perfis de acesso (SILVA; FARIAS, 2016).

Existem medidas que podem ser iniciadas pelos hospitais universitários para o aprimoramento da gestão hospitalar. Destaca-se a relevância da Engenharia Clínica como estratégia na gestão hospitalar, mediante programa de estágios, que possibilita aos estudantes o conhecimento prático, a aprendizagem da teoria aplicada e a troca de experiências com os profissionais envolvidos, de forma a inseri-los em contextos reais e situações cotidianas.

De acordo com a Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (2018), a participação dos estagiários em atividades que visam o aprimoramento e o conhecimento aplicado e de mercado pode ser evidenciada, de imediato entre as áreas internas da Engenharia Clínica, nas rotinas de calibração e controle metrológico, rotinas de manutenção corretiva e preventiva em equipamentos médicos e laboratoriais de todos os portes e complexidades, trabalhos de especificação técnica de novas tecnologias com a montagem de termos de referência, rotinas de logística, serviços de fornecimento de gases medicinais e cilindros, dentre outras.

Neste contexto, os estudantes, acompanhados e tutorados pelos profissionais do hospital universitário, são desafiados a produzir estudos se utilizando de casos reais de rotina e elaborar relatórios e análises. Isso favorece a produção de artigos e teses, agregando grande valor e benefícios à Engenharia Clínica, que pode se valer desta aproximação para aprimorar seus métodos e desenvolver com qualidade a prestação de serviços para a assistência, além de contribuir com o meio acadêmico, onde já possui vínculo organizacional com o setor, corroborando com a missão do hospital universitário e áreas afins do hospital, o viés de atuação nos âmbitos de pesquisa e ensino (ABRAHUE, 2018).

Para Braga Neto *et al* (2014), vivencia-se um momento de formação de um novo modelo de hospital, que agora integra-se a uma rede diversificada de serviços de saúde, voltado para o atendimento dos casos mais graves e intensivos de saúde. Desse modo, aumentam suas responsabilidades com o sistema de saúde, cabendo a estas instituições o desenvolvimento da educação permanente, a formação de profissionais especializados, treinamento em gestão em saúde e, também, em servir de local para desenvolvimento de pesquisa e avaliação de novas tecnologias em saúde (ARAÚJO; LETA, 2014).

A complexidade e os desafios que se apresentam aos hospitais universitários federais são ainda mais significativos, tanto na assistência à saúde como na gestão do ensino e pesquisa.

Essas organizações públicas formam profissionais na área de saúde, através de ensino, pesquisa e extensão, mediante os vínculos com as instituições de ensino superior. E na assistência, são centros de referência para as especialidades de média e alta complexidade. No Brasil, há 50 hospitais universitários federais, vinculados a 35 instituições federais de ensino (EBSERH, 2019).

Há questões que singularizam os HUs, sobretudo no que se refere a sua identidade acadêmica. É no contexto dos HUs que se manifestam as tensões inerentes à complexidade de articulação das políticas de educação e saúde. Existe uma vasta variedade entre as unidades, que envolve desde os perfis assistenciais, porte e modelos de gestão. Os HUs têm sido pressionados pelos órgãos controle social a oferecer respostas a problemas que transcendem sua capacidade e vocação. Cumpre fortalecer a sustentabilidade organizacional dos HUs, incluindo a capacidade de implantação de mecanismos de saneamento financeiro, de indicadores de avaliação e gestão, a incorporação das questões afetas à qualidade dos serviços prestados, a transparência e a responsabilidade social (MACHADO; KUCHENBECKER, 2007).

Diante das especificidades destas organizações hospitalares, existe uma tendência a priorizar as atividades rotineiras. Uma iniciativa voltada tanto para a redução dos custos nos hospitais como para a profissionalização e aperfeiçoamento da gestão dessas organizações é a contratação de prestadores de serviços terceirizados, trata-se da transferência para terceiros – pessoa jurídica – de parte das atividades de uma empresa, que vem sendo empregada pelos hospitais como uma estratégia de gestão interessante e que se configura como uma opção de modernização e posicionamento competitivo ante as necessidades do mercado com relação aos custos e à qualidade dos serviços prestados (SOUZA *et al.*, 2011).

A terceirização é uma estratégia empresarial com o objetivo de concentrar esforços e inteligência na atividade-fim da empresa ou organização hospitalar, deixando as atividades-meio a cargo de parceiros especializados em funções específicas, em uma tentativa de produzir melhores resultados e angariar ganhos efetivos para ambas as partes. Já que a terceirização não pode ser mais tratada como ilegal, consoante o artigo 4º da Lei 13.429/17 em sua nova redação considera como prestação de serviços a terceiros a execução de quaisquer das atividades, inclusive a principal (JOÃO, 2019; XAVIER; RODRIGUES FILHO, 2001).

De acordo com Araújo; Garcia (2006), os principais benefícios da terceirização estão ligados a: razões de ordem financeira, que dizem respeito a redução dos custos e economia na utilização dos recursos da organização; razões de ordem tecnológica, relacionadas com o fato de a contratada poder disponibilizar à contratante as inovações tecnológicas que surgem no

mercado; razões competitivas, referente à possibilidade de a empresa que adere à terceirização tornar-se mais ágil e concentrar-se nas questões realmente significativas; razões de excelência operacional, que estão relacionadas com a ideia da concentração no essencial à evolução competitiva da empresa, sem reduzir a qualidade das atividades contratualmente delegadas; e razões de competência no negócio, que justificam a entrega de funções de apoio por terem pouco relacionamento direto com os negócios da empresa.

A maioria dos serviços terceirizados em hospitais, segundo Souza *et al.* (2011), ocorre nas áreas de serviços auxiliares imprescindíveis ao funcionamento dessas organizações, como os serviços de limpeza, segurança, transporte e lavanderia, além dos serviços prestados pela Central de Materiais Esterilizados (CME) e o Serviço de Nutrição e Dietética (SND).

Tais empresas privadas de terceirização, ao serem contratadas pelo ente público, são obrigadas a manter a lisura em suas atividades, enquanto geram economia de custos para o governo. Isso porque são especialistas nas tarefas que executam, aumentando a eficiência das operações e eliminando desperdícios. Ademais, não precisam fazer licitações para compras e tampouco realizar concursos públicos para contratação de funcionários, de modo que tendem a ser mais ágeis na reposição de recursos humanos (DIAS, 2019).

As características dos HUs, derivados de conhecimento e alta tecnologia, tais como atividades docente-assistenciais e serviços básicos de saúde, fazem com que seus custos sejam mais elevados (BONACIM; ARAUJO, 2010).

Os altos custos são gerados pelos insumos e recursos diferenciados que são necessários para suprir a complexidade das diversas práticas de saúde, de diagnósticos e tratamentos. Dessa forma, é necessário definir estratégias para amenizar os problemas causados pelo aumento de custos, somada ao objetivo de superar a carência dos serviços públicos do setor e buscar aumento da qualidade e eficiência (VAGNONI; OPPI, 2015).

O planejamento estratégico, adotado pela gestão hospitalar, é um recurso essencial, pois possibilita aos hospitais reconhecerem sua complexidade para então definirem seus objetivos. Ele permite à instituição fazer um estudo dos âmbitos interno e externo, conhecer e refletir sobre seus propósitos e, com isso, elaborar componentes basilares para o bom desempenho, como missão, visão, valores, objetivos, metas e estratégias (ANSOFF; MCDONNELL, 1993; KOTLER, 2000; KAPLAN; NORTON, 2008; LOVATO *et al.*, 2014, *apud* ASSIS; SILVA, 2017).

O Planejamento estratégico é um mecanismo valioso que ajuda as organizações públicas a definirem seus propósitos, bem como estratégias e processos para conquistá-los (PEREIRA, 2003). Tanto que uma das principais ações do governo para a reestruturação dos hospitais

universitários federais é a remodelação da gestão estratégica, por meio de consultoria e capacitação dos gestores hospitalares. Essa proposta corrobora a importância dos mecanismos de gerenciamento estratégico para a atuação efetiva dos HUs no cuidado e atendimento da sua população (EBSERH, 2015, *apud* ASSIS; SILVA, 2017).

Cabe à gestão hospitalar fortalecer a noção de que as pessoas são imprescindíveis e que seu desenvolvimento pessoal e profissional traz ganhos incriveis para a organização como um todo. Neste sentido, a capacitação dos gestores hospitalares é um ingrediente essencial, pois especialização e experiência geram equipes de alto desempenho e produtividade, e contribui para amenizar as demandas dos hospitais que não são estáticas, mudam conforme as condições do meio, o que exige a reestruturação das ações estratégicas (TSAI, 2013; YASIN; GOMES; MILLER, 2011).

Os profissionais que atuam na linha de frente de atendimento de saúde necessitam passar por treinamento que considere todas as fases de atendimento médico e administrativo do processo, de modo a assegurar que os profissionais fiquem prontos para o atendimento. Essa ação vai ao encontro de uma das principais características de um hospital universitário, que é a sua constante geração de conhecimento, através das supervisões clínicas, pesquisas, conferências e programas de treinamento e capacitação (VAGNONI; OPPI, 2015).

Os gestores hospitalares devem estar cada vez mais preparados e capacitados, com vistas às modernizações tecnológicas na área da saúde e ao surgimento de boas práticas no setor, para entregar não apenas resultados, mas que consigam liderar, de forma proativa, para atender satisfatoriamente a população. A capacitação dos profissionais é uma estratégia que se deve buscar a fim de aprimorar o desempenho institucional, contribuindo efetivamente para a saúde pública (RABBANI *et al.*, 2015).

No âmbito hospitalar, Vendemiatti *et al.* (2010) afirmam que a questão da liderança é um pouco mais complexa, pois as relações de identificação entre colaboradores, gestores e a organização são produzidas em vários contextos. Diante disso, a liderança assume papel extremamente importante, pois cabe a ela transmitir os princípios e valores que regem a organização, facilitar a adaptação dos novos funcionários, orientando-os, além disso, pode conceber e articular as metas que colocam as pessoas acima de suas preocupações individuais, elevando-as acima de conflitos que desintegram uma organização e as unem na luta por objetivos que recompensem seus esforços (COSTA; MAZZILLI, 2001, p. 4 *apud* RAMADAM; MACHADO; OLIVEIRA, 2018).

Desse modo, o hospital deve disponibilizar aos seus usuários uma equipe capacitada e qualificada, além de tecnologia, recursos cirúrgicos e clínicos, e estrutura que garanta a

qualidade da segurança e da atenção das pessoas com provisão de acesso a cuidados amplos. Ademais, as instituições inseridas no âmbito da assistência à saúde no Brasil, em especial as instituições públicas, necessitam de modernização gerencial, com a utilização de sistemas de custos capazes de orientar os gestores para um controle ideal das atividades e para a correta tomada de decisão (BRASIL, 2006).

Bonacim e Araújo (2010), salientam que a apuração de custos em estabelecimentos hospitalares torna-se uma tarefa abrangente levando em conta a diversidade dos serviços prestados, o que exige inicialmente uma delimitação dos sistemas de custos e um sistema de informações eficiente. Tal complexidade é mais notória em hospitais universitários pois, além de prestarem serviços de assistência à saúde para a população, são responsáveis por formar os futuros profissionais da saúde (MIRANDA *et al.*, 2007).

A gestão de custos é vista como um instrumento necessário às instituições hospitalares com o propósito de melhorar o desempenho da organização e de redefinir prioridades na utilização dos recursos disponíveis. Com recursos limitados na utilização da prestação da atenção médica e a crescente demanda das necessidades de saúde da população, faz-se necessário investigar as práticas de gestão de custos que os hospitais universitários têm empregado como forma de identificar subsídios para o uso eficiente dos recursos (DALLORA; FORSTER, 2008).

Abbas (2001) argumenta que os sistemas de custos nos hospitais devem prover, além de informações sobre a determinação dos preços dos serviços, uma análise interna que possibilite a divulgação dos resultados da gestão e uma melhoria em suas atividades. Assim, os métodos adotados para custeio nas organizações além do aspecto contábil, também fomentam as decisões organizacionais, isto é, são fontes geradoras de informações para a gestão.

As práticas de gestão de custos têm por finalidade melhorar a aplicação do limitado recurso financeiro recebido pelos HUFs para atender as necessidades da população com qualidade, além de investir em recursos tecnológicos e aperfeiçoar o ensino dos futuros profissionais da saúde (MARTINS; PORTULHAK; VOESE, 2015).

Visando a melhoria dos hospitais das universidades federais, integrados ao SUS, o Governo Federal criou, mediante o Decreto nº 7.082/2010, em 27 de janeiro de 2010, o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), destinado à reestruturação, modernização e revitalização desses hospitais, com objetivo de criar condições materiais e institucionais para desempenhar plenamente as dimensões de ensino, pesquisa, extensão e assistência à saúde (BRASIL, 2010).

O Decreto nº 7.082/2010 estabelece as funções cabíveis aos ministérios envolvidos (Ministério da Saúde, Ministério da Educação e Ministério da Economia) e aponta as diretrizes sobre as quais o REHUF está assentado, quais sejam: instituição de mecanismos adequados de financiamento, compartilhados entre as áreas da educação e da saúde; melhoria dos processos de gestão; adequação da estrutura física; recuperação e modernização do parque tecnológico; reestruturação do quadro de recursos humanos; aprimoramento das atividades hospitalares vinculadas ao ensino, pesquisa e extensão, bem como à assistência à saúde, através de avaliação permanente e incorporação de novas tecnologias em saúde (BRASIL, 2010).

No campo do ensino, pesquisa e extensão, os HUs desempenham as funções de local de ensino-aprendizagem e treinamento em serviço, formação de pessoas, inovação tecnológica e desenvolvimento de novas abordagens que aproximem as áreas acadêmica e de serviço no campo da saúde, tendo como objetivos específicos:

- I - atender às necessidades do ensino de graduação na área da saúde, em especial em relação à oferta de internato nos cursos de Medicina e estágios curriculares supervisionados para os demais cursos, conforme previsão nas diretrizes curriculares nacionais e no projeto pedagógico de cada curso;
- II - desenvolver programas de pós-graduação *stricto sensu* e *lato sensu*, voltados à formação de docentes e pesquisadores em saúde familiarizados com a ótica dos serviços de atenção especializada ofertados e a gestão em saúde;
- III - definir a oferta anual de vagas dos programas de residência médica, de modo a favorecer a formação de médicos especialistas nas áreas prioritárias para o SUS, segundo indicadores estabelecidos pelos Ministérios da Educação e da Saúde;
- IV - implementar a residência multiprofissional nas áreas estratégicas para o SUS, estimulando o trabalho em equipe multiprofissional e contribuindo para a qualificação dos recursos humanos especializados, de forma a garantir assistência integral à saúde;
- e
- V - estimular o desenvolvimento de linhas de pesquisa de interesse do SUS, em conformidade com o perfil epidemiológico local e regional e as diretrizes nacionais para pesquisa em saúde, com foco na busca de novas tecnologias para o cuidado e a gestão em saúde (BRASIL, 2010, p. 08).

No que se refere à assistência, o decreto destaca que essas organizações desempenham as funções de centros de referência de média e alta complexidade, para a rede pública de serviços de saúde, tendo como objetivos específicos:

- I - ofertar serviços de atenção de média e alta complexidade, observada a integralidade da atenção à saúde, com acesso regulado, mantendo as atividades integradas à rede de urgência e emergência;
- II - garantir oferta da totalidade da capacidade instalada ao SUS;
- III - avaliar novas tecnologias em saúde, com vistas a subsidiar sua incorporação ao SUS;
- IV - desenvolver atividades de educação permanente para a rede de serviços do SUS, com vistas à qualificação de recursos humanos para o sistema; e
- V - desenvolver ações de telessaúde, utilizando as metodologias e ferramentas propostas pelos Ministérios da Saúde e da Educação (BRASIL, 2010, p. 10).

Para a realização dos objetivos e diretrizes estabelecidos pelo normativo do REHUF, serão implementadas medidas, as quais integrarão:

- I - a modernização da gestão dos hospitais universitários federais, com base em transparência e responsabilidade, adotando-se como regra geral protocolos clínicos e padronização de insumos, que resultem na qualificação da assistência prestada e otimização do custo-benefício dos procedimentos;
- II - implantação de sistema gerencial de informações e indicadores de desempenho a ser disponibilizado pelo Ministério da Educação, como ferramenta de administração e acompanhamento do cumprimento das metas estabelecidas;
- III - reformas de prédios ou construção de unidades hospitalares novas, com adequação às normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA e às disposições específicas do Ministério da Saúde sobre espaços destinados à atenção de média e alta complexidade;
- IV - aquisição de novos equipamentos de saúde e substituição dos equipamentos obsoletos, visando a utilização de tecnologias mais modernas e adequadas à atenção de média e alta complexidade;
- V - implantação de processos de melhoria de gestão de recursos humanos;
- VI - promoção do incremento do potencial tecnológico e de pesquisa dos hospitais universitários federais, em benefício do atendimento das dimensões assistencial e de ensino;
- VII - instituição de processos permanentes de avaliação tanto das atividades de ensino, pesquisa, extensão e inovação tecnológica, como da atenção à saúde prestada à população;
- VIII - criação de mecanismos de governança no âmbito dos hospitais universitários federais, com a participação de representantes externos às universidades (BRASIL, 2010, p. 10).

O REHUF tem apresentado um mecanismo de financiamento inovador que permitiu que se aportasse um pouco mais de recursos. Mas, além de recursos financeiros, outros também eram necessários para alcançar uma condição ideal de assistência. Assim, o governo elaborou mais uma estratégia, a criação da EBSERH, mediante a Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, uma empresa pública vinculada ao MEC, com a finalidade de prestar serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, assim como prestar às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública (EBSERH, 2019).

As atividades da EBSERH unem dois dos maiores desafios do país, educação e saúde, melhorando a qualidade de vida de milhões de brasileiros, por meio da atuação de uma rede que inclui o órgão central da empresa (sede) e 40 hospitais universitários. A Ebserh é uma empresa estatal 100% dependente da União e cumpre o seu dever de prestar serviços de assistência à saúde de forma integral e exclusivamente inseridos no âmbito do SUS, observando a autonomia universitária. A empresa oferece mais de 7,5 mil vagas de residências médica e multiprofissional em 959 programas, além de ser campo de prática para mais de 60 mil graduandos na área da saúde em 32 Universidades Federais (EBSERH, 2019).

O objetivo da criação da EBSEH é modernizar a gestão dos recursos financeiros e humanos dos HUFs. Ressalta-se que a criação desta empresa ocorreu conforme o cumprimento de prazo estabelecido pelo Tribunal de Contas da União (TCU) por meio de seu Acórdão 1.520/2006-Plenário, que trata da regularização dos 26.000 empregados contratados sem concurso pelos hospitais universitários via fundações de apoio (BARROS *et al.*, 2013).

As atribuições da EBSEH são estabelecidas em lei própria, quais sejam: administrar unidades hospitalares, bem como prestar serviços de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, no âmbito do SUS; prestar às instituições federais de ensino superior e a outras instituições congêneres serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, mediante as condições que forem fixadas em seu estatuto social; apoiar a execução de planos de ensino e pesquisa de instituições federais de ensino superior e de outras instituições congêneres, cuja vinculação com o campo da saúde pública ou com outros aspectos da sua atividade torne necessária essa cooperação, em especial na implementação das residências médica, multiprofissional e em área profissional da saúde, nas especialidades e regiões estratégicas para o SUS; prestar serviços de apoio à geração do conhecimento em pesquisas básicas, clínicas e aplicadas nos hospitais universitários federais e a outras instituições congêneres; prestar serviços de apoio ao processo de gestão dos hospitais universitários e federais e a outras instituições congêneres, com implementação de sistema de gestão único com geração de indicadores quantitativos e qualitativos para o estabelecimento de metas; e exercer outras atividades inerentes às suas finalidades, nos termos do seu estatuto social (BRASIL, 2011).

A EBSEH é uma empresa pública vinculada ao MEC. Com isso, a empresa passa a ser o órgão responsável pela gestão do Programa de reestruturação e que, por meio de contrato firmado com as universidades federais que assim optarem, atuará no sentido de modernizar a gestão dos hospitais universitários federais, preservando e reforçando o papel estratégico desempenhado por essas unidades de centros de formação de profissionais na área da saúde e de prestação de assistência à saúde da população integralmente no âmbito do SUS (EBSEH, 2019).

O MEC delegou à EBSEH a função de gestora do Programa REHUF e a elaboração de matriz de distribuição de recursos para os hospitais vinculados às instituições federais de ensino superior, o que fez muitos HUFs tomarem a decisão de aderir à gestão compartilhada com a EBSEH para obterem melhorias de repasses de recursos através do REHUF e assim sanar a crise financeira (BRASIL, 2012).

A EBSEERH encontra-se ainda no processo de evolução, com devidos ajustes e aperfeiçoamentos na aplicação de melhores práticas de gestão, de forma a alcançar o fim pretendido, para se tornar modelo de gestão, capaz de recuperar os HUFs, levando-os a tornarem-se referência em assistência hospitalar e no campo de ensino e pesquisa no Brasil.

Na avaliação de alguns pesquisadores, a EBSEERH é uma gestão inovadora e efetiva, capaz de produzir notáveis efeitos, podendo ser resumidos em: melhoramento no quadro de funcionários, melhorias da infraestrutura física e tecnológica e otimização de processos, entre eles a gestão de compras, por exemplo, no âmbito do hospital universitário da capital federal (MARTINS; PORTULHAK; VOESE, 2015).

Gurgel (2016), destaca algumas mudanças nos indicadores após a adesão ao contrato de gestão em uma filial da EBSEERH no nordeste do país, afirmando que é notório o impacto do aumento do número de servidores nas diversas atividades desenvolvidas no hospital. 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, ocorrendo melhoria no aporte de pessoal, advindo do REHUF, mesmo que esse modelo de administração, inspirado na gestão empresarial, permaneça como uma incógnita (LEITE; SOUZA, 2019; ROSA, 2019).

Pensar e planejar estrategicamente é necessário, em conjunto e de forma compatível com a complexidade contemporânea, sendo imprescindível a sustentação de estratégias de gerenciamento em ações de saúde, depois de implementadas, ainda que apartadas e independentes, precisam de tempo para surtir efeito redutores, mas quando somadas passam a produzir bons resultados.

Ademais, quaisquer iniciativas, estratégias ou políticas voltadas à saúde são extremamente importantes, não só pela sua essencialidade para ampliar condições adequadas de vida para a sociedade, mas também devido à situação de crise em que se encontra o sistema público de saúde. Assim, o Programa REHUF e a EBSEERH representam estratégias importantes para a reconstrução desse sistema.

3 ORÇAMENTO PÚBLICO

Ao considerar o foco da pesquisa, sobre o uso dos recursos do REHUF no âmbito da gestão do HU-UFPI, o orçamento público apresenta-se essencial para descrever como esta instituição executa seu orçamento para alcançar o cumprimento das diretrizes estabelecidas pelo Programa. Este capítulo traz uma perspectiva histórico-conceitual sobre orçamento público brasileiro e descreve o processo orçamentário atual, visando possibilitar melhor compreensão sobre a implementação do programa REHUF em um hospital universitário.

Os recursos destinados às diferentes políticas públicas estão sistematizados no orçamento público dos entes federados. O orçamento público, é um instrumento que expressa, para um exercício financeiro, as políticas, os programas e os meios de seu financiamento, bem como é um plano de trabalho de governo, que discrimina os objetivos e as metas a serem alcançadas, de acordo com as necessidades locais (QUIRINO, 2011).

O orçamento público representa a ação planejada do Estado, quer na manutenção de suas atividades, quer na execução de seus projetos, sendo o instrumento de que dispõe o Poder Público (em qualquer de suas esferas) para expressar, em determinado período, seu programa de atuação, discriminando a origem e o montante dos recursos a serem obtidos, bem como a natureza e o montante dos dispêndios a serem efetuados. Dessa forma, se quisermos saber o modo como cada ente federativo prioriza ou não determinada política pública, o termômetro é seu orçamento. Ele é o documento que o espelha, demonstrando suas prioridades, seus aspectos econômico, político e social (QUIRINO, 2011).

O Orçamento público é o instrumento de gestão de maior relevância e provavelmente o mais antigo da administração pública. É um instrumento que os governos usam para organizar os seus recursos financeiros. Partindo da intenção inicial de controle, o orçamento público tem evoluído e vem incorporando novas instrumentalidades. Originou-se pela necessidade de regular a discricionariedade dos governantes na destinação dos recursos públicos (ENAP, 2006).

Um dos vestígios mais interessantes dessa ideia está na Magna Carta inglesa, outorgada no ano de 1215, pelo Rei João Sem Terra. Porém, deve-se considerar que este é apenas um esboço daquilo que hoje se considera como orçamento público moderno. De lá para cá, foram desenvolvidas muitas técnicas orçamentárias, fazendo frente às exigências e necessidades dos novos arranjos entre o Estado e a sociedade (ENAP, 2006).

No Brasil, o orçamento surge logo após a revolução pernambucana no ano de 1817, quando D. João VI criou vários impostos no País. Mas somente na Constituição de 1824 é que

a peça orçamentária foi estabelecida oficialmente. No entanto, apenas em 1830 é que teve o primeiro Orçamento Geral no Brasil, votado para o exercício financeiro de 1830 e 1831 (NASCIMENTO, 2010).

Em 17 de março de 1964, a edição da Lei Federal 4.320, representou um marco em termos de finanças públicas, tendo estabelecido normas gerais de direito financeiro para elaboração e controle do orçamento público. Além da lei 4.320/64, entrou em vigor em 2000 a Lei Complementar 101, Lei de Responsabilidade Fiscal, que buscou harmonizar e consolidar as diferentes normas que buscam o equilíbrio das contas públicas, estabelecendo princípios e normas gerais de finanças públicas para os três níveis de governo, aplicáveis a todos os Poderes de Estado (MAGALHÃES, 2006).

Em termos históricos, no Brasil, o orçamento público passou por três etapas: o orçamento tradicional; o orçamento de desempenho e o orçamento-programa. A prática orçamentária federal antecedente à Lei nº 4.320, de 1964, baseava-se na técnica tradicional de orçamentação. Essa técnica clássica produz um orçamento que se restringe à previsão da receita e à autorização de despesas. Não se verifica uma preocupação primária com o atendimento das necessidades bem formuladas da coletividade ou da própria administração pública. Nem mesmo ficam claros os objetivos econômicos e sociais que motivaram a elaboração da peça orçamentária (ENAP, 2006).

Por outro lado, nesse modelo de orçamento, há uma preocupação exagerada com o controle contábil do gasto, refletida no obsessivo detalhamento da despesa. Outra característica dessa técnica é a elaboração orçamentária com viés inercial (ou incremental), que procura introduzir pequenos ajustes nas receitas e despesas, pois os órgãos eram contemplados no orçamento de acordo com o que gastavam no exercício anterior e não em função do que pretendiam realizar (ENAP, 2006; NASCIMENTO, 2010).

A evolução do orçamento clássico trouxe um novo enfoque na elaboração da peça orçamentária. Evidenciar as "coisas que o governo compra" passa a ser menos importante em relação às "coisas que o governo faz". Assim, saber o que a administração pública compra tornou-se menos relevante do que saber para que se destina a referida aquisição (ENAP, 2006). Assim, surge o orçamento de desempenho, o qual apresenta os propósitos e objetivos para os quais os créditos se fazem necessários, os custos dos programas propostos para atingir aqueles objetivos, além de dados quantitativos que meçam as realizações e trabalho levados a efeito em cada programa (NASCIMENTO, 2010).

O orçamento-programa foi introduzido na esfera federal pelo Decreto-Lei nº 200, de 23 de fevereiro de 1967, que menciona o orçamento-programa como plano de ação do Governo

Federal. Contudo, o marco legal que cristalizou a adoção do orçamento-programa no Brasil foi a Portaria da Secretaria de Planejamento e Coordenação da Presidência da República nº 9, de 28 de janeiro de 1974, que instituiu a classificação funcional-programática. Essa portaria vigorou - com alterações no decorrer dos anos, porém sem mudanças estruturais - até 1999. A partir do exercício de 2000, houve sua revogação, pela Portaria nº 42, de 14 de abril de 1999, do então Ministério do Orçamento e Gestão, que instituiu uma classificação funcional e remeteu a estrutura programática aos planos plurianuais de cada governo e esfera da federação (ENAP, 2006).

Segundo Nascimento (2010), o orçamento-programa é aquele que apresenta os propósitos, objetivos e metas para os quais a administração solicita os fundos necessários, identifica os custos dos programas propostos para alcançar tais objetivos e os dados quantitativos que medem as realizações e os trabalhos realizados dentro de cada programa.

O ciclo orçamentário, também conhecido como processo orçamentário, pode ser definido como um processo de caráter contínuo e simultâneo, por meio do qual se elabora, aprova, executa, controla e avalia a programação de dispêndios do setor público nos aspectos físico e financeiro. Logo, ciclo orçamentário corresponde ao período de tempo em que se processam as atividades típicas do orçamento público, desde sua concepção até a apreciação final, abrangendo as fases de elaboração da proposta, discussão e aprovação, execução e acompanhamento e, por fim, controle e avaliação do orçamento (NASCIMENTO, 2010).

O processo de elaboração do orçamento público obedece a um ciclo integrado ao planejamento de ações que, de acordo com a Constituição Federal de 1988, artigo 165, compreendem leis de iniciativa do Poder Executivo: o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), cabendo ao Poder Legislativo apreciá-las no âmbito de cada esfera da federação e aprová-las (QUIRINO, 2011).

Conforme dispõe o artigo 165 da Constituição, o PPA “...estabelecerá, de forma regionalizada, as diretrizes, objetivos e metas para administração pública federal para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas aos programas de duração continuada.”

O PPA define estratégias, diretrizes, metas e objetivos de cada esfera de governo pelo período de quatro anos, fixando metas de longo prazo para a administração pública. O referido plano deve ser elaborado no primeiro ano de mandato do governante para vigorar no segundo ano do mandato até o primeiro ano da gestão seguinte, visando assegurar a continuidade das políticas públicas nas mudanças de governos. Apenas os programas que estão previstos no PPA

podem receber recursos nos orçamentos anuais ou serem priorizados na LDO (QUIRINO, 2011).

De acordo com a Constituição Federal (artigo 165, § 2º) a LDO compreende as metas e prioridades da administração pública, incluindo as despesas de capital para o exercício financeiro subsequente; orienta a elaboração da lei orçamentária anual; dispõe sobre as alterações na legislação tributária e estabelece a política de aplicação das agências financeiras oficiais de fomento (BRASIL, 1988).

Destarte, a LDO deverá estabelecer os parâmetros necessários à alocação dos recursos no orçamento anual, de forma a garantir a realização das metas e objetivos contemplados no PPA. Trata-se, portanto, de instrumento que funciona como elo entre o PPA e os orçamentos anuais, compatibilizando as diretrizes do plano às estimativas das disponibilidades financeiras para determinado exercício (NASCIMENTO, 2010).

A Lei de Diretrizes é um plano de curto prazo e, de acordo com a Lei de Responsabilidade Fiscal, tem a competência de definir um equilíbrio entre as receitas e despesas, estabelecer critérios e formas de limitação de empenho, definir normas relativas ao controle de custos e à avaliação dos resultados dos programas financiados com recursos dos orçamentos, e indicar as demais condições e exigências para a transferência de recursos a entidades públicas e privadas (MILIONI; BEHR; GOULARTE, 2015).

De acordo com o §5º, do artigo 165 da Constituição, a LOA comporta três orçamentos:

- I) o orçamento fiscal referente aos Poderes da União, seus fundos, órgãos e entidades da administração direta e indireta, inclusive fundações instituídas e mantidas pelo Poder Público;
- II) o orçamento de investimento das empresas em que a União, direta ou indiretamente, detenha a maioria do capital social com direito a voto;
- III) o orçamento da seguridade social, abrangendo todas as entidades e órgãos a ela vinculados, da administração direta ou indireta, bem como os fundos e fundações instituídos e mantidos pelo Poder Público (BRASIL, 1988).

A LOA é o programa de trabalho de governo expresso em termos quantificados dos serviços, obras e investimentos a serem realizados e dos valores financeiros que serão recolhidos do patrimônio dos particulares e de outras fontes de receita, aprovado por lei, atuando como um instrumento de que se serve a administração pública para pôr em prática o programa de trabalho expresso no Plano Plurianual, bem como dar conhecimento aos administrados, como fonte de informação social, sobre as ações governamentais que serão levadas à execução durante o exercício financeiro (QUIRINO, 2011).

Encerrado o processo legislativo com a publicação da LOA, o Poder Executivo terá até 30 dias para estabelecer, através de DECRETO, a programação financeira e o cronograma de

execução mensal de desembolso. Nessa fase são efetivadas a arrecadação da receita pública e o processamento da despesa pública, dentro do exercício financeiro que coincide com o ano civil (MILIONI; BEHR; GOULARTE, 2015).

A receita pública é um conjunto de ingressos financeiros com fontes e fatores geradores próprios e permanentes, oriundos de ação e de tributos inerentes à instituição (União, Estados e municípios), e que, integrando o patrimônio e na qualidade de elemento novo, produz-lhe acréscimos, contudo, sem gerar obrigações, reservas ou reivindicações de terceiros, destinando-se a atender à manutenção e conservação dos serviços públicos (NASCIMENTO, 2010).

A Lei 4.320/64 classificou a receita orçamentária nas seguintes categorias econômicas: receita corrente e receita de capital. Receitas correntes são aquelas provenientes de arrecadação de tributos, contribuições, patrimonial, agropecuária, industrial, de serviços e outras, bem como aquelas oriundas de recursos financeiros recebidos de outras pessoas do direito público ou privado, destinadas à cobertura de despesas correntes (NASCIMENTO, 2010).

E as receitas de capitais são conhecidas como secundárias ou receitas por mutação patrimonial. Estas são originárias da realização de recursos financeiros provenientes de constituição de dívidas, de conversão em espécie, de bens e direitos, além dos recursos recebidos de outras pessoas de direito público ou privado, destinados a atender as despesas classificáveis em despesas de capital (MAGALHÃES, 2006).

A despesa pública pode ser definida como o conjunto de dispêndios ou de pagamento efetuados pelo Estado, ou por outra pessoa do direito público, para o funcionamento dos serviços públicos. Assim, a despesa como parte do orçamento, compreende as autorizações para gastos em várias atribuições e funções governamentais (MAGALHÃES, 2006).

Quanto à categoria econômica, as despesas também são classificadas em correntes e de capital. São despesas correntes as que se referem aos desembolsos, em que não resultam em compensação patrimonial, podem ser classificadas em: Pessoal e Encargos Sociais, Juros e Encargos da Dívida, Outras Despesas Correntes. E as despesas de capital, são aquelas que contribuem, diretamente, para a formação ou aquisição de um bem de capital. As despesas de capitais provocam mutações patrimoniais e se dividem em: Investimentos, Inversões Financeiras e Amortização da Dívida (MAGALHÃES, 2006; NASCIMENTO, 2010).

Os estágios da despesa consistem em importante função da Administração Pública, devendo ser adotados para assegurar a qualidade das operações, em termos de eficiência e eficácia e também para resguardar a administração de possíveis erros, fraudes ou desvios, de maneira a garantir a transparência e a confiabilidade dos atos dos gestores (MAGALHÃES, 2006).

Existe uma diversidade de formas de visualizar os estágios da despesa, conforme Nascimento (2010), com o intuito de expor uma visão mais completa possível dos estágios das despesas, estão configurados em: 1. previsão orçamentária da despesa pelo Executivo; 2. fixação da despesa pelo Legislativo; 3. processo licitatório; 4. empenho; 5. liquidação; e 6. pagamento.

Preliminarmente, observa-se que tanto a Constituição da República quanto a Lei nº 8.666/93 exigem a previsão orçamentária para efeito de efetivação de despesa, logo, nenhuma despesa pode ser assumida sem que exista a sua previsão no plano orçamentário. Antes da execução da despesa pública, o setor público deverá utilizar-se do processo licitatório, que representa o conjunto de procedimentos adotados pelo Estado, visando à aquisição de bens e serviços (NASCIMENTO, 2010).

Na fase de fixação da despesa realizam-se estudos e cálculos a fim de determinar o montante total a ser registrado como valor máximo orçamentário a ser gasto pela Administração Pública na execução do orçamento (MAGALHÃES, 2006).

O empenho é o ato administrativo que estabelece a parcela do orçamento para a execução de determinada despesa, a liquidação é o ato que define o reconhecimento formal de que o fornecedor entregou o produto em conformidade com as especificações do empenho e o pagamento é a efetiva emissão de ordem de pagamento, pelo valor líquido das retenções previstas na legislação, ao beneficiário indicado à nota de empenho (ALBUQUERQUE; MEDEIROS; FEIJÓ, 2006). Os restos a pagar constituem as despesas empenhadas, mas não pagas até o último dia do ano financeiro (MAGALHÃES, 2006).

Importante salientar que toda despesa pública necessita de prévio empenho, para reservar recursos orçamentários, impedindo seu duplo comprometimento. Assim, estabelece-se uma relação contratual com o credor, a quem fica comprometido o pagamento da quantia empenhada se o objeto do empenho for executado pelo favorecido (MILIONI; BEHR; GOULARTE, 2015).

Depois de executada a despesa, compete aos órgãos de controle apreciar e julgar se a aplicação dos recursos públicos ocorreu nos termos previstos na LOA e nas demais espécies normativas que vinculam a gestão dos recursos públicos. O controle poderá ser interno, quando realizado por estruturas organizacionais instituídas no âmbito da própria entidade controlada, compreendendo um conjunto de atividades, planos, métodos e procedimentos estruturados e integrados. E externo, quando executado pelo Poder Legislativo, com auxílio dos Tribunais de Contas, na mesma estrutura dos controles internos (ALBUQUERQUE; MEDEIROS; FEIJÓ, 2006).

Em suma, o orçamento público brasileiro é um produto direto do exercício da democracia representativa, pois materializa a decisão política coletiva sobre a alocação dos recursos públicos, através da Lei Orçamentária Anual. Por esse motivo, o Orçamento é mais que uma lei sob o aspecto formal, é um dos principais mecanismos de planejamento e gestão das ações e finanças públicas. Possui um papel importante, pois expressa monetariamente os recursos que deverão ser mobilizados, no ano específico de sua vigência, para execução das políticas públicas e do programa de trabalho do governo (MILIONI; BEHR; GOULARTE, 2015).

Estabelecidos no PPA, os programas/políticas de governo destinados a atender à sociedade, são dotados de metas a serem alcançadas pelos órgãos públicos, de tal forma que, tomados em conjunto, possam levar a resultados que viabilizem o alcance dos objetivos governamentais mais amplos. Assim atuam os HUFs, executando seu orçamento para atingir o cumprimento das metas estabelecidas pelo Governo Federal.

4 CONTEXTUALIZAÇÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFPI

4.1 Um breve histórico

O Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí (HU-UFPI) foi inaugurado oficialmente em 9 de novembro de 2012, após 23 anos do início de sua construção, na gestão do reitor Luiz de Sousa Santos Júnior, objetivando a prestação de assistência à saúde e a realização de atividades de ensino, pesquisa, extensão e inovação tecnológica, ofertando serviços de alta e média complexidade, não havendo atendimento de urgência e emergência.

De acordo com o site institucional da UFPI (2012), a ideia de construção do hospital começou em 1987. Na época, o Piauí era o único estado que não tinha um hospital federal. A proposta de construção do Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí (HU-UFPI) começou a tomar forma quando o então deputado federal pelo Piauí Hugo Napoleão, que na época ocupava o cargo de Ministro da Educação, encampou a ideia de instalação de um hospital universitário no Estado, assinando a Portaria nº 668, de 16 de dezembro de 1987, que autorizava sua construção. Em janeiro de 1989, foram iniciadas as obras, tendo continuidade em gestões de diferentes reitores, a exemplo de Anfrísio Neto Lobão Castelo Branco, Charles Carvalho Camilo da Silveira, Pedro Leopoldino Ferreira Filho e Luiz de Sousa Santos Junior.

A primeira etapa, correspondente ao período de 2004 a 2012, apenas o setor ambulatorial estava em funcionamento com atividades iniciadas em 24 de setembro de 2004, funcionando em dias úteis e oferecendo serviços ambulatoriais com destaque para a especialidade de Gastroenterologia. O hospital contava com 24 consultórios para atendimento em seis linhas de atuação: sistema cardiovascular, urinário, digestivo, cabeça, pescoço e saúde da mulher. A partir de 2012, com a gestão da EBSEH, suas atividades foram iniciadas de maneira gradual, primeiramente com a ampliação do setor ambulatorial, com 53 consultórios ambulatoriais (UFPI, 2012).

Na época da abertura das atividades, sob a direção do Dr. José Lages Monte, 379 profissionais concursados integravam a equipe do hospital, já havendo a expectativa de que o HU-UFPI se tornasse referência na assistência a pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), realizando atendimentos de média e alta complexidade e desenvolvendo seu papel de hospital escola (UFPI, 2012).

4.2 Características gerais

O HU-UFPI está situado no Campus Universitário Ministro Petrônio Portela, bloco SG 07 s/n – Bairro Ininga, zona leste da cidade de Teresina, capital do estado do Piauí, que é considerada um polo de referência na área de saúde, e município integrante da Região de Saúde Entre Rios, composta por 31 municípios, com uma população de 1.159.894 habitantes, correspondendo a 38% do total do Estado. A população de abrangência dos serviços do HU-UFPI gira em torno de 3.180.360 habitantes, quando considerado o Estado do Piauí, e para mais de 6 milhões de habitantes, tendo em vista a referência para usuários de outros estados, notadamente, Maranhão, Pará, Tocantins e Amapá (PDE, 2018-2022).

A linha de subordinação do hospital possui interface com duas instâncias públicas ministeriais: Ministérios da Saúde e da Educação. Desta forma, sua dinâmica de funcionamento envolve estas duas realidades com as quais convive diariamente.

O Hospital é um componente organizacional vinculado à UFPI, que é vinculada ao MEC, por ser uma instituição formadora de recursos humanos, na área de saúde e outras relacionadas, através das atividades de ensino e pesquisa, contudo, subordinado administrativamente à EBSEH. É constituído com base no Inc. V do art. 19º do Regimento Geral da UFPI/Resolução nº 45/99, de 16/12/1999 (UFPI, 2019).

Por outro lado, ao prestar serviços ao SUS, subordina-se à regulamentação da Fundação Municipal de Saúde (FMS) e, conseqüentemente, ao Ministério da Saúde, mediante o Contrato nº 175/2017 – FMS/HU-UFPI/EBSEH e Termo Aditivo nº 1/2019. Por ser um hospital referenciado, o encaminhamento de pacientes para serviços ambulatoriais (consultas, exames e procedimentos) é regulado pela FMS de Teresina/PI, a partir de agendamento pela central de marcação de consultas do Sistema Único de Saúde (SUS). O encaminhamento de pacientes para internação é de responsabilidade da Central de Regulação, ligada à FMS/Teresina.

Com base no Documento Descritivo, parte integrante do instrumento de contratualização de resultados do HU-UFPI, que define suas metas quantitativas e qualitativas, o perfil do hospital está descrito como sendo de retaguarda da Rede de Urgência e Emergência, onde a regulação é realizada de acordo com a disponibilidade de vagas que é informada diariamente à referida central (HU-UFPI/EBSEH, 2019).

4.3 Contrato de adesão à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)

A Universidade Federal do Piauí (UFPI) foi a primeira universidade do país a manifestar interesse à adesão a EBSEH para administrar o hospital universitário da instituição (UFPI, 2012). A adesão à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH, ocorreu em 14 de agosto de 2012, ocasião em que foi assinado, pelo reitor Luiz de Sousa Santos Junior, o pré-contrato, firmando-se, assim, o compromisso de gestão, que, em 08 de abril de 2013, foi formalizado pelo reitor José Arimatéia Dantas Lopes.

A EBSEH, empresa pública vinculada ao Ministério da Educação, passou a ser a responsável pela gestão do HU-UFPI, assumindo a coordenação e a avaliação da execução das atividades do hospital; apoiando tecnicamente a elaboração de instrumentos de melhoria da gestão, além da distribuição de recursos para a expansão e o aprimoramento dos serviços prestados.

O contrato entre as partes foi assinado em Brasília no dia 8 de abril de 2013, sendo o 4º (quarto) Hospital Universitário Federal a assinar contrato de gestão com a EBSEH, com a presença do Presidente da EBSEH Prof. Dr. José Rubens Rebelatto e da Diretora de Gestão de Pessoas, Jeanne Liliane Marlene Michel, do Prof. Dr. José Arimatéia Dantas Lopes (Magnífico Reitor da UFPI). O atual Superintendente do HU-UFPI, o Prof. Dr. José Miguel Luz Parente, foi nomeado em 4 de dezembro de 2013 (Portaria nº 185, de 04/12/2013/EBSEH).

A criação da EBSEH, e subsequente adesão de hospitais universitários e congêneres, tem como diretrizes a modernização da gestão, a reestruturação da força de trabalho, a reestruturação física e tecnológica e a qualificação da gestão orçamentária e financeira. O alcance dos objetivos que derivam dessas diretrizes dependerá de um conjunto de ações pactuadas entre a EBSEH e o hospital. Entre elas, incluem-se o reordenamento dos serviços assistenciais, a seleção e contratação de pessoal e a implantação de uma nova arquitetura organizacional.

4.4 Ensino, pesquisa e extensão

Cumprindo seu papel de hospital escola, o compromisso do HU-UFPI com a formação de profissionais em variadas áreas do conhecimento pode ser confirmado com o desenvolvimento das atividades de ensino, pesquisa e extensão. Alunos de 16 cursos de graduação da UFPI desenvolvem atividades acadêmicas no hospital, além da realização de

estágios em diferentes áreas do conhecimento. Quanto aos cursos de pós-graduação lato sensu são realizados 23 programas de residência médica, 5 residências multiprofissional em alta complexidade, 6 residências multiprofissional em assistência em cuidados intensivo e 1 residência uniprofissional em cirurgia bucomaxilofacial (HU-UFPI/EBSERH, 2019).

Enquanto instituição pública de assistência, ensino e pesquisa na área da saúde, desenvolve atividades assistenciais, que englobam investigação diagnóstica e tratamento clínico e cirúrgico, com atendimento ambulatorial, internações em enfermarias e unidades de terapia intensiva, além das atividades de ensino e pesquisa. Atendendo à Lei SUS nº 8080/90, o hospital presta serviços de assistência à saúde, de forma indiscriminada, à população. É um prestador de serviços e parte componente de um sistema hierarquizado, onde representa, para alguns procedimentos, o nível quaternário de referência.

4.5 Missão, visão e valores

O HU-UFPI tem como missão “desenvolver atividades assistenciais qualificadas que viabilizem a realização de ações acadêmicas de excelência nas áreas de ensino, pesquisa e extensão” (HU-UFPI/EBSERH, 2019).

A visão do hospital é “Alcançar, até 2022, elevado padrão de qualidade e maior abrangência na assistência à saúde de média e alta complexidade, com o intuito de impulsionar a formação de profissionais com excelência técnica e notável saber no Estado do Piauí”.

Seus valores são: “ética, transparência, sustentabilidade, valorização das pessoas, humanização, segurança do paciente e responsabilidade social” (HU-UFPI/EBSERH, 2019).

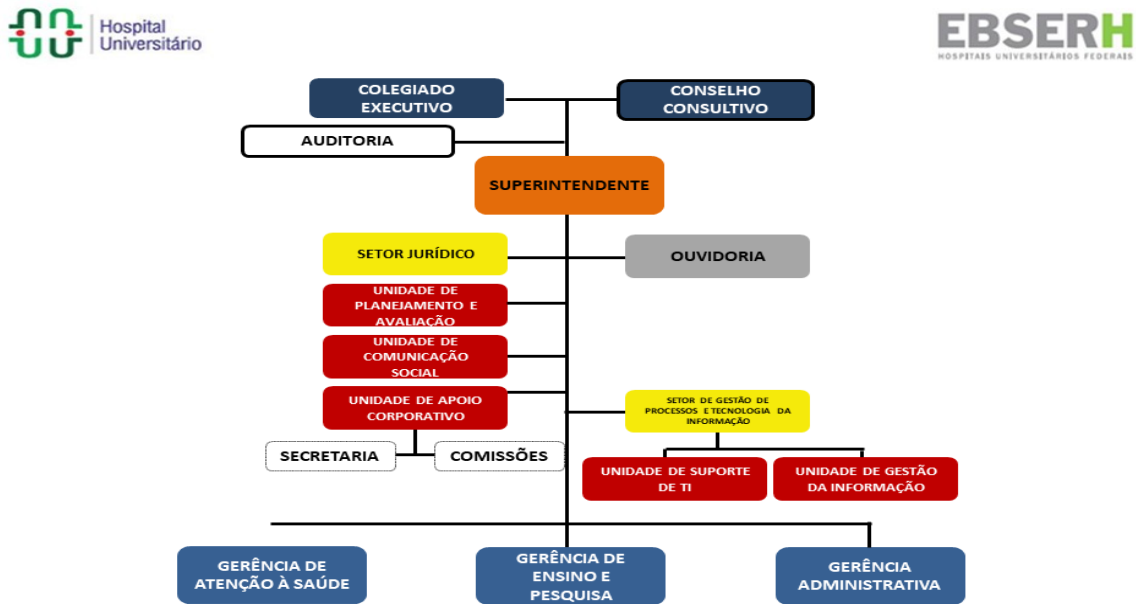
4.6 Estrutura organizacional

A atual estrutura organizacional do hospital passou por um processo de mudanças com a reestruturação de seus segmentos gerenciais, após a administração da EBSERH. A estrutura de governança do HU-UFPI é formada por um colegiado executivo composto pela Superintendência e três gerências: Gerência de Atenção à Saúde, Gerência de Ensino e Pesquisa e Gerência Administrativa.

Os cargos de Superintendente do Hospital e de Gerentes são de livre nomeação. O Superintendente é selecionado e indicado pelo Reitor, sendo do quadro permanente da universidade contratante da EBSERH, obedecendo a critérios estabelecidos de titulação acadêmica e comprovada experiência em gestão pública no campo da saúde, definidos

conjuntamente entre a Reitoria e a EBSEERH, nos termos do artigo 6º da Lei nº. 12.550, de 15 de dezembro de 2011 (HU-UFPI/EBSEERH, 2016). Na figura 1 estão representados apenas os principais componentes organizacionais da estrutura vigente.

Figura 1 - Estrutura Organizacional da Alta Administração do HU-UFPI/EBSEERH



Fonte: HU-UFPI/EBSEERH (2019).

Segundo o Regimento Interno da EBSEERH (2016), as Gerências são ocupadas por pessoas selecionadas por uma comissão composta por membros da Diretoria Executiva da EBSEERH e pelo Superintendente da unidade hospitalar, indicados a partir de análise curricular que comprove qualificação para o atendimento das competências específicas de cada Gerência, de acordo com a normativa interna que trata do assunto. As pessoas selecionadas para as Gerências são nomeadas pelo Presidente da EBSEERH.

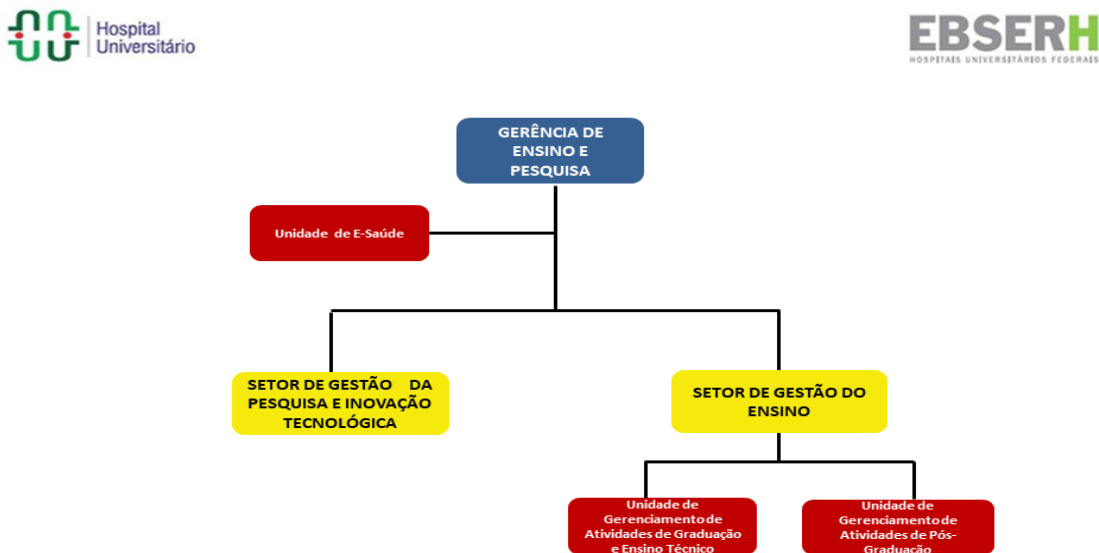
O Colegiado Executivo, composto pelo Superintendente e Gerentes de cada unidade hospitalar vinculada à EBSEERH, é responsável pela direção e administração de todas as atividades da unidade, em consonância com as diretrizes, coordenação e monitoramento da EBSEERH e, no que for pertinente ao ensino e à pesquisa, de acordo com as necessidades e orientações da universidade a qual a unidade hospitalar estiver vinculada.

A Gerência de Ensino e Pesquisa tem por objetivo regulamentar as atividades ligadas ao ensino, pesquisa e extensão realizadas no âmbito do HU/UFPI, de modo a atender as diretrizes educacionais da Universidade Federal do Piauí (UFPI). Dessa forma, o

planejamento, acompanhamento, avaliação e apoio às atividades de ensino, pesquisa e extensão acontecem de forma integrada com a assistência à saúde.

A Gerência de Ensino e Pesquisa está estreitamente ligada aos cursos de graduação e pós-graduação da UFPI. Nessa perspectiva, para que o HU-UFPI cumpra o seu papel no âmbito do ensino, pesquisa e extensão como formador de profissionais da saúde e de outras áreas, são desenvolvidas várias ações, como: ampliação e implantação de cursos de residências médicas e multiprofissionais, integração com diferentes setores da Universidade, fomentação de pesquisas e abertura de campo de estágios nas diversas áreas de formação.

Figura 2 - Estrutura Organizacional da Gerência de Ensino e Pesquisa do HU-UFPI



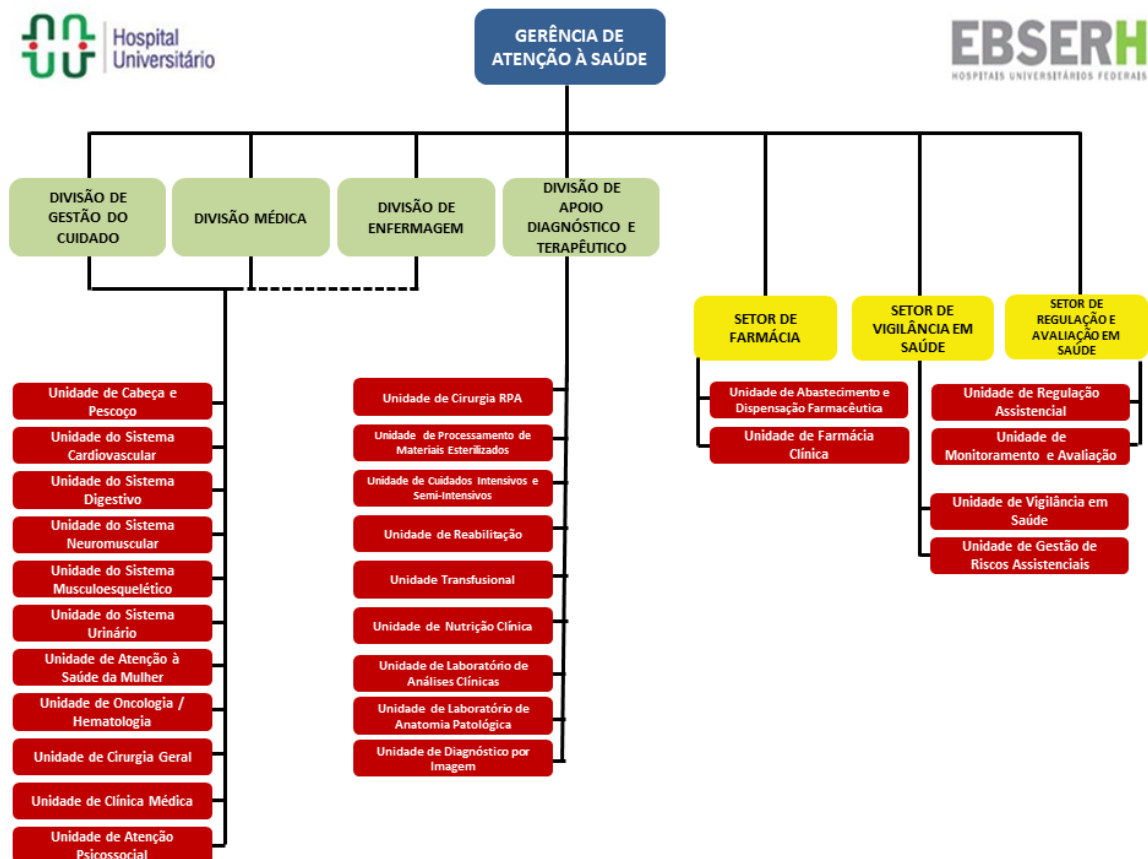
Fonte: HU-UFPI/EBSERH (2019).

A Gerência de Atenção à Saúde está diretamente vinculada à Superintendência do HU-UFPI e tem sob sua responsabilidade a Divisão de Enfermagem, Divisão de Gestão do Cuidado, Divisão Médica e a Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico.

As principais competências do Gerente de Atenção à Saúde são: implantar as diretrizes do modelo assistencial definido pela EBSEH, coordenar o planejamento, a organização e administração dos serviços assistenciais, coordenar as atividades da equipe multiprofissional de saúde, coordenar a implantação das ações de atenção integral à saúde, gerenciar a implantação das diretrizes da política de humanização do cuidado em saúde, estabelecer metas

quantitativas e qualitativas dos serviços assistenciais e de gestão da atenção à saúde, monitorar e avaliar a qualidade dos serviços hospitalares por meio de indicadores de desempenho, articular internamente os serviços e práticas assistenciais, com vistas à garantia da integralidade da atenção, coordenar a elaboração e a implantação dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, coordenar o processo de identificação de necessidades e proposição de ações de educação permanente das equipes multiprofissionais de saúde vinculadas à Gerência e Gerenciar o contrato com a gestão do SUS, monitorando as responsabilidades e metas da assistência à saúde (HU-UFPI/EBSERH, 2019).

Figura 3 - Estrutura Organizacional da Gerência de Atenção à Saúde do HU-UFPI

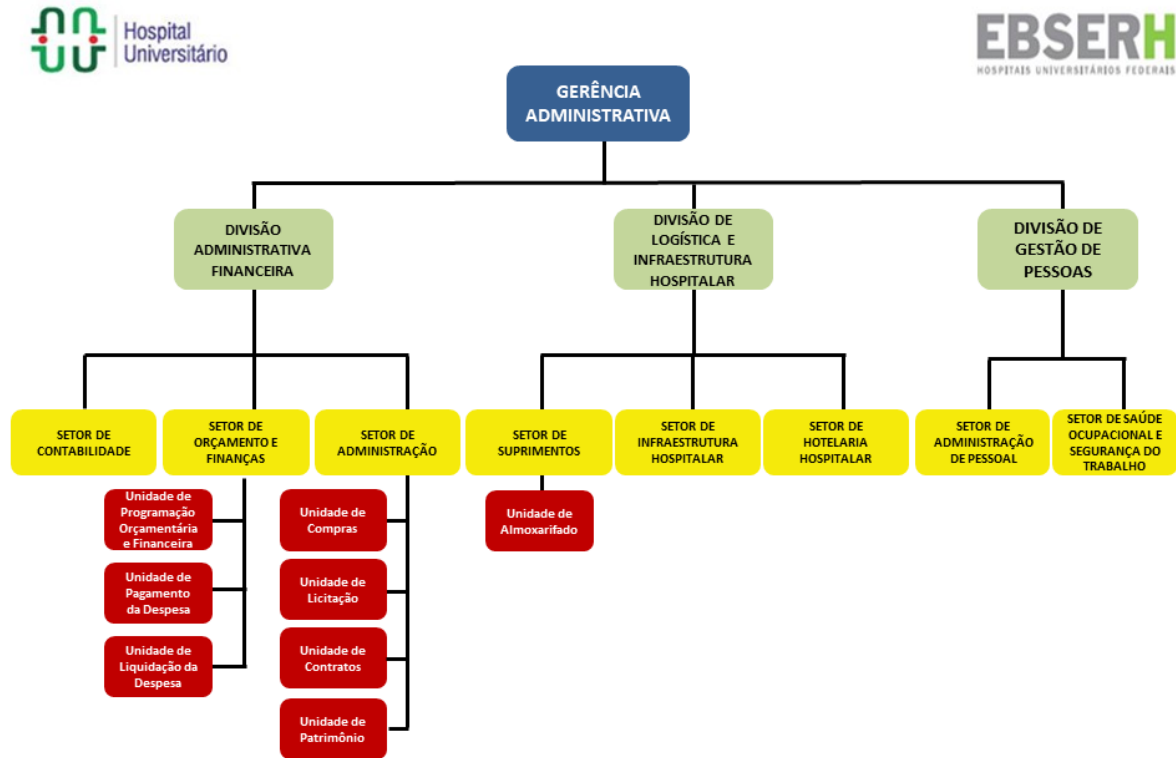


Fonte: HU-UFPI/EBSERH (2019).

A Gerência Administrativa é a unidade do HU-UFPI responsável por: gerenciar e implementar as políticas de gestão administrativa, orçamentária, financeira, patrimonial e contábil no âmbito do hospital, assinar os processos financeiros para pagamento, após a análise pela Unidade de Liquidação da Despesa, submetendo-os à deliberação do Ordenador de Despesas, e gerenciar e implementar as políticas de gestão da logística e infraestrutura

hospitalar e de gestão de pessoas. A Estrutura organizacional da Gerência Administrativa é organizada conforme mostra a figura 4.

Figura 4 - Estrutura Organizacional da Gerência Administrativa do HU-UFPI



Fonte: HU-UFPI/EBSERH (2019).

Dentre outras atividades, a Gerência de Administração tem a responsabilidade de: atuar como ordenador de despesa, autorizar a emissão, reforço e anulação de empenhos, adotando os procedimentos adequados para a execução, registro e controle, executar, planejar, organizar, acompanhar, controlar e avaliar as demandas de contratação de serviços e aquisição de bens da unidade gestora sob sua responsabilidade, instruindo e deflagrando o processo de licitação, aprovar projetos básicos e termos de referência, homologar, anular ou revogar procedimentos de licitação, no âmbito de sua competência, ratificar a inexigibilidade e a dispensa de licitação, nos casos previstos na legislação em vigor, observadas as diretrizes da DAF, acompanhar a execução, bem como fiscalizar as obras e serviços de engenharia, emitindo relatórios periódicos à Diretoria de Logística e Infraestrutura Hospitalar e adotar as medidas necessárias para a

obtenção e renovação de licenças e permissões administrativas necessárias ao funcionamento do Hospital Universitário sob sua responsabilidade (HU-UFPI/EBERH, 2019).

4.7 Estrutura físico-funcional

O hospital ocupa uma área física de aproximadamente 53.029,50m², sendo 34.790,70m² de área externa e 18.238,80 m² de área construída, com a seguinte conformação:

- 150 leitos para internação em enfermarias, nos postos 1, 3 e 4;
- 25 leitos para internação na Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon), no posto 2;
- 15 leitos para Unidade de Terapia Intensiva - UTI;
- 12 leitos-poltrona destinados a Unacon, para quimioterapia ambulatorial;
- 01 agência transfusional;
- 10 salas cirúrgicas, no bloco cirúrgico principal;
- 03 salas para cirurgias odontológicas na especialidade bucomaxilofacial;
- 03 salas para pequenas cirurgias;
- 19 salas para exames de métodos gráficos, imagem e hemodinâmica;
- 12 salas para análises clínicas e patológicas;
- 53 consultórios ambulatoriais;
- 01 Auditório com capacidade para 100 lugares, 02 salas de teleconferência e 01 sala para atividades acadêmicas (Espaço Acadêmico);
- 01 Centro Avançado Diagnóstico e Terapêutico com ressonância magnética, tomografia computadorizada, radiografia, ultrassonografia, hemodinâmica, vídeo-endoscopia, eletrocardiógrafos, eletroencefalógrafos e ergometria;
- 01 Biblioteca;
- 01 Lavanderia;
- 01 Laboratório de Análises Clínicas;
- 01 Laboratório de Análises Patológicas;
- 01 Unidade de Processamento de Materiais Esterilizados (UPME);
- 01 Refeitório;
- 01 Farmácia Central e 3 Farmácias satélites;
- 01 Sala de simulação realística;
- 02 salas no Programa do Tabagismo;
- 01 espaço acadêmico;
- 15 salas administrativas (compras, licitação, financeiro, contabilidade, contrato, informática, apoio operacional, suprimentos, engenharia).

4.7.1 Especialidades e serviços oferecidos

O HU-UFPI é referência no que se refere aos serviços de alta e média complexidade no Piauí, com destaque para Cirurgia Cardíaca, Hemodinâmica, Traumato-ortopedia, Bucomaxilofacial, Nutrição Enteral e Parenteral e Oncologia. São oferecidos serviços assistenciais nas especialidades, conforme quadro 1.

Quadro 1 - Serviços de saúde oferecidos pelo HU-UFPI

Serviços Ambulatoriais	Serviços cirúrgicos
Cardiologia	Cirurgias do aparelho digestivo
Cirurgia cabeça e pescoço	Buco maxilo
Cirurgia cardiovascular	Cirurgia cabeça e pescoço
Cirurgia do aparelho digestivo	Cirurgias cardíacas
Cirurgia geral	Cirurgia geral
Cirurgia ginecológica	Cirurgias vasculares
Cirurgia plástica	Ginecologia
Cirurgia torácica	Ortopedia
Cirurgia vascular	Cirurgia plastica
Dermatologia	Proctologia
Endocrinologia	Cirurgia torácica
Gastroenterologia	Urologia
Geriatrics	Neurocirurgia
Ginecologia	
Hematologia	
Mastologia	
Nefrologia	
Neurocirurgia	
Neurologia	
Oftalmologia	
Oncologia	
Ortopedia	
Plástica ocular	
Pneumologia	
Proctologia	
Psiquiatria	
Reumatologia	
Urologia	
	Serviços multiprofissionais
	Assistente social
	Buco-maxilo
	Enfermagem
	Fonoaudiologia
	Nutricionista
	Psicologia
	Terapeuta ocupacional
	Fisioterapia
	Educação Física

Fonte: EBSEH (2020).

No tocante aos leitos disponíveis para o SUS, verifica-se (tabela 1) que Teresina possui 52,6% do total de leitos cirúrgicos disponíveis no estado e 33,3% dos leitos clínicos. Destes, o

HU-UFPI responde por 11% e 10% dos leitos, respectivamente, quando comparado ao quantitativo de leitos SUS do município de Teresina. Isso demonstra a relevância estratégica do hospital na rede de serviços do município, que é referência para outros 45 municípios limítrofes da região de saúde.

Tabela 1 - Distribuição dos leitos de internação, segundo tipo, no Piauí, Teresina e HU-UFPI

Especialidade	Piauí			Teresina			HU-UFPI
	Existentes	SUS	Não SUS	Existentes	SUS	Não SUS	
Cirúrgica	1744	1479	265	985	778	207	86
Clínica	2676	2484	192	934	828	106	83
Obstétrica	1179	1075	104	362	290	72	-
Pediátrica	1206	1086	120	328	261	67	-
Outras Espec.	283	256	27	208	181	27	1
Hospital/ Dia	101	98	3	66	66	-	-
Complementar	553	378	175	327	256	71	22*
Total	7189	6478	711	2883	2404	479	192

Fonte: Adaptado de CNES (2020).

(*) Distribuídos em 15 leitos de UTI adulto - TIPO II e 7 leitos para a Unidade de isolamento.

O processo de internação é eletivo, o hospital não possui setor de emergência. A oferta de internação de leitos é regulada pela Central de marcação de consultas da FMS, assim como existe uma integração entre os hospitais através de uma “grade de referência” formalizada na câmara técnica hospitalar de Teresina. A capacidade atual é equivalente a 190 (cento e noventa) leitos disponibilizados para a média e alta complexidade.

O HU-UFPI realiza atendimentos em diversas especialidades, exclusivamente pelo SUS. São disponibilizados os atendimentos de internação, consultas e procedimentos ambulatoriais e exames complementares. Cerca de mais de 100.100 consultas são realizadas, anualmente, além de alguns procedimentos de auxílio diagnóstico e terapêutico. A produção de serviços prestados pelo HU-UFPI durante o ano de 2019 à comunidade, em grandes números, representa:

- Exames/procedimentos ambulatoriais – 262.277/ano.
- Procedimentos cirúrgicos – 5.662/ano.
- Internações – 4.027/ano.
- Cirurgias – 2.284/ano.

Todos os pacientes que entram pela primeira vez para realizar consulta ou exame no ambulatório do HU-UFPI vem referenciados da atenção básica, ou seja, são encaminhados da unidade básica de saúde e na própria unidade fazem a marcação no sistema gestor de marcação de consultas para o HU-UFPI, então o paciente é atendido no dia e horário que está no comprovante de marcação do sistema, que o paciente recebe no ato da marcação na Unidade.

Após esse primeiro atendimento, todos os encaminhamentos dados pelo profissional do HU-UFPI, podem ser agendados no próprio estabelecimento, para a especialidade desejada, com a requisição devidamente carimbada e assinada pelo médico do hospital.

O ambulatório dispõe de cerca de 70 especialidades (incluindo consultas e exames) e é formado por um corpo clínico de 155 médicos especialistas, 13 enfermeiros, 06 psicólogos, 2 nutricionistas e 1 terapeuta ocupacional. A agenda desses profissionais é planejada levando-se em consideração a carga horária contratada de cada profissional e o contrato firmado entre o HU-UFPI e a FMS-Teresina/PI, no qual são fixadas as metas anuais.

No mês de maio de 2016, o HU-UFPI ampliou os serviços assistenciais com o acesso ao tratamento do câncer ao paciente do SUS no Piauí, inaugurando a Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon). O papel do Governo Federal foi relevante no processo de concretização da Unacon, por meio da parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde, garantindo o investimento de quase R\$ 3 milhões no HU-UFPI para executar o projeto da Unidade de Alta Complexidade em Oncologia, proporcionando atendimento gratuito e de qualidade a pacientes oncológicos (HU-UFPI/EBSERH, 2016).

A Unacon conta com 25 leitos de internação, 5 leitos de estabilização e 12 poltronas de quimioterapia ambulatorial, voltando-se ao tratamento de 5 tipos de cânceres com maior incidência no Piauí, segundo dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA): próstata, mama, colo do útero, pulmão e colo retal. Sendo ofertado tratamento ambulatorial e hospitalar, baseado em cirurgia, quimioterapia e hormonioterapia. A Unacon tem capacidade para realizar, por mês, 500 consultas com especialistas, 600 exames de ultrassom, 400 exames endoscópicos e 200 exames anatomopatológicos (HU-UFPI/EBSERH, 2016).

Os pacientes assistidos pela Unacon do HU-UFPI são regulados pela FMS e pela Secretaria Estadual de Saúde (SESAPI), atendendo ao tratamento de pacientes das regiões de Entre Rios e Carnaubais (HU-UFPI/EBSERH, 2016).

O Território de Entre Rios compreende a região da Grande Teresina, abrangendo os municípios de Agricolândia, Água Branca, Alto Longá, Altos, Amarante, Angical do Piauí, Beneditinos, Coivaras, Demerval Lobão, Hugo Napoleão, Jardim do Mulato, José de Freitas, Lagoa Alegre, Lagoa do Piauí, Miguel Alves, Miguel Leão, Monsenhor Gil, Palmeirais,

Passagem Franca do Piauí, Santo Antônio dos Milagres, São Gonçalo do Piauí, São Pedro do Piauí, União, Barro Duro, Curralinhos, Lagoinha do Piauí, Regeneração, Pau D'Arco do Piauí e Olho D'Água do Piauí.

Já o Território de Carnaubais é composto por 16 municípios: Boa Hora, Boqueirão do Piauí, Buriti dos Montes, Cabeceiras do Piauí, Campo Maior, Capitão de Campos, Castelo do Piauí, Cocal de Telha, Jatobá do Piauí, Juazeiro do Piauí, Nossa Senhora de Nazaré, Assunção do Piauí, Novo Santo Antônio, São João da Serra, São Miguel do Tapuio e Sigefredo Pacheco.

4.7.2 Inserção do HU-UFPI na rede do SUS

A inserção do HU-UFPI na Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS está formalmente definida através do instrumento de contratualização com a Fundação Municipal de Saúde (FMS) de Teresina-PI (Contrato nº 175/2017 – FMS/HU-UFPI/EBSERH) e Termo Aditivo nº 1/2019), que definiu novas bases contratuais a serem observadas a partir de 01/01/2020.

Os serviços e atividades pactuadas e formalizadas na contratualização são especificados no Documento Descritivo, sendo parte integrante e indissociável do instrumento contratual, por meio de ações e metas qualitativas e quantitativas relativas à assistência integral aos seus usuários. O cumprimento do plano de trabalho do HU-UFPI é desenvolvido dentro de quatro eixos:

- Assistência à Saúde;
- Gestão;
- Ensino e Pesquisa;
- Avaliação.

Para execução do presente Contrato o HU-UFPI recebe mensalmente recursos financeiros diretamente do Fundo Nacional de Saúde (FNS), de acordo com o estabelecido na contratualização, sob a modalidade de orçamentação global, modalidade de financiamento na qual a totalidade de recursos financeiros é provisionada ao contratado, que garante o conhecimento antecipado do volume máximo previsto para desembolso no período do contrato, podendo contemplar tantos recursos de investimento quanto custeio.

Dessa forma, o HU-UFPI atenderá mais pacientes oriundos do SUS, em serviços de cirurgias, internação, consultas e exames. A medida faz parte do novo aditivo de contrato

firmado entre a FMS/Teresina e o HU-UFPI/EBSERH. O custo é de R\$ 39.547.770,96 com vigência de 24 (vinte e quatro) meses.

Os valores do Contrato estão discriminados na Programação Orçamentária constante no quadro a seguir:

Quadro 2 - Programação Orçamentária Global (Contratualização FMS/Teresina)

COMPONENTE	Mensal R\$)	Anual (R\$)
Média e Alta Complexidades Ambulatorial e Hospitalar	3.295.647,58	39.547.770,96
FAEC – valor a ser pago mediante produção e aprovação pelo gestor do SUS	-	-
TOTAL GLOBAL	3.295.647,58	39.547.770,96

Fonte: Contrato FMS/HU-UFPI (2019).

Os valores discriminados na Programação Orçamentária, constante no quadro anterior, foram calculados conforme memória de cálculo disposta no quadro abaixo:

Quadro 3 - Programação Orçamentária Detalhada (Contratualização FMS/Teresina)

COMPONENTE			Mensal R\$)	Anual (R\$)
Média e Alta Complexidades Ambulatorial e Hospitalar – Port. GM/MS nº 477, de 26/03/2013.			2.000.000,00	24.000.000,00
Média e Alta Complexidades Ambulatorial e Hospitalar – Ampliação da oferta de serviços – Port. GM/MS nº 562, de 31/03/2016.			500.000,00	6.000.000,00
Habilitações de Serviços de Média e Alta Complexidades			795.647,58	9.547.770,96
Publicação	Código	Descrição	Mensal (R\$)	Anual (R\$)
Portaria SAS/MS nº 1.384, de 03/12/2014 e Portaria GM/MS nº 2.696, de 09/12/2014	2601	UTI Adulto II (10 leitos)	116.488,53	1.397.862,36
Portaria SAS/MS nº 1.245, de 10/12/2015 e Portaria GM/MS nº 2.130, de 19/12/2015	0801	Unidade de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular	100.221,30	1.202.655,60
	0803	Cirurgia Cardiovascular e Procedimentos em Cardiologia Intervencionista	17.803,32	213.639,84
	0805	Cirurgia Vascular	19.331,55	231.978,60
	0806	Cirurgia Vascular e Procedimentos Endovasculares Extracardíacos	11.597,60	139.171,20
Portaria SAS/MS nº 1.246, de 10/12/2015 e Portaria GM/MS	2501	Unidade de Assistência em Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia	40.184,74	482.216,88

nº 2.135, de 19/12/2015				
Portaria SAS/MS nº 318, de 30/03/2016 e Portaria GM/MS nº 536, de 30/03/2016	2304	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional Enteral e Parenteral	33.076,80	396.921,60
Portaria SAS nº 1.809 Data: 02/12/2016	2601	UTI Adulto II - 5 leitos	-	-
Portaria SAS/MS nº 1.929, de 8/12/2016 e Port. GM/MS nº 612, de 06/04/2016	1706	Unacon	456.943,74	5.483.324,88
FAEC – valor a ser pago mediante produção e aprovação pelo gestor do SUS			-	-
TOTAL GLOBAL			3.295.647,58	39.547.770,96

Fonte: Contrato FMS/HU-UFPI, 2019.

O repasse dos recursos financeiros é vinculado ao alcance de metas qualitativas e quantitativas, considerando a seguinte composição: a) 40% (quarenta por cento) do valor global terá seu repasse mensal vinculado ao cumprimento das metas qualitativas discriminadas no Documento Descritivo; b) 60% (sessenta por cento) do valor global terá seu repasse mensal vinculado ao cumprimento das metas quantitativas discriminadas no Documento Descritivo.

O monitoramento e avaliação das metas são realizados, trimestralmente, de maneira sistemática, pela Comissão de Acompanhamento da Contratualização (CAC) e pelas instâncias de controle e avaliação das esferas de gestão do SUS, mediante análise de documentos, de dados produzidos pelo HU-UFPI/EBSERH e registrados nos sistemas nacionais de informações, bem como por supervisão in loco, observando o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas no Contrato.

O HU-UFPI é o terceiro maior hospital da rede de saúde do Estado e é responsável pela execução de serviços médico-hospitalares e ambulatoriais de média e alta complexidade para complementar a atenção à saúde na rede do SUS, compreendendo internações clínicas, cirúrgicas e ginecológicas/obstétricas, consultas especializadas e serviços de apoio de terapia para os pacientes internados, apoio de equipe multiprofissional (assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista e psicólogo) aos pacientes internados, fornecimento de medicamentos e insumos aos pacientes internados, fornecimento de alimentação para os

pacientes internados, de acordo com as devidas dietas alimentares e aos acompanhantes, quando necessário.

Os serviços assistenciais estão caracterizados pelas políticas específicas e por arranjos organizacionais de fluxo dos usuários do sistema SUS pelas linhas de cuidado, na expectativa de equidade e integralidade da atenção saúde e garantia de acesso. Estão ainda organizados de acordo com as redes prioritárias de atenção à saúde, com uma população de referência e orientarem-se pelas diretrizes da clínica ampliada e pelo trabalho multiprofissional.

O HU-UFPI adota todas as medidas para garantir uma assistência segura aos pacientes e prima pela busca contínua da maior autonomia dos mesmos e faz a transferência de cuidados nas saídas com relatórios de altas e integração segura com os demais níveis do sistema. As ofertas ambulatoriais e os leitos hospitalares são regulados integralmente regulados pela Central de Regulação, que funcionam em postos de saúde do estado e do município de Teresina, exclusivamente pelo SUS.

4.7.3 Expansão e cenário atual

O HU-UFPI iniciou, em 2012, o projeto de expansão de suas atividades objetivando a prestação de assistência à saúde e a realização de atividades de ensino, pesquisa, extensão e inovação tecnológica. Em uma primeira etapa, entre 2012 e 2013, foram instalados 50 leitos, sendo 10 de UTI e 40 de enfermaria. Em 2014, já eram 100 leitos de enfermaria, mantendo-se o número dos de UTI. São disponibilizados mais de 20 serviços de diagnósticos, a exemplo de eletrocardiograma, endoscopia, tomografia, ressonância magnética e hemodinâmica (HU-UFPI/EBSERH, 2019).

Desde 2012, o HU-UFPI adotou uma série de medidas para promover o cuidado humanizado, ofertando serviços de média e alta complexidade, distribuídos em 32 especialidades médicas, 175 leitos de internação, 15 leitos de UTI e 10 salas cirúrgicas para pacientes do SUS da capital e de outros municípios do interior do Piauí e de estados vizinhos. É o único hospital público do Piauí que realiza cirurgias cardíacas pelo Sistema Único de Saúde, numa média de 19 por mês (HU-UFPI/EBSERH, 2019).

Os atendimentos são conduzidos nos ambulatórios especializados, contemplando as diversas áreas de atenção à saúde, sendo o HU referência para os casos de maior complexidade na Rede de Atenção à Saúde (RAS). O ano de 2013 foi marcado pela realização de 39.089 consultas e 40.912 exames laboratoriais, havendo um crescimento do número para 82.033

consultas e de 262.277 exames procedimentais, no ano de 2019, sendo positivo para todos que são atendidos e participam da estrutura do HU-UFPI, conforme mostra tabela 2 abaixo.

A evolução no número de consultas aconteceu devido a incorporação de novos profissionais e uma reorganização nos ambulatórios. A gestão da EBSEH também contribuiu com a contratação de novos profissionais e um maior estreitamento com a regulação do gestor municipal do SUS (FMS/Teresina), permitindo alcançar maior número de consultas ofertadas à população, além de outros serviços.

A contratualização possibilitou o aumento da expansão de oferta de exames, consultas, processos e internamentos para atender a nova realidade do hospital para oferecer os serviços para a população. Desde 2013, o hospital vem expandindo sua capacidade de atendimento à população. Percebe-se que ocorreu um aumento progressivo nos diversos segmentos, considerando o período de 2013 a 2019. A tabela abaixo demonstra, em números, os procedimentos realizados no HU-UFPI, de 2013 a 2019.

Tabela 2 - Série histórica do número de procedimentos realizados no HU-UFPI

PROCEDIMENTO (*)	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Consultas ambulatoriais	39.089	56.318	89.292	87.757	91.238	101.123	82.033
Exames e procedimentos	40.912	92.849	141.766	152.185	191.467	244.818	262.277
Procedimentos cirúrgicos (ambulatoriais/internação)	81	719	1.817	2.615	3.320	6.126	5.662
Internações hospitalares	420	2.230	3.918	4.920	5.803	5.716	4.027
Cirurgias hospitalares (internação)	23	108	1.858	2.657	2.790	3.237	2.284

Fonte: TABWIN/SAI/DATASUS (2019).

*Dados até dezembro/2019.

A farmácia ambulatorial passou a ser também farmácia de componente especializado da SESAPI, sendo acompanhados atualmente mais de 220 pacientes, com uma média de 68 infusões mensais. Após a implantação o serviço de oncologia, o HU-UFPI houve um crescimento, ampliando o atendimento de 5 para 17 tumores malignos. O número de consultas elevou de 258 no ano de 2016 para 3.585 em 2019. Já o quantitativo de internações em oncologia, aumentou de 100 em 2016 para 382 em 2019 (HU-UFPI/EBSEH, 2019).

Existem 53 docentes das unidades de ensino da UFPI que atuam em áreas afins do hospital. Entretanto, este contingente não pertence ao quadro funcional do hospital, estando

administrativamente subordinado à sua unidade acadêmica. Cerca de 1.200 alunos circulam anualmente o HU-UFPI, tanto do curso de medicina e de outros cursos na área de saúde, como também de outras áreas de Educação Física, Serviço Social, Engenharia Mecânica, Engenharia Elétrica, Engenharia da Produção, Pedagogia, Contabilidade e Administração, que fazem algum treinamento dentro do centro de saúde, ou seja, o hospital está voltado para a formação dos alunos de forma qualificada (HU-UFPI/EBSERH, 2019).

Em 2013, apenas 4 cursos de graduação e 2 programas de residência médica desenvolviam atividades no HU-UFPI. Em 2019, já existiam 16 cursos de graduação, compreendo os cursos de Medicina, Enfermagem, Serviço Social, Farmácia, Odontologia, Nutrição, Educação Física, Fisioterapia, Psicologia, Biomedicina, Engenharia Mecânica, Engenharia Elétrica, Engenharia da Produção, Pedagogia, Contabilidade e Administração. No mesmo ano, 110 alunos de Medicina e 224 de outras áreas realizaram estágios curriculares no HU-UFPI.

Em 2019, o hospital disponibilizou 35 cursos de Pós-Graduação Lato Sensu, distribuído em programas de Residência Médica, Multiprofissional e Uniprofissional, ofertando 221 vagas anuais credenciadas de programas de Residência. A Instituição conta com 115 médicos residentes distribuídos nas variadas especialidades, desenvolvendo atividades práticas.

As residências multiprofissionais e em área profissional da saúde, criadas a partir da promulgação da Lei nº 11.129 de 2005, são orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais, e abrangem as profissões da área da saúde.

A Residência Profissional é uma modalidade da especialização que possui uma carga horária de mínima de 5.760 horas, sendo que 80% do Programa é prática no serviço e 20% se constituem em atividade teórico ou teórico-prática. Os programas têm duração mínima de dois anos.

Quadro 4 - Cursos de pós-graduação *lato sensu*

Residência médicas		Residência Uniprofissional	Residência Multiprofissional	Residência multiprofissional em assistência em cuidados intensivos
Gastroenterologia Cirurgia Geral Clínica Médica Oftalmologia Ortopedia e Traumatologia Cardiologia Dermatologia Radiologia e Diagnóstico por imagem Anestesiologia	Medicina Intensiva Reumatologia Cirurgia Plástica Medicina da Família e Comunidade Patologia Psiquiatria * Obstetrícia e Ginecologia ** Cancerologia Clínica Endoscopia (2 anos)	Bucomaxilofacial	Enfermagem Farmácia Nutrição Psicologia Fisioterapia	Enfermagem Fonoaudiologia Nutrição Psicologia Fisioterapia Serviço Social
Endocrinologia Endoscopia Digestiva (atuação – 1 ano) Geriatria	Programa de pré-requisito em área cirúrgica básica Neurologia Clínica			

Fonte: HU-UFPI/EBSERH (2019).

* Residência que tem como cenário de prática o Hospital Estadual Areolino de Abreu e o HU-UFPI.

**Residência que tem como cenário de prática a Maternidade Evangelina Rosa e o HU-UFPI.

Quanto às políticas e processos de pesquisa e inovação tecnológica desenvolvidas no HU-UFPI, por ser uma instituição vinculada ao ensino, pesquisa e extensão, o hospital junto à Comissão de Avaliação de Projeto de Pesquisa (CAPP), em 2019, contabiliza 63 projetos de pesquisa cadastrados, com o objetivo de mapear e otimizar indicadores de pesquisa no HU-UFPI, bem como difundir o conhecimento gerado através de publicações, contribuindo para a consolidação da pesquisa na Instituição. Assim, são 45 trabalhos de conclusão de curso, 4 pesquisas em nível de iniciação científica, 10 dissertações de programas de mestrado e 4 projetos de pesquisa de tese de doutorado desenvolvidos no âmbito do hospital (HU-UFPI/EBSERH, 2019).

O quadro de empregados públicos vinculados à EBSEH é composto por 1.232 funcionários, sendo 206 médicos, 215 enfermeiros, 414 técnicos em enfermagem e 397 classificados nas demais categorias funcionais. Além disso, o hospital conta ainda com 26

servidores estatutários da área de saúde que executam atividades técnicas no HU, de acordo com as áreas específicas e ainda com 19 servidores cedidos que fazem parte do quadro de chefias do HU-UFPI, todos vinculados à Universidade Federal do Piauí – UFPI.

Quadro 5 - Cargos e o número de empregados públicos vinculados à EBSEH

CARGO	QUANT. DE EMPREGADOS
ADVOGADO	4
ANALISTA ADMINISTRATIVO	9
ANALISTA DE TECNOLOGIA DA INFORMACAO	14
ARQUITETO	1
ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	125
ASSISTENTE SOCIAL	11
BIOLOGO	5
BIOMEDICO	3
CIRURGIAO - DENTISTA	8
ENFERMEIRO	215
ENGENHEIRO	4
FARMACEUTICO	35
FISICO	2
FISIOTERAPEUTA	34
FONOAUDIOLOGO	9
JORNALISTA	1
MÉDICO	206
NUTRICIONISTA	11
PEDAGOGO	2
EDUCADOR FISICO	3
PSICOLOGO	9
TECNICO EM SAUDE	67
TECNICO ADMINISTRATIVO	15
TECNICO EM ENFERMAGEM	414
TECNICO EM RADIOLOGIA	18
TECNOLOGO	3
TERAPEUTA OCUPACIONAL	4
TOTAL	1.232

Fonte: HU-UFPI/EBSEH (2019).

Por se tratar de um hospital vinculado à Universidade Federal do Piauí - UFPI, este recebe, durante o período letivo, estudantes de diversos cursos, para a realização de atividades de ensino, pesquisa e extensão, contribuindo para a formação de profissionais em variadas áreas do conhecimento, reafirmando sua natureza de hospital escola.

O HU-UFPI, no ano de 2019, passou a contar com um importante espaço de utilização de novas tecnologias aplicadas ao ensino da área de saúde, o Laboratório de Simulação Realística, onde professores e alunos podem vivenciar o aprendizado de forma mais ética e segura, sem risco de danos ao paciente e com a possibilidade de repetição de procedimentos para esclarecer dúvidas do corpo discente (HU-UFPI/EBSERH, 2019).

Outro aspecto observado, que possibilita e assegura o funcionamento e manutenção da capacidade de atendimento dos hospitais brasileiros, é a estrutura física presente, mais especificamente os equipamentos. De acordo com dados de dezembro de 2019, conforme tabela 3, o HU-UFPI possui cerca de 6,2% dos equipamentos existentes em atividades operacionais dos hospitais do Estado. Ressalta-se que na tabela 3 são trabalhados dados somente de equipamentos disponíveis para o SUS.

Tabela 3 - Distribuição do número de equipamentos no Piauí, Teresina e HU-UFPI

Equipamentos	Piauí		Teresina		HU-UFPI
	Existentes SUS	Em Uso SUS	Existentes SUS	Em Uso SUS	
Audiologia	64	63	19	19	-
Diagnóstico por Imagem	721	701	304	296	27
Infraestrutura	646	618	291	283	6
Odontologia	4123	4057	962	930	24
Manutenção da Vida	3605	3505	2514	2473	505
Por Métodos Gráficos	239	223	105	96	16
Por Métodos Ópticos	621	603	505	491	89
Outros	1077	1008	427	383	8
Total	11096	10778	5127	4971	675

Fonte: CNES (2019).

Neste contexto, salienta-se que o REHUF tem como objetivo dar condições, materiais e institucionais para que os HUs desempenhem suas funções nas dimensões de ensino, pesquisa, extensão e assistência à saúde, tornando-se centros de referência em saúde de suas respectivas regiões (BRASIL, 2010). Assim, o Decreto nº 7.082/2010 estabelece o financiamento e aponta diretrizes sobre as quais está assentado o REHUF, com foco na recuperação e modernização do parque tecnológico dos hospitais.

O Programa REHUF propiciou um aumento considerável de recursos recebidos pelo HU-UFPI. De 2013 a 2019, o número de equipamentos por Diagnóstico por Imagem disponível aumentou de 10 para 27, infraestrutura 2 para 6, odontologia de 5 para 24, manutenção da vida

de 1 para 505, por métodos gráficos de 2 para 16 e por métodos ópticos de 3 para 89 (CNES, 2019). Observa-se que os resultados mostraram que os recursos do REHUF acompanharam um aumento na estrutura física, provando que a utilização dos recursos possui relação com o avanço na estruturação dos equipamentos do HU-UFPI.

No conjunto de equipamentos, com a ampliação do parque tecnológico, estão várias categorias que atendem diversos setores do hospital. Segundo dados patrimoniais, obtidos no Setor de Engenharia Clínica do HU-UFPI, são registrados o total de 1.715 itens incluindo equipamentos de infraestrutura, médico-hospitalares e de hotelaria hospitalar: oxímetros, centrífuga para laboratório, bisturis eletrônicos, aspiradores de vapores para cirurgias de alta frequência, videogastrosκόpio e eletrocardiógrafos (HU-UFPI/EBSERH, 2019).

A ampliação do parque tecnológico configura melhoria, pois são equipamentos mais modernos, com mais funções e, por muitos serem novos, apresentam menor tempo de parada para manutenção e, conseqüentemente, maior disponibilidade para as equipes usarem, aprimorando as rotinas de trabalho e possibilitando mais qualidade no atendimento aos usuários.

Para apoiar as ações de educação, de pesquisa, de extensão e assistenciais, o HU-UFPI também conta com a Unidade de e-Saúde (Núcleo de Telessaúde). O Projeto da Telessaúde do Ministério da Saúde, implantado em 2019, visa desenvolver atividades de teleconsultoria, telediagnóstico e tele-educação para profissionais, alunos e docentes ligados ao hospital e também oferecer cursos de capacitação gratuitos e a distância para o público externo.

A Unidade de e-Saúde do HU-UFPI está integrada ao Programa Nacional de Telessaúde Brasil Redes, instituído em 2007 e redefinido em 2011, e coordenado pelas secretarias de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e da Atenção à Saúde (SAS) do Governo Federal. O Programa desenvolve, por meio de seus núcleos em vários locais no país, serviços específicos para profissionais e trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), tais como: Tele-educação, Teleconsultoria, Telediagnóstico e Telegestão.

A unidade de e-Saúde foi criada com o objetivo de informatizar as atividades de ensino e pesquisa desenvolvidas no HU-UFPI. Suas principais atividades são: propor e desenvolver ações para expansão da telessaúde no HU; disseminar através de ações educativas a cultura da educação a distância no HU; fortalecer a utilização da telessaúde como ferramenta de ensino nos programas de residência em saúde na capital e no interior.

As ações da Unidade de e-Saúde possibilita o fortalecimento e a melhoria da qualidade do atendimento da Atenção Básica no SUS, integrando Educação Permanente em Saúde – EPS,

e apoio assistencial por meio de ferramentas e Tecnologias da Informação e Comunicação – TICs.

O HU-UFPI é uma referência para as diversas áreas da atenção à saúde, sendo um dos maiores prestadores desse tipo de atendimento no Estado. Este resultado é válido tanto para a população quanto para os alunos que estão no ensino. É o campo de atividade prática dos cursos da área de saúde da UFPI. Assim, quanto mais produção com qualidade, mais melhora o ensino e isso tem reflexo na assistência.

5 ANÁLISE DAS DESPESAS ORÇAMENTÁRIAS DECORRENTES DOS RECURSOS DO REHUF EXECUTADAS PELO HU-UFPI NO PERÍODO DE 2014 A 2018

5.1 Execução da despesa com os recursos do REHUF em todos os Hospitais Universitários Federais

Desde 2010, os hospitais universitários federais contam com um importante reforço financeiro para suas atividades de assistência, ensino e pesquisa. São mais de R\$ 650 milhões liberados, por ano, para as unidades hospitalares, incluindo os hospitais da Rede Hospitalar EBSEH. Ao todo, existem 50 hospitais de universidades federais no Brasil, dos quais 40 tem contrato com a empresa pública EBSEH. Do restante, oito pertencem à Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), que decidiu não fazer parte da rede. O Hospital de Clínicas de Porto Alegre da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (HCPA/UFRGS) é empresa pública, portanto não pode ser administrado por outra. Já o Hospital Universitário da Universidade Federal de São Paulo (HU/Unifesp) faz atendimentos particulares, por isso, não pode fazer parte da rede EBSEH (MOURA, 2018).

Os recursos liberados pelo Programa REHUF são do MS e do MEC, gerido pela EBSEH. Os recursos são usados para melhorias na infraestrutura dos hospitais universitários, custear o funcionamento dos serviços de ensino (consultas, internações, cirurgias), comprar materiais médico-hospitalares como anestésicos, seringas e medicamentos, ou ainda em atividades vinculadas ao ensino, pesquisa e extensão.

Esses recursos visam qualificar e ampliar cada vez mais a capacidade de atendimento dos hospitais universitários federais, levando-se em consideração as necessidades levantadas pelos gestores do SUS nas esferas estaduais e municipais, em articulação com o MEC. As liberações de verbas fazem parte de um planejamento prévio feito pela EBSEH para garantir os investimentos e manutenção dos serviços das unidades.

A EBSEH, órgão responsável por coordenar a execução das ações que consolidam o Programa REHUF e pela distribuição de recursos para os hospitais vinculados às instituições federais de ensino superior, juntamente com o MS e MEC, disponibilizou aos hospitais universitários federais, nos anos de 2014 a 2018 cerca de R\$ 3,2 bilhões por meio de repasses orçamentários oriundos do Programa REHUF.

As despesas públicas são os gastos realizados pelo setor público para funcionamento e manutenção das atividades ou políticas desenvolvidas para a sociedade. Para isso, tem-se que o orçamento público é o mecanismo governamental utilizado para planejamento, sendo este, o

instrumento legal onde se encontram fixadas as despesas públicas para determinado exercício financeiro.

De modo a atingir os objetivos do estudo, optou-se em analisar apenas pelas despesas empenhadas, uma vez que tal estágio já consiste na reserva de dotação orçamentária do programa para um fim específico. Neste sentido, para facilitar a análise do estudo e o entendimento dos dados propostos, conforme mostra a tabela 4, são apresentados os valores referentes à execução da despesa orçamentária provenientes de recursos disponibilizados pelo REHUF a todos os hospitais universitários federais do país.

Ressalta-se que o financiamento do Programa REHUF ocorre de modo compartilhado entre o MS, que disponibiliza os recursos a todos os hospitais federais mediante o FNS, e o MEC, que libera valores tanto por descentralização de recursos mediante a gestão da EBSEH, aos hospitais vinculados a sua administração, como também por repasses disponibilizados diretamente às unidades que não optaram a pertencer a rede EBSEH, mas que são contempladas com os recursos autorizados por portarias publicadas no Diário Oficial da União.

Desse modo, a disponibilização de orçamento no âmbito do MEC ocorre através da nomenclatura MEC/EBSEH (pertencentes à rede EBSEH) e só MEC (correspondendo aos demais hospitais).

No caso específico do HU-UFPI, por ser uma unidade vinculada à gestão da EBSEH, os dados são representados por recursos disponibilizados pelo MEC/EBSEH e também pelo MS/FNS, conforme demonstra a tabela 4.

Tabela 4 - Evolução histórica da execução da despesa dos Hospitais Universitários Federais/REHUF, nos anos de 2014 a 2018.

Unidade orçamentária	Grupo de despesa	2014		2015		2016		2017		2018	
MEC/EBSERH	Custeio	R\$	119.158.666,88	R\$	204.517.223,10	R\$	253.098.691,77	R\$	224.293.850,62	R\$	215.577.214,14
	Investimento	R\$	54.616.583,16	R\$	36.749.315,39	R\$	53.165.971,95	R\$	69.192.188,53	R\$	51.552.829,33
	Subtotal	R\$	173.775.250,04	R\$	241.266.538,49	R\$	306.909.663,72	R\$	293.486.039,15	R\$	267.130.043,47
MS/FNS	Custeio	R\$	303.403.757,33	R\$	296.834.294,25	R\$	304.219.592,82	R\$	328.078.910,57	R\$	267.250.554,73
	Investimento	R\$	84.031.118,88	R\$	680.084,93	R\$	24.693.945,38	R\$	44.940.935,31	R\$	167.286.297,52
	Subtotal	R\$	387.434.876,21	R\$	297.514.379,18	R\$	328.913.538,20	R\$	373.019.845,88	R\$	434.536.852,25
MEC (Demais HUFs)	Custeio	R\$	6.444.787,87	R\$	33.245.578,07	R\$	4.990.902,75	R\$	3.584.178,20	R\$	6.881.286,76
	Investimento	R\$	62.823.244,44	R\$	20.002.307,53	R\$	26.296.144,52	R\$	11.757.760,96	R\$	6.204.039,41
	Subtotal	R\$	69.268.032,31	R\$	53.247.885,60	R\$	31.287.047,27	R\$	15.341.939,16	R\$	13.085.326,17
Total		R\$	630.478.158,56	R\$	592.028.803,27	R\$	667.110.249,19	R\$	681.847.824,19	R\$	714.752.221,89
155008 - HU-UFPI											
MEC/EBSERH	Custeio	R\$	231.108,34	R\$	719.138,10	R\$	4.913.033,05	R\$	3.699.301,89	R\$	2.965.420,05
	Investimento	R\$	187.894,57	R\$	1.492.988,94	R\$	4.489.044,70	R\$	1.367.035,71	R\$	1.010.921,28
	Subtotal	R\$	419.002,91	R\$	2.212.127,04	R\$	9.402.077,75	R\$	5.066.337,60	R\$	3.976.341,33
MS/FNS	Custeio	R\$	3.030.186,60	R\$	8.939.394,20	R\$	6.397.451,26	R\$	4.613.077,12	R\$	3.186.918,66
	Investimento	R\$	2.988.626,54	-		R\$	480.462,31	R\$	1.199.901,48	R\$	3.723.561,67
	Subtotal	R\$	6.018.813,14	R\$	8.939.394,20	R\$	6.877.913,57	R\$	5.812.978,60	R\$	6.910.480,33
Total		R\$	6.437.816,05	R\$	11.151.521,24	R\$	16.279.991,32	R\$	10.879.316,20	R\$	10.886.821,66

Fonte: Elaborado pelo autor, com base nos dados do Tesouro Gerencial (2019).

Conforme apresentado na Tabela 4, observa-se, quando comparado os exercícios 2015, 2016, 2017 e 2018, que houve um aumento progressivo no volume dos recursos nominais executados pelos hospitais universitários federais, no âmbito nacional.

Nota-se que os hospitais que não pertencem à gestão da EBSEH apresentam 61,3% da execução dos recursos orçamentários com despesas de investimentos e 38,7% referem-se às despesas de custeio.

Já os hospitais que pertencem à gestão da EBSEH, executaram 21,2% em despesas de investimentos e 78,8% em despesas de custeio, com recursos disponibilizados pelo MEC/EBSEH. No tocante aos recursos disponibilizados pelo MS/FNS, foram executados 18,1% em despesas de investimentos e 81,9% em despesas de custeio.

Desse modo, nota-se que o percentual maior corresponde aos valores com despesas de custeio, quando comparado ao percentual dos valores com despesas de investimentos.

Esse dado chama atenção, pois, ainda que admita-se que os hospitais universitários encontrem grandes dificuldades na obtenção de recursos para a manutenção das atividades operacionais, observa-se que, no início, quando foi pensado na proposta de criação do programa REHUF, a norma que o instituiu visa investir em ações de melhoria destinadas à reestruturação e revitalização dos hospitais das universidades federais, devendo, portanto, ser aplicados os recursos de investimento, conforme dispõe o § 2º art. 7º do Decreto nº 7.082/10 (BRASIL, 2010).

Assinale-se, oportunamente, que a Portaria Interministerial nº 883/MEC/MS/MP, de 5 de julho de 2010, que regulamenta o Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010, no que tange às medidas pertinentes ao financiamento e aos pactos globais, estabeleceu que o financiamento dos hospitais universitários federais deve atingir também a cobertura das despesas correntes dos hospitais, com vista ao cumprimento das diretrizes do REHUF, assegurando que além do aporte progressivo de recursos para investimentos na infraestrutura, possibilite também a aplicação dos recursos em despesas de custeio, não sendo exigida justificativa quanto à execução das dotações para a aplicação de tal finalidade.

Na tabela 5, são apresentados os grupos gerenciais de despesas executadas com os recursos do REHUF, mediante MEC/EBSEH, MS/FNS e MEC (demais HUFs) a todos os hospitais universitários do Brasil no exercício 2018, para melhor demonstrar a falta de padronização na utilização dos recursos.

Tabela 5 - Execução da despesa dos Hospitais Universitários Federais/REHUF no ano de 2018

Grupo Gerencial	MEC/EBSERH		MS/FNS		MEC (demais HUFs)
1- Água, Luz, Esgoto, Telefonia	R\$	-	R\$	6.142.770,93	R\$ -
2- Combustíveis e Lubrificantes	R\$	322.722,04	R\$	1.424.028,13	R\$ -
3- Diárias, Passagens e Locomoção	R\$	-	R\$	117.191,28	R\$ -
4- Vigilância e Segurança	R\$	8.061.049,63	R\$	7.977.632,80	R\$ -
5- Materiais/Serviços de Consumo Geral	R\$	962.276,12	R\$	3.372.910,86	R\$ 8.139,50
6- Materiais/Serviços de Tecnologia da Informação	R\$	6.022.969,47	R\$	10.519.864,02	R\$ 587.109,89
7- Indenizações e Sentenças Judiciais	R\$	927.416,00	R\$	520.609,08	R\$ -
8- Taxas, Encargos, Multas e Juros	R\$	2.467,94	R\$	3.795,17	R\$ -
9- Outros	R\$	77.999,30	R\$	65.956,58	R\$ -
10- Materiais e Serviços de Alimentação e Cozinha	R\$	9.675.482,80	R\$	18.757.584,45	R\$ 240,57
11- Materiais e Serviços de Limpeza	R\$	39.952.542,49	R\$	30.871.876,06	R\$ 387,00
12- Gás	R\$	2.065.275,36	R\$	2.078.255,85	R\$ 30.410,60
13- Material Farmacológico	R\$	59.317.574,85	R\$	52.976.111,63	R\$ 305.473,50
14- Material Médico Hospitalar	R\$	49.465.156,52	R\$	67.824.178,86	R\$ 1.834.892,12
15- Outros Materiais/Serviços Finalísticos	R\$	3.997.271,25	R\$	10.727.790,55	R\$ 15.240,07
16- Despesas Gerais com Fundações de Apoio	R\$	2.434.733,29	R\$	5.834.858,41	R\$ -
18- Terceirização pelo HUF, Universidade ou Fundação	R\$	16.869.999,57	R\$	19.551.421,99	R\$ 4.316.324,35
22- Manutenção	R\$	4.972.712,20	R\$	11.170.137,09	R\$ -
23- Reforma	R\$	13.551.077,39	R\$	20.071.053,75	R\$ -
24- Apoio ao Ensino e Pesquisa	R\$	264.085,05	R\$	1.620.148,30	R\$ -
26- Locação (Bens móveis e imóveis)	R\$	2.032.510,51	R\$	4.044.742,21	R\$ -
27- Impostos e Contribuições	R\$	-	R\$	3.694,84	R\$ 370.179,05
28- Obras em Andamento	R\$	4.170.786,82	R\$	12.294.466,15	R\$ -
29- Instalações	R\$	68.500,00	R\$	1.782.663,44	R\$ -
30- Máquinas, Equipamentos e Mobiliário	R\$	41.008.805,12	R\$	144.335.812,75	R\$ 5.298.928,52
31- Mão de Obra e Outros Ativos Diversos	R\$	757.009,48	R\$	281.107,46	R\$ 318.001,00
99- Classificação Indevida	R\$	149.620,27	R\$	166.189,61	R\$ -
	R\$	267.130.043,47	R\$	434.536.852,25	R\$ 13.085.326,17

Fonte: Tesouro Gerencial, 2019.

Neste sentido, tomando como exemplo a execução global das despesas – em valores empenhados – de todos os hospitais no exercício 2018, apresenta elevados níveis de execução no valor de R\$ 714.752.221,89 (Setecentos e quatorze milhões, setecentos e cinquenta e dois mil, duzentos e vinte e um reais e oitenta e nove centavos), dos quais foram executados R\$ 267.130.043,47 (Duzentos e sessenta e sete milhões, cento e trinta mil, quarenta e três reais e quarenta e sete centavos) através do MEC/EBSERH, R\$ 434.536.852,25 (Quatrocentos e trinta e quatro milhões, quinhentos e trinta e seis mil, oitocentos e cinquenta e dois reais e vinte e

cinto centavos) através do MS/FNS e R\$ 13.085.326,25 (Treze milhões, oitenta e cinco mil, trezentos e vinte e seis reais e vinte e cinco centavos), por meio do MEC para os demais HUFs não vinculados à EBSEH.

Percebe-se, conforme mostra a tabela 5, que não há uma uniformização quanto ao uso dos recursos, ou seja, não há um critério que estabeleça a aplicação da dotação orçamentária ao objeto executado (bens/serviços), considerando a origem do recurso (MEC/MS), podendo levar ao possível distanciamento da efficientização do uso dinheiro público, e conseqüentemente, da efetividade da política pública.

Isso ocorre, pelo fato de não haver uma disposição ou orientação consolidada que busque alcançar um entendimento mais detalhado sobre o financiamento da política e a eficácia dos recursos públicos, permitindo cada HUF utilizar os recursos de acordo com suas necessidades e conveniências.

Dessa forma, nota-se que determinados grupos de despesas apresentam-se no âmbito dos dois entes descentralizadores de recursos, havendo a execução de despesas semelhantes tanto por recursos provenientes do MEC, como por recursos do MS. Essa flutuação na execução dos recursos, sustentada às perspectivas do "deixar fazer" sem análise crítica e critérios técnicos na alocação dos recursos, poderá trazer prejuízos na distribuição do aporte e até a depreciação do programa, por parte dos órgãos de controle de contas, pela inobservância da realocação de recursos ao atendimento das necessidades de potenciais setores que possuem maior necessidade da aquisição de bens ou formalização de contratos.

Percebe-se que a maior parte dos recursos destinados à reestruturação dos hospitais universitários, conforme apresenta a tabela 5, correspondeu aos investimentos executados mediante transferência de recursos do MS/FNS. Isso passou a ocorrer a partir das alterações promovidas pelo Decreto nº 8.587/15, que deixa cristalina a responsabilidade em termos de quantitativo de recursos a serem aportados anualmente em ações e serviços públicos de saúde.

Esse ponto, em 2014, foi objeto de análise específica em auditoria operacional realizada pelo TCU na EBSEH (TC 032.519/2014-1), na qual constatou-se o descumprimento do Decreto 7.082, até aquele momento, pelo MS, bem como os motivos que ensejaram tal violação à norma regulamentar, em relação à obrigação de aporte de recursos ao REHUF. O exame subsidiou a seguinte determinação, conforme Acórdão 2.983/2015 – TCU – Plenário:

9.1.1. à Casa Civil da Presidência da República que, em conjunto com os Ministérios envolvidos, no prazo de 15 (quinze) dias, adote as providências necessárias para corrigir o descompasso entre o que estabelece o art. 4º do Decreto 7.082/2010, que regulamenta o financiamento partilhado dos HUFs entre as áreas da saúde e da educação, e o que os respectivos Ministérios efetivamente têm alocado de seus

orçamentos para esses hospitais, tendo em vista a situação descrita nos itens 53 a 68 do voto que fundamenta o presente acórdão, e informe a este Tribunal as medidas adotadas (Acórdão 2.983/2015 – TCU – Plenário).

Diante dessa determinação, foi editado o Decreto nº 8.587/15, que estabeleceu nova sistemática para o aporte de recursos pelo MS no REHUF, inclusive a isenção de proceder a operação relativa aos exercícios de 2010 a 2014, conforme art. 4º do Decreto nº 8.587/15.

Posto isto, o financiamento do Programa REHUF passou a ser compartilhado entre os Ministérios da Educação e da Saúde (art. 5º do Decreto nº 8.587/15), passando o MS a alocar, anualmente, no mínimo, o valor correspondente ao aplicado na mesma rubrica no exercício anterior, adicionado da variação percentual do orçamento de ações e serviços públicos de saúde.

A criação do REHUF tem como um de seus objetivos precípuos a padronização das informações prestadas pelos hospitais para o repasse de recursos que depende diretamente de apresentação objetiva do desempenho dos HUFs. Com isso, os hospitais passaram a melhorar o banco de dados, buscando eliminar as distorções encontradas antes da implantação do programa, no intuito de dar maior transparência dos dados e acompanhamento do uso dos recursos.

Dentre as medidas adotadas para a realização dos objetivos e diretrizes do REHUF, foi implantado um sistema gerencial de informações e indicadores de desempenho, o Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU), disponibilizado pelo MEC, como ferramenta de administração e acompanhamento do cumprimento das metas estabelecidas, tal como será explicado mais à frente.

Outra medida relevante aconteceu no ano de 2012, quando o MEC delegou à EBSEH a função de gestora do Programa REHUF, mediante a edição da Portaria MEC/GM nº 442, de 25 de abril de 2012 e o encargo da elaboração de matriz de distribuição de recursos para os hospitais vinculados às instituições federais de ensino superior (BRASIL, 2012).

No ano de 2013, a Portaria MEC/GM 538/13 instituiu um novo método de distribuição dos recursos aos HUs, passando a vigorar com base em indicadores hospitalares que são transformados por um sistema de pontuação, que possui duas características principais – faz com que o HU consiga tanto internalizar os benefícios de uma boa gestão dos indicadores, ainda que sejam pequenas melhoras, como também arcar com os prejuízos de uma má gestão.

Quadro 6 - Método de distribuição dos recursos financeiros aos HUFs

Dimensão	Indicadores
1. Porte e perfil	1.1 – Número de leitos ativos
	1.2 – Número de leitos de UTI
	1.3 – Partos de alto risco
	1.4 – Salas cirúrgicas
	1.5 – Número de habilitações
2. Gestão	2.1 – Taxa de ocupação hospitalar
	2.2 – Taxa média de permanência
	2.3 – Números de funcionários por leito
3. Ensino e pesquisa	3.1 – Número de alunos por docente
	3.2 – Número de docentes por residente
	3.3 – Número de pesquisas por docente
	3.4 – Número de internações por aluno de medicina
	3.5 – Número de internações por residente
4. Integração ao SUS	4.1 – Porta de entrada
	4.2 - Contratualização
	4.3 – Número de habilitações

Fonte: Portaria MEC/GM 538/13 (2019).

Essa nova metodologia, conforme mostra o quadro 6, visa atender uma melhor distribuição dos recursos financeiros aos hospitais com base em critérios claros e objetivos, norteada pelo normativo que orienta a distribuição de recursos, qual seja, Portaria MEC/GM 1.310, de 10/11/2010, alterada pela Portaria MEC 538, de 14/06/2013, que modificou o método de cálculo dos recursos destinados a cada hospital, com vistas a torná-lo mais equitativo.

A mudança ocorreu a partir do Acórdão 2.813/2009 – TCU – Plenário, que apontou, entre outros, problemas de extrema desigualdade distribucional dos recursos, sobretudo pela forma que os hospitais semelhantes alcançavam recursos consideravelmente díspares entre si. O sistema de atribuição discreta de pontos era o causador das distorções e que a matriz que subsidiava a repartição entre os HUFs não garantia adequada isonomia e não incorporava qualquer critério de compensação e estímulo aos hospitais em condições mais precárias, conforme análise da Diretoria Administrativa e Financeira (DAF) do MEC.

Com vistas a propiciar maior equidade à distribuição de recursos, o método de atribuição discreta de pontos foi substituído pelo método contínuo, isto é, variações menores nos indicadores teriam impactos na pontuação final. Após a aferição da pontuação de cada indicador, somam-se os pertencentes a cada dimensão e, no caso específico do porte e perfil, ponderam-se os resultados obtidos no indicador primário de número de leitos ativos pela participação relativa de cada hospital no total de pontos daquela dimensão, estabelecendo-se uma nova percentagem para cada hospital.

Na Sessão do Plenário, do dia 24/02/2016, ao apreciar o seguinte feito, o TCU prolatou o Acórdão 364/2016, nos seguintes termos:

Levando-se em consideração o público-alvo do normativo que define a distribuição de recursos, os critérios constantes da matriz de distribuição de recursos mostram-se claros e objetivos. O grande número de fórmulas utilizadas para se chegar aos valores de cada indicador, sinaliza a busca de objetividade ao processo de alocação de recursos, diante da discricionariedade do gestor.

Nesse sentido, pode-se afirmar que os critérios na alocação de recursos do REHUF, de acordo com a deliberação da auditoria operacional do TCU, diante do normativo que orienta a elaboração da matriz de distribuição dos recursos, são objetivos e estão claramente definidos.

Não obstante, ressalta-se que é pertinente a avaliação da aplicação dos critérios, no que tange à concepção da matriz de distribuição de recursos, haja vista que ainda não foi objeto de análise pela EBSEH e pelos órgãos técnicos de fiscalização contábil, financeira e orçamentária, a fim de que os HUF alcancem níveis de qualidade mais uniformes e conceba alguma forma de incentivo aos hospitais menos aparelhados para alcançar um crescimento menos desigual.

Com a finalidade de reforçar a importância da alocação dos recursos públicos e possibilitar informações mais fidedignas acerca dos critérios utilizados na elaboração da matriz de distribuição dos recursos do REHUF, recorreu-se ao Sistema Eletrônico do Serviço de Informações ao Cidadão (e-SIC), em 01/10/2019, mediante protocolo nº 99945.001241/2019-91, visando o acesso à informação capaz de auxiliar a compreender a forma de distribuição dos recursos REHUF.

Amparado na Lei de acesso à informação, utilizando o ambiente virtual e-SIC, buscou-se junto à EBSEH (sede) os respectivos valores disponibilizados ao HU-UFPI referentes aos exercícios 2015 a 2018, de modo a demonstrar a utilização do método de distribuição dos recursos e os fundamentos legais quanto a sua obrigatoriedade.

A Ouvidora-Geral da EBSEH, em resposta, informou que o aporte dos recursos do REHUF não é obrigatoriamente realizado por meio da matriz de distribuição de recursos. Enfatizou que a decisão pela utilização do instrumento ou outro critério de distribuição dos recursos do programa é deliberada pelo Comitê Interno de Gestão do REHUF, criado no âmbito da EBSEH para essa finalidade, consoante regimento interno vigente, por meio de reunião e registro em ata.

Destacou ainda que, ao longo dos exercícios de 2015 a 2018, certamente existem deliberações do Comitê que utilizaram outros critérios de distribuição diferentes da matriz ou deliberações da Diretoria Executiva que aplicaram a matriz para a distribuição de recursos orçamentários de outras fontes externas ao REHUF. Os indicadores utilizados para composição da matriz foram coletados via e-mail ou processo formalizado no Sistema de Informações

Gerenciais - SIG/EBSERH ou no Sistema Eletrônico de Informações - SEI/EBSERH, cuja coleta foi coordenada pela Diretoria Vice-Presidência Executiva.

Portanto, para a consolidação dos valores requisitados é necessário a revisão das atas de aprovação junto ao Comitê Interno de Gestão do REHUF e à Diretoria Executiva, nas quais será possível identificar o critério utilizado e o montante destinado em cada critério para o referido hospital.

Quanto à interpretação legal da obrigatoriedade da utilização da matriz, o texto do inciso IX do Art. 18 do Decreto nº 7.690/2012 trata da atribuição conferida à Diretoria de Desenvolvimento da Rede de Instituições Federais de Ensino Superior, vinculada ao MEC, de elaborar matriz de distribuição de recursos para os hospitais, delegada posteriormente à EBSERH pela Portaria GM/MEC nº 442/2012, que reforça em seu art. 2º que o MEC deveria colaborar nas atividades até o regular funcionamento da empresa recém criada.

Em síntese, a EBSERH informou da elaboração e publicação a Portaria GM/MEC nº 538, de 14 de junho de 2013, que contempla a metodologia vigente de distribuição de recursos aos HUF por meio de matriz de indicadores, também em cumprimento à sua atribuição. Não havendo dispositivo legal que torne obrigatório o uso desse critério de distribuição para recursos do REHUF ou de qualquer outra fonte, apenas se estabeleceu a obrigatoriedade de sua elaboração, que foi cumprida pelas portarias citadas.

Para melhor evidenciar os resultados da aplicação da metodologia de distribuição de recursos, buscou-se demonstrar a conjuntura dos recursos destinados ao HU-UFPI e de outros hospitais universitários situados em regiões diferentes, levando-se em conta a elaboração da matriz, isto é, o número de leitos ativos e demais critérios estabelecidos na norma quanto a distribuição de recursos.

Tabela 6 - Distribuição dos recursos do REHUF e a indicação do número de leitos ativos

Hospital Universitário	Nº de leitos (*)	2014	2015	2016	2017	2018
HE-UFPEL	155	R\$ 20.660.250,71	R\$ 23.469.046,68	R\$ 20.836.870,92	R\$ 14.352.059,60	R\$ 12.643.552,52
HUAC-UFMG	160	R\$ 8.537.857,10	R\$ 6.385.634,47	R\$ 11.338.646,96	R\$ 17.230.629,86	R\$ 21.838.609,74
HU-UFMG	187	R\$ 13.872.223,12	R\$ 12.990.442,00	R\$ 12.134.457,26	R\$ 25.677.306,20	R\$ 17.774.453,03
HU-FURG	207	R\$ 15.817.447,16	R\$ 10.849.918,84	R\$ 21.677.766,66	R\$ 18.744.202,55	R\$ 16.261.316,23
HU-UnB	215	R\$ 30.632.447,68	R\$ 27.421.237,87	R\$ 30.446.565,33	R\$ 15.083.266,27	R\$ 21.128.734,92
HULW-UFPA	217	R\$ 13.418.285,04	R\$ 8.415.957,66	R\$ 18.996.074,12	R\$ 15.336.996,12	R\$ 15.277.356,08
HU-UFPI	190	R\$ 6.437.816,05	R\$ 11.151.521,24	R\$ 16.279.991,32	R\$ 10.879.316,20	R\$ 10.886.821,66

Fonte: Tesouro Gerencial/ CNES (2019).

(*) Número de leitos, incluindo UTI e SEMIUTI.

Ao estabelecer uma comparação entre os valores destinados aos HUs, conforme mostra tabela 6, levando-se em conta a aplicação da metodologia de repartição dos recursos do REHUF, observa-se que o número de leitos ativos, notadamente, não é o único indicador preponderante, a ser considerado no caso da distribuição dos investimentos destinados aos hospitais, havendo outros indicadores que permeiam todo o processo de pontuação.

A metodologia prevê, como já mencionado, uma ponderação para os HUF, de acordo com vários indicadores calculados de acordo com porte, perfil, desempenho e integração com o SUS. A pontuação final, obtida aplicando os pontos para cada um dos indicadores, é multiplicada pelo número de leitos ativos, e o resultado indica a proporção de recursos em relação ao total da rede, isto é, a classificação dos HUs é resultado da somatória da pontuação final dos indicadores dos critérios Porte e Perfil, Desempenho e Integração ao SUS multiplicada pelo número de leitos ativos. Ressalta-se que este critério foi retomado por ser o mais importante na definição do porte do hospital, assim, tem-se uma pontuação final como resultado para a classificação de cada hospital.

Analisando os recursos disponibilizados nos anos de 2014 a 2018, conforme mostra a tabela 6, do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas (HE-UFPel) e do Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande (HUAC-UFCG), filiais da EBSERH, considerando a proximidade do número de leitos destes hospitais, os quais contam com 155 e 160 leitos, respectivamente, percebe-se que o HE-UFPel recebeu o valor de R\$ 91.961.780,43 e o HUAC-UFCG, o valor de R\$ 65.331.378,13, demonstrando uma variação nos repasses de R\$ 26.630.402,30, diante de uma pequena redução no número de leitos.

Em situação análoga, considerando o mesmo período, o Hospital Universitário de Brasília (HUB) e Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW-UFPB), com 215 e 217 leitos, receberam os valores de R\$ 124.712.252,07 e R\$ 71.444.669,02, respectivamente, também demonstrando uma diferença de R\$ 53.267.583,05 na distribuição dos recursos.

Nessa lógica, ao analisar os recursos do HU-UFPI que possui 190 leitos ativos, verificou-se que há um comportamento semelhante à realidade dos demais hospitais, no que diz respeito à utilização da metodologia prescrita na matriz. Assim, ao instituir uma comparação com o HU-UFGD, que tem 187 leitos, notou-se uma discrepância nos valores, a exemplo do ano de 2014, que superou em mais de 115% do repasse percebido pelo HU-UFPI, e no ano de 2017, o repasse chegou a 136% superior àquele do HU-UFPI.

Diante desses resultados, constatou-se que, em função da distribuição dos recursos do REHUF, a oferta do número de leitos nos hospitais relaciona-se também com outros indicadores para alcançar a pontuação de repartição dos recursos. Nota-se, portanto, que ao utilizar a

metodologia desenvolvida pela EBSEH, o número de leitos é um indicador importante na definição do porte do hospital, contudo, isoladamente, representa apenas parte do processo de pontuação como resultado para a classificação de cada hospital.

Dessa forma, mesmo diante da disparidade na distribuição dos recursos, considera-se que estes recursos mostram-se positivos para o HU-UFPI, não somente para a sustentabilidade econômica do hospital, mas no alcance das ações, conhecimentos e técnicas assistenciais marcadas pela incorporação de processos de trabalho que englobam maior densidade tecnológica, conhecidas como tecnologias especializadas, desenvolvidas em centros de referência para a atenção de média e alta complexidade.

O HU-UFPI embora já estruturado como unidade orçamentária própria e unidade gestora executora, conta com uma dotação de natureza extraorçamentária, sendo o REHUF mais uma fonte para remunerar os atendimentos de média e de alta complexidade, por meio do denominado Programa Interministerial.

Diante do exposto, faz-se necessário instituir diretrizes de padronização para a melhoria da eficiência da aplicação desses recursos, no que tange à deliberação sobre as ações do processo de reestruturação, além do controle e informações gerenciais, em especial, o uso de mecanismos de monitoramento e avaliação a ser utilizado nos hospitais, para alcançar uma visão mais global e transparente da destinação dos recursos públicos.

5.2 A representatividade dos recursos do REHUF no orçamento global do HU-UFPI

É irrefutável a avaliação positiva que os estudos apontam sobre o programa REHUF, principalmente, quando utilizado como instrumento de decisão, sendo unânimes os resultados demonstrados acerca dos benefícios obtidos tanto em termos financeiros quanto em termos de gestão administrativa e financeira dos HUF, visto que, somente com uma ação ampla de reestruturação promovida pelo REHUF permitiu um caminho de melhorias no atendimento dos serviços prestados por esses hospitais (BARROS *et al*, 2013).

Quanto aos investimentos do REHUF destinados ao HU-UFPI, o cenário não é diferente, contudo, com uma significativa particularidade. Faz-se imperioso ressaltar, que esta unidade hospitalar vivenciou uma experiência atípica, visto que o contexto de implantação do Programa REHUF ocorreu, conjuntamente, com a inauguração oficial de suas instalações, isto é, com o início do funcionamento das atividades assistenciais, de ensino, pesquisa e administrativas do hospital.

Diante disso, o HU-UFPI passou a beneficiar-se do montante dos recursos disponíveis, proporcionando mais condições financeiras para realizar novos investimentos, estruturar suas ações e serviços relacionados à prestação de assistência à saúde e ampliar a realização de atividades de ensino, pesquisa, extensão e inovação tecnológica.

A estruturação física e de pessoal do HU-UFPI aconteceu concomitantemente ao desenvolvimento de ações efetivas para a adesão e estabelecimento de contrato para gestão dos Hospitais Universitários Federais à EBSERH e ao Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF).

De 2014 a 2018, conforme mostra a tabela 7, o programa REHUF destinou R\$ 55,6 milhões para melhorar a infraestrutura do HU-UFPI. Esses recursos financiaram a compra de novos equipamentos, além de contribuir para a reforma e ampliações de outros serviços e novas especialidades, como a reestruturação da área de atendimento cardíaco, que se coloca como o único hospital público do Estado a realizar cirurgia cardíaca pelo SUS, assim como, a instalação da Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon), sendo a primeira unidade de tratamento de câncer em hospital público, vinculado ao SUS, firmando-se como referência no Piauí no que se refere ao diagnóstico e tratamento do câncer.

De acordo o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES (2019), houve um salto do ano de 2014 para 2018, o montante também contribuiu para o aumento expressivo do total de leitos (de 50 para 190 leitos), além dos atendimentos em consultas ambulatoriais (de 56.318 para 101.123), internações (de 2.230 para 5.716), procedimentos cirúrgicos (de 719 para 6.126), cirurgias hospitalares (de 108 para 3.237) e exames e procedimentos ambulatoriais (de 92.849 para 244.818).

Essa constatação é uma comprovação de que realmente os recursos advindos do REHUF têm total relevância na gestão orçamentária e financeira do HU-UFPI, sobretudo, quanto ao processo de sua estruturação, constituindo-se como cota essencial para o orçamento do hospital. Assim, o REHUF veio para alavancar o funcionamento de suas atividades, contribuindo para impulsionar e garantir a boa prestação dos serviços e aumentar a elaboração de políticas para o setor da saúde e consolidar-se como instituição de assistência e ensino.

Vale destacar que, atualmente, o HU-UFPI ainda não disponibiliza à população todo o seu potencial de atendimento, posto que, para isso é necessário assegurar mais investimentos financeiros para aumentar sua capacidade de atendimento e, portanto, mais serviços ofertados disponibilizados à população.

No intuito de evidenciar a importância dos recursos do REHUF para o HU-UFPI, buscou-se apresentar os valores disponibilizados pelo programa, nos anos de 2014 a 2018, para

mensurar a representatividade desses recursos frente à execução da despesa orçamentária por fonte de receita do recurso.

Tabela 7 - Execução da despesa do HU-UFPI e dos recursos do Programa REHUF

Aplicação (por fonte)	2014	2015	2016	2017	2018
Folha de Pgto	R\$ 54.838.849,84	R\$ 85.659.021,74	R\$113.482.360,05	R\$116.489.821,55	R\$136.921.145,24
SUS MAC/FAEC	R\$ -	R\$ -	R\$ 29.248.869,76	R\$ 34.674.770,74	R\$ 39.877.085,45
Pessoal/Benefícios	R\$ 11.415.971,09	R\$ 12.541.167,08	R\$ 13.567.681,13	R\$ 15.275.429,24	R\$ 15.129.878,91
Emenda	R\$ -	R\$ -	R\$ 199.731,39	R\$ -	R\$ 452.232,00
Demais Custeios	R\$ 25.314.102,27	R\$ 28.040.881,55	R\$ 1.736.659,23	R\$ 2.394.403,80	R\$ 1.206.024,83
Rehuf	R\$ 6.437.816,05	R\$ 11.151.521,24	R\$ 16.279.991,32	R\$ 10.879.316,20	R\$ 10.886.821,66
Total	R\$98.006.739,25	R\$137.392.591,61	R\$174.515.292,88	R\$179.713.741,53	R\$204.473.188,09

Fonte: Tesouro Gerencial (2019).

No que diz respeito à execução da despesa pública no âmbito do HU-UFPI, conforme mostra a tabela 7, de acordo com a fonte de recurso, constitui-se pelos seguintes grupos de despesas: folha de pagamento; MAC, FAEC e outros incentivos; Pessoal, benefícios e residência; emenda parlamentar; demais despesas de custeios e REHUF.

As despesas com a folha de pagamento com pessoal efetivo, regido pelo regime de contratação CLT, são centralizadas na EBSERH/Sede, mediante a Unidade Gestora: 155007/GESTÃO: 26443, portanto, providas pelo MEC.

O grupo Média e Alta Complexidade (MAC), Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC) e outros incentivos é representado pelas despesas a manutenção das atividades do hospital, como: material hospitalar, limpeza e conservação, serviço de energia elétrica, fornecimento de alimentação, manutenção e conservação de equipamentos, vigilância ostensiva, locação de máquinas e equipamentos, serviços de análises e pesquisas científicas, combustíveis e lubrificantes automotivos, etc.

Para a execução das despesas relacionadas à MAC Ambulatorial e Hospitalar, o HU-UFPI recebe mensalmente recursos financeiros diretamente do FNS, de acordo com o estabelecido no instrumento formal de contratualização, em que o MS é autorizado a deduzir do limite financeiro da média e alta complexidades do Município de Teresina, Estado do Piauí, tais valores, para que o Fundo Nacional de Saúde operacionalize os devidos repasses ao HU-UFPI, sob a modalidade de orçamentação global, modalidade de financiamento que garante o conhecimento antecipado do volume máximo previsto para desembolso no período do contrato, podendo contemplar tanto recursos de investimento quanto custeio.

Já os procedimentos que forem financiados pelo FAEC são remunerados pelo que for produzido e autorizado pelo gestor do SUS, e devem ser repassados conforme informações ao MS.

Existe ainda um outra forma de repasse que poderia auxiliar as despesas de manutenção das atividades do hospital, são os “incentivos financeiros” de responsabilidade da Secretaria de Estado da Saúde do Piauí e ou da Fundação Municipal de Saúde de Teresina-PI, esses valores podem ser transferidos ao HU-UFPI por meio dos respectivos Fundos de Saúde, via Guia de Recolhimento da União (GRU), realizado pelo código de recolhimento 28824-1 – Serviços Hospitalares, UG nº 155008 e Gestão nº 26443, todavia, não houve registro na execução do HU-UFPI com recursos oriundos destas fontes.

No grupo da execução da despesa Pessoal, Benefícios e Residência, estão incluídas despesas de custeio relacionadas a pessoal, tais como: benefícios e médicos residentes (residência médica, vencimentos e salários, residência multiprofissional em saúde, proventos, 13º salário, auxílio alimentação, adicional de insalubridade, etc.), todas mantidas pelo MEC.

O compromisso do MEC com a qualidade da educação em todos os níveis, etapas e modalidades de ensino se encontra alinhado com as diretrizes e metas do Plano Nacional de Educação (PNE), bem como refletido em programas e projetos passíveis de serem contemplados em emendas parlamentares.

Outro mecanismo que contribui nas ações de modernização e reestruturação dos hospitais universitários federais são as emendas parlamentares que visam à otimização de seu funcionamento. Neste sentido, no HU-UFPI, as ações correspondentes a emendas parlamentares são executadas para a aquisição de equipamentos médico odontológico, laboratorial e hospitalar, material permanente de Tecnologias da informação e comunicação (TICs) e equipamentos para áudio e vídeo, consignados nos seguintes elementos de despesa 449052 – Equipamentos e material permanente.

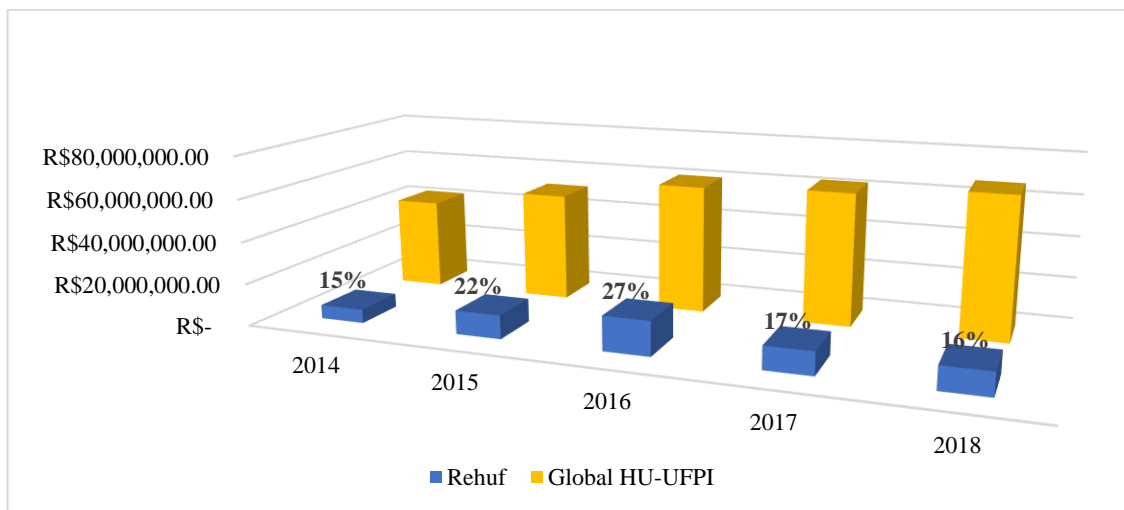
O grupo Demais custeios, provido pela EBSERH e MEC, assume papel relevante a uma adequada gestão operacional e financeira do HU-UFPI, pois relacionam as despesas executadas para o pagamento de contratos e despesas com manutenção operacionais do hospital, tendo auxiliado tanto em custeio, quanto em investimentos.

No último grupo, a tabela 7 mostra a execução da despesa relacionada aos recursos do REHUF, sendo esse o tema principal deste tópico, que é representada pelos valores alocados ao HU-UFPI, a partir da concepção da matriz de distribuição de recursos, segundo a apresentação de seus indicadores hospitalares que são transformados em sistema de pontuação.

Verifica-se que a execução da despesa no contexto dos recursos do REHUF, nos anos de 2014 a 2018, totalizou um valor empenhado de R\$ 55.635.466,47. O montante representa anualmente cerca de 17,5% de toda a execução orçamentária do HU-UFPI, sendo utilizado em despesas de custeio e de investimentos, na manutenção de equipamentos, na aquisição de equipamentos, de insumos, medicamentos e no pagamento também de empresas prestadoras de serviços.

No gráfico 1, são apresentados os dados referentes à execução da despesa realizada com os recursos do REHUF em relação a cada valor anual empenhado pelo HU-UFPI, confirmando que esses recursos representam um percentual significativo para o pleno funcionamento do hospital universitário na parte de assistência, formação de profissionais, na aquisição de equipamentos e estruturação física. Observou-se queda nos valores da execução para a ação, de 33,2% de 2016 para 2017, e 33,1% em 2018, o que traz uma preocupação com o cenário futuro de modernização do hospital.

Gráfico 1 - Representação da execução dos recursos do HU-UFPI (Global e REHUF)



Fonte: Elaborado pelo autor, com base nos dados do Tesouro Gerencial (2019).

Constata-se, com base nas referências apresentados no gráfico 1, que o Programa REHUF é uma contribuição social relevante para o financiamento do HU-UFPI, haja vista que os recursos para investimentos são praticamente inexistentes, voltado para cobrir os gastos e a adequada manutenção e estrutura física do hospital, constituindo-se elemento importante na cobertura do orçamento desta unidade hospitalar.

Com isso, o aporte do REHUF serve para o HU-UFPI aperfeiçoar o que já vem sendo feito, dando continuidade às ações de ensino e ao papel de campo de prática na formação de recursos humanos na área da saúde, pois embora já estruturado como unidade orçamentária

própria e unidade gestora executora, passa a contar com dotação orçamentária específica, composta de recursos oriundos do MS/FNS para remunerar os atendimentos de média e de alta complexidade, de natureza extraorçamentária, além de uma parcela de repasses, também extraorçamentários, destinada pelo MEC por meio do denominado Programa Interministerial.

As ações orçamentárias, apresentadas a seguir, possuem participação importante no orçamento e no desenvolvimento das finalidades institucionais do HU-UFPI, pois estão vinculadas ao Programa REHUF, instituído pelo Decreto nº 7.082/2010.

O quadro 7 apresenta o detalhamento das ações orçamentárias, para facilitar o entendimento da composição do orçamento do Programa REHUF, em que os créditos orçamentários são descentralizados em favor da Unidade Gestora 155008, Gestão 26443, obedecendo a seguinte classificação funcional:

Quadro 7 - Classificação Funcional do Programa/ação orçamentário REHUF.

Função	Subfunção	Programa	Ação
12 Educação	302 - Assistência hospitalar e ambulatorial	2080 - EDUCAÇÃO DE QUALIDADE PARA TODOS	20RX - REESTRUTURACAO E MODERNIZACAO DOS HOSPITAIS UNIVERSITARIOS FEDERAIS
10 Saúde	302 - Assistência hospitalar e ambulatorial	2015 - FORTALECIMENTO DO SISTEMA UNICO DE SAUDE (SUS)	20G8 - REESTRUTURACAO DOS SERVICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES PRESTADOS PELOS HOSPITAIS UNIVERSITARIOS FEDERAIS (FINANCIAMENTO PARTILHADO - REHUF)

Fonte: Elaborado pelo autor com base nas informações do Portal da Transparência (2019).

A implementação direta do programa é financiada pelos MEC e MS, sendo que no âmbito do MEC parte dos recursos é reservado à EBSEH em sua LOA e parte é alocada diretamente na LOA dos hospitais em suas Unidades Orçamentárias vinculadas às universidades federais. A Ação 20RX apresentou mudanças significativas em relação aos exercícios anteriores, decorrentes de discussões no âmbito da administração pública acerca da aderência entre os objetivos legais do programa e a destinação efetiva dos seus recursos.

Já no âmbito do MS, a ação 20G8 prevê recursos de capital que são descentralizados aos HUF, além de recursos que podem ser alocados para subsidiar em reformas, desde que não importem em aplicação física, visto se tratar de recursos de custeio.

De fato, resta claro que o aporte do REHUF consiste-se em importante elemento no que se refere à composição do orçamento do HU-UFPI, sendo imprescindível o repasse dessa verba para que as atividades do hospital continuem evoluindo, caso contrário, poderia causar

desequilíbrio econômico financeiro do hospital, prejudicando as atividades nas áreas de ensino, pesquisa, extensão e assistência à saúde, afetando pacientes, pesquisadores e estudantes, e ainda, comprometer a sua missão de hospital escola.

No entanto, frisa-se a necessidade do acompanhamento contínuo da execução da despesa, visando gerir melhor a aplicação desses recursos, face às informações gerenciais, em especial com relação aos custos, para garantir que sejam aplicados em benefício da população, de modo a assegurar à gestão pública a eficiência e o controle dos gastos.

5.3 Descrição dos recursos do REHUF por categoria econômica e grupo de natureza de despesa

A classificação da despesa orçamentaria, quanto à natureza do gasto, compõe-se de: categoria econômica, grupo de natureza da despesa e elemento de despesa. Como a proposta deste estudo visa elencar os resultados da execução da despesa relativa aos recursos do REHUF no HU-UFPI, este tópico dedica-se, exclusivamente, à descrição mais detalhada das caracterizações dos gastos por categorias econômicas e grupos de natureza da despesa, segundo a natureza do gasto, no intuito de verificar a dimensão dos valores destinados ao custeio e investimento, em cumprimento aos objetivos e diretrizes estabelecidos pelo REHUF.

O financiamento do Programa REHUF passou a ser compartilhado entre os MEC e MS (art. 5º do Decreto nº 8.587/15), não havendo, portanto, valor fixo correspondente a ser alocado por cada ministério. De igual modo, não existe também nenhum delineamento definindo qualquer imposição na alocação dos recursos quanto a classificação da despesa orçamentaria, por categoria econômica.

Não há dúvidas que essa flexibilização continua sendo concebível aos gestores, pois a centralização em uma única categoria econômica poderia dificultar as estratégias e alguns desafios da gestão dessas unidades hospitalares. Por outro lado, tal indefinição na destinação dos recursos poderia ser suficiente para inviabilizar o programa por inexecuibilidade dos objetivos estabelecidos, no campo do ensino, pesquisa e extensão e da assistência à saúde, através da má gestão dos recursos públicos. Essa questão, diante da perspectiva avaliativa de políticas públicas (*policy analysis*), tem impacto relevante para o processo decisório de continuidade do programa.

As liberações dos recursos do REHUF fazem parte de um planejamento prévio feito pela EBSEH/Sede. As verbas são descentralizadas de acordo com planos de trabalho

produzidos pelos hospitais, assim, todas as demandas são ordenadas de acordo com a necessidade e critérios previamente estabelecidos.

Os dados da tabela a seguir demonstram a representação dos recursos do REHUF descentralizados ao HU-UFPI, por categoria econômica da despesa, mediante os valores relativos às despesas de custeio e de investimento.

Tabela 8 - Detalhamento da execução da despesa Global do HU-UFPI e do REHUF

		2014	2015	2016	2017	2018
HU-UFPI (Global)	Custeio	R\$ 31.138.622,32	R\$ 41.777.926,35	R\$ 50.139.620,24	R\$ 55.059.003,25	R\$ 57.097.139,00
	Investimento	R\$ 5.708.246,02	R\$ 3.414.979,50	R\$ 5.744.207,92	R\$ 2.825.147,00	R\$ 5.186.714,95
	Total	R\$36.846.868,34	R\$45.192.905,85	R\$55.883.828,16	R\$57.884.150,25	R\$62.283.853,95
HU-UFPI (REHUF)	Custeio	R\$ 3.261.294,94	R\$ 9.658.532,30	R\$ 11.310.484,31	R\$ 8.312.379,01	R\$ 6.152.338,71
	Investimento	R\$ 3.176.521,11	R\$ 1.492.988,94	R\$ 4.969.507,01	R\$ 2.566.937,19	R\$ 4.734.482,95
	Total	R\$ 6.437.816,05	R\$11.151.521,24	R\$16.279.991,32	R\$10.879.316,20	R\$10.886.821,66

Fonte: Tesouro Gerencial, 2019.

O aporte advindo do REHUF, realizado no HU-UFPI no período de 2014 a 2018, foram investidos em despesas de custeio e de investimentos, conforme mostra tabela 8. Destaca-se que os recursos de custeio permitiram a manutenção da estrutura do hospital e a expansão de alguns serviços assistenciais. Os recursos de investimentos que foram essenciais para atender a renovação e a expansão do parque tecnológico e de outros bens, assim como as reformas em áreas fundamentais do hospital.

Ao analisar a execução da despesa do REHUF no HU-UFPI, constatou-se que os recursos são utilizados majoritariamente para cobrir despesas de custeio, possibilitando a manutenção do hospital, visto que o valor recebido pelo SUS, previsto na contratualização, é insuficiente para atender a real necessidade de funcionamento do hospital.

É perceptível a importância desses recursos para atender a sobrevivência do hospital, com pagamento de contratos de terceirização, aquisição de materiais, como medicamentos, produtos para a saúde e além de outras despesas que garantem seu funcionamento que são necessárias tanto para manter a gestão administrativa quanto material de emprego assistencial.

Considerando os repasses provenientes do REHUF ao HU-UFPI, conforme mostra a tabela 8, nos anos de 2014 a 2018, foram executados um montante de R\$ 38.695.029,27 destinado às despesas de custeio, representando um valor muito elevado diante do valor destinado ao investimento que foi apenas de R\$ 16.940.437,20 no mesmo período.

No ano de 2018, as despesas de custeio comprometeram 56,5% dos recursos recebidos, restando 43,5% para a utilização em despesas de investimento do hospital. Já nos exercícios anteriores, nos anos de 2015, 2016 e 2017, esses percentuais foram de 86,6%, 69,4% e 76,4%, respectivamente, para custeio.

Nota-se uma forte propensão da utilização dos recursos do REHUF com despesas de custeio, não sendo esse o objetivo do programa. Deve-se priorizar a realização de obras ou aquisição de equipamentos médico-hospitalar e a expansão dos hospitais federais, pois ainda que o disposto do Art. 8º da Portaria interministerial permita atingir a cobertura das despesas correntes, esses recursos devem ser utilizados para investimentos na infraestrutura, com vista ao cumprimento das diretrizes do REHUF, conforme prevê a legislação (BRASIL, 2010).

Contudo, quando comparados os valores da execução da despesa de investimentos no âmbito do orçamento global do HU-UFPI e da execução da despesa de investimentos com os recursos do REHUF, percebe-se que a representatividade das despesas alocadas com os recursos do REHUF é bastante expressiva, chegando a 86,5%, 90,8% e 91,2%, respectivamente, nos anos de 2015, 2016 e 2017, conforme mostra a tabela 8.

É importante frisar que essa informação já é muito válida e pertinente, não apenas para conferir que a alocação orçamentária disponibilizada pelo REHUF abrange, praticamente, a totalidade das despesas de investimentos do HU-UFPI, mas também para compreender, dentro do contexto da gestão pública, que a atenção que foi dada à gestão desses recursos frente à pactuação dos objetivos específicos do programa é proveitoso.

Dessa forma, vislumbra-se que a questão do gerenciamento dos recursos públicos depende também da visão do gestor. Um bom gestor deve ter uma visão global da organização, e o resultado atingido depende da combinação harmônica, englobando diversas habilidades, como formação gerencial, conhecimento, liderança e uma visão técnica.

5.4 Análise das despesas orçamentárias decorrentes dos recursos do REHUF executadas pela gestão do HU-UFPI nos anos de 2014 a 2018

Considera-se que um hospital universitário é tradicionalmente definido como uma extensão de uma instituição de ensino em saúde. Os HUs caracterizam-se como centro de saúde públicos vinculados a cursos de graduação em medicina. São conhecidos como hospitais-escolas, provedores de capacitação universitária na área de saúde, sendo capazes de prestar serviços altamente especializados, oferecendo tratamento de alta qualidade sem qualquer custo para o paciente.

Essas características tornam os HUs diferenciados dos hospitais não-universitários de alta tecnologia. Isso faz com que seus custos sejam ainda mais dispendiosos, dado que incorporam atividades de ensino, pesquisa e extensão e por serem um referencial em alta tecnologia. O financiamento e seus limitantes, como a escassez, ausência de regulamentação e de governança, representam um dos principais entraves da Administração Pública, e portanto, para os HUs.

Em um cenário de tantas limitações financeiras, é crescente a exigência do governo e da sociedade pela racionalização dos gastos e despesas e a busca de melhores maneiras de otimizar os recursos. O volume de recursos para manter uma estrutura complexa como a dos HUs exige um rigoroso controle preventivo e o monitoramento dos gastos públicos e da execução financeira e orçamentária, por parte dos gestores no processo de gestão do hospital no contexto de sistema de saúde.

Além de dificultosa, essa questão exige grande esforço gerencial, pois diante da colisão da universalidade da assistência, em que todo cidadão tem direito ao acesso às ações e serviços de saúde, e a premissa da racionalidade dos gastos, que visa a melhoria da qualidade do gasto público, é necessário refletir acerca da análise da melhor forma de aplicar os recursos com eficiência e zelo, e da busca de melhoria contínua dos gastos.

O HU-UFPI, apesar de vinculado à UFPI, é administrado sob o modelo de gestão da EBSEH, instituição vinculada ao MEC, responsável por gerir os recursos patrimoniais, orçamentários e financeiros providos à instituição, tendo, uma vez que os hospitais gastam muito mais, seu orçamento apartado da administração financeira da universidade. Para que os HUs possam realizar seus investimentos é importante que haja recursos, planejamento e gastar menos do que ganham.

O REHUF veio para reforçar o orçamento das universidades mantenedoras de serviços de saúde e dar autonomia às unidades hospitalares, e assim, estimular a oferta de ensino, pesquisa e atendimento de qualidade. Esses recursos são utilizados na compra de insumos, como medicamentos, ou em investimentos nas unidades, como novos equipamentos ou reformas. A decisão fica à critério do próprio hospital, que deve informar à EBSEH (Sede), por meio de planos de trabalho, o destino dos recursos.

Para desenvolver este tópico, foi necessário conhecer e estruturar os gastos realizados a partir da distribuição de recursos por dotação orçamentária, específica, vinculada aos recursos do programa, abrangendo o período de 2014 a 2018, para definir dois pontos relevantes, quais sejam: identificar o quanto e como foram aplicados os recursos do REHUF, buscando conhecer quais ações de saúde foram contratadas com a alocação destes recursos.

O quadro 8 mostra as despesas executadas, de acordo com a classificação por elemento despesa, que tem por finalidade identificar os objetos de gasto de cada despesa e demais informações acerca da utilização dos recursos disponibilizados, considerando as duas categorias avaliadas: custeio e investimento.

Quadro 8 - Execução da despesa orçamentária do HU-UFPI/REHUF no período de 2014-2018

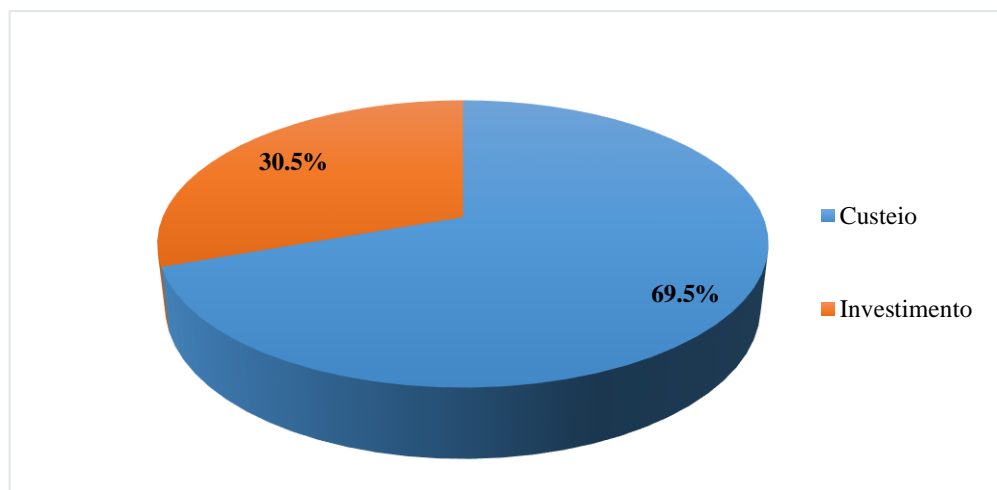
Classificação por elemento de despesa	2014	2015	2016	2017	2018
33903001 - COMBUSTIVEIS E LUBRIFICANTES AUTOMOTIVOS		R\$ 45.837,00	R\$ 5.406,00		
33903004 - GAS E OUTROS MATERIAIS ENGARRAFADOS			R\$ 23.319,89		
33903009 - MATERIAL FARMACOLOGICO	R\$ 198.411,00	R\$ 2.055.804,16	R\$ 2.387.604,30	R\$ 1.842.163,15	R\$ 2.357.952,71
33903010 - MATERIAL ODONTOLOGICO		R\$ 65.260,26			R\$ 3.248,50
33903011 - MATERIAL QUIMICO	R\$ 469.253,84	R\$ 168.401,94	R\$ 575.927,35	R\$ 54.998,06	R\$ 165.381,76
33903016 - MATERIAL DE EXPEDIENTE	R\$ 1.752,06	R\$ 35.530,92	R\$ 21.249,22	R\$ 32.933,95	R\$ 48.181,69
33903017 - MATERIAL DE TIC - MATERIAL DE CONSUMO			R\$ 8.969,55		R\$ 62.464,80
33903019 - MATERIAL DE ACONDICIONAMENTO E EMBALAGEM	R\$ 900,00	R\$ 3.438,40	R\$ 595,00	R\$ 25.017,43	R\$ 11.690,00
33903020 - MATERIAL DE CAMA, MESA E BANHO		R\$ 3.920,00		R\$ 708.431,16	R\$ 9.950,00
33903021 - MATERIAL DE COPA E COZINHA		R\$ 3.650,38	R\$ 3.114,00		
33903022 - MATERIAL DE LIMPEZA E PROD. DE HIGIENIZACAO			R\$ 26.825,40	R\$ 60.170,40	R\$ 51.358,85
33903023 - UNIFORMES, TECIDOS E AVIAMENTOS	R\$ 20.932,90	R\$ 18.709,00			R\$ 25.240,00
33903025 - MATERIAL P/ MANUTENCAO DE BENS MOVEIS				R\$ 7.106,11	
33903026 - MATERIAL ELETRICO E ELETRONICO			R\$ 2.904,25	R\$ 1.732,10	R\$ 5.761,60
33903028 - MATERIAL DE PROTECAO E SEGURANCA	R\$ 988,20	R\$ 2.685,12	R\$ 8.044,00		R\$ 41.360,54
33903029 - MATERIAL P/ AUDIO, VIDEO E FOTO			R\$ 2.832,00		R\$ 26.884,00
33903035 - MATERIAL LABORATORIAL	R\$ 21.386,05		R\$ 9.479,24	R\$ 29.638,77	R\$ 7.968,30
33903036 - MATERIAL HOSPITALAR	R\$ 806.615,85	R\$ 593.831,04	R\$ 2.915.797,23	R\$ 3.747.309,54	R\$ 2.422.367,06
33903042 - FERRAMENTAS				R\$ 206,25	R\$ 136,90
33903301 - PASSAGENS PARA O PAÍS		R\$ 29.497,00			
33903302 - PASSAGENS PARA O EXTERIOR		R\$ 39.340,27			
33903303 - LOCACAO DE MEIOS DE TRANSPORTE		R\$ 68.837,27	R\$ 58.916,00		
33903701 - APOIO ADMINISTRATIVO, TECNICO E OPERACIONAL	R\$ 284.658,91	R\$ 723.043,61	R\$ 846.530,56	R\$ 315.100,00	
33903703 - VIGILANCIA OSTENSIVA		R\$ 309.746,72	R\$ 153.960,94	R\$ 115.666,03	
33903905 - SERVICOS TECNICOS PROFISSIONAIS		R\$ 483.520,00	R\$ 480.282,88	R\$ 147.443,37	
33903911 - LOCACAO DE SOFTWARES		R\$ 4.650,00	R\$ 3.000,00		
33903912 - LOCACAO DE MAQUINAS E EQUIPAMENTOS		R\$ 22.000,00	R\$ 38.908,22		
33903916 - MANUTENCAO E CONSERV. DE BENS IMOVEIS		R\$ 1.026.492,07	R\$ 153.992,53	R\$ 234.888,74	
33903917 - MANUT. E CONSERV. DE MAQUINAS E EQUIPAMENTOS	R\$ 175.440,94	R\$ 312.555,28	R\$ 250.125,10	R\$ 68.309,81	
33903920 - MANUT.E CONS.DE B. MÓVEIS DE OUTRAS NATUREZAS			R\$ 961,10		
33903927 - SUPORTE DE INFRAESTRUTURA DE T.I.				R\$ 63.844,35	
33903941 - FORNECIMENTO DE ALIMENTACAO	R\$ 369.318,85	R\$ 1.240.816,31	R\$ 563.363,40	R\$ 306.000,00	
33903943 - SERVICOS DE ENERGIA ELETRICA		R\$ 527.050,58	R\$ 611.112,89		
33903945 - SERVICOS DE GAS		R\$ 12.950,00			
33903946 - SERVICOS DOMESTICOS	R\$ 164.742,94		R\$ 457.658,18	R\$ 108.500,00	
33903950 - SERV.MEDICO-HOSPITAL ODONTOL.E LABORATORIAIS	R\$ 1.721,40	R\$ 18.326,00	R\$ 201.357,99		
33903951 - SERVICOS DE ANALISES E PESQUISAS CIENTIFICAS		R\$ 123.968,31	R\$ 41.333,33		

33903963 - SERVICOS GRAFICOS E EDITORIAIS			R\$ 2.782,50		R\$ 1.120,00
33903969 - SEGUROS EM GERAL		R\$ 4.856,12	R\$ 5.374,44		
33903975 - SERVICO DE INCINERACÃO, DESTRUIÇÃO E DEMOLIÇÃO		R\$ 45.796,75	R\$ 16.219,67	R\$ 22.500,00	
33903978 - LIMPEZA E CONSERVACAO	R\$ 745.172,00	R\$ 1.649.587,05	R\$ 1.388.362,15	R\$ 420.419,79	
33903979 - SERV. DE APOIO ADMIN., TECNICO E OPERACIONAL			R\$ 44.175,00		
33903983 - SERVICOS DE CÓPIAS E REPRODUÇÃO DE DOCUMENTOS		R\$ 18.430,74			
33904005 - LOCACAO DE EQUIPAMENTOS DE TIC - TELEFONIA					R\$ 666.572,00
33904007 - MANUTENÇÃO CORRETIVA/ADAPTATIVA E SUSTENTACAO					R\$ 183.800,00
33904020 - TREINAMENTO/CAPACITACAO EM TIC					R\$ 25.900,00
33904021 - SERVICOS TECNICOS PROFISSIONAIS DE TIC					R\$ 35.000,00
44903957 - SERVICOS TECNICOS PROFISSIONAIS DE T.I.			R\$ 243.070,00		
44905204 - APARELHOS DE MEDICAO E ORIENTACAO	R\$ 405,25	R\$ 8.211,00		R\$ 15.573,46	
44905208 - APAR.EQUIP.UTENS.MED. ODONT. LABOR. HOSPIT.	R\$ 3.130.724,86	R\$ 1.331.725,33	R\$ 3.732.890,01	R\$ 2.432.350,33	R\$ 4.002.683,61
44905212 - APARELHOS E UTENSILIOS DOMESTICOS		R\$ 22.565,46	R\$ 206.000,00	R\$ 23.033,40	R\$ 28.776,00
44905218 - COLECOES E MATERIAIS BIBLIOGRAFICOS					R\$ 57.855,01
44905234 - MAQUINAS, UTENSILIOS E EQUIPAMENTOS DIVERSOS	R\$ 5.925,00				R\$ 3.949,98
44905235 - MATERIAL DE TIC (PERMANENTE)			R\$ 784.697,00	R\$ 15.000,00	R\$ 456.916,00
44905236 - MAQUINAS, INSTALACOES E UTENS. DE ESCRITÓRIO		R\$ 160,62			
44905237 - EQUIPAMENTOS DE TIC - ATIVOS DE REDE					R\$ 95.878,55
44905241 - EQUIPAMENTOS DE TIC - COMPUTADORES					R\$ 19.383,40
44905242 - MOBILIARIO EM GERAL	R\$ 39.466,00	R\$ 126.946,97	R\$ 2.850,00	R\$ 80.980,00	R\$ 52.497,90
44905245 - EQUIPAMENTOS DE TIC - IMPRESSORAS					R\$ 16.542,50
44905248 - VEICULOS DIVERSOS		R\$ 3.379,56			
	R\$ 6.437.816,05	R\$ 11.151.521,24	R\$ 16.279.991,32	R\$ 10.879.316,20	R\$ 10.886.821,66

Fonte: Elaborado pelo autor, com base nos dados do Tesouro Gerencial, 2019.

Diante das despesas empenhadas com os recursos do MS e MEC, no período de 2014 a 2018, conforme mostra o quadro 8, a categoria que alocou a maior parcela dos recursos é a de custeio.

Gráfico 2 - Distribuição das despesas por categoria econômica da despesa



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

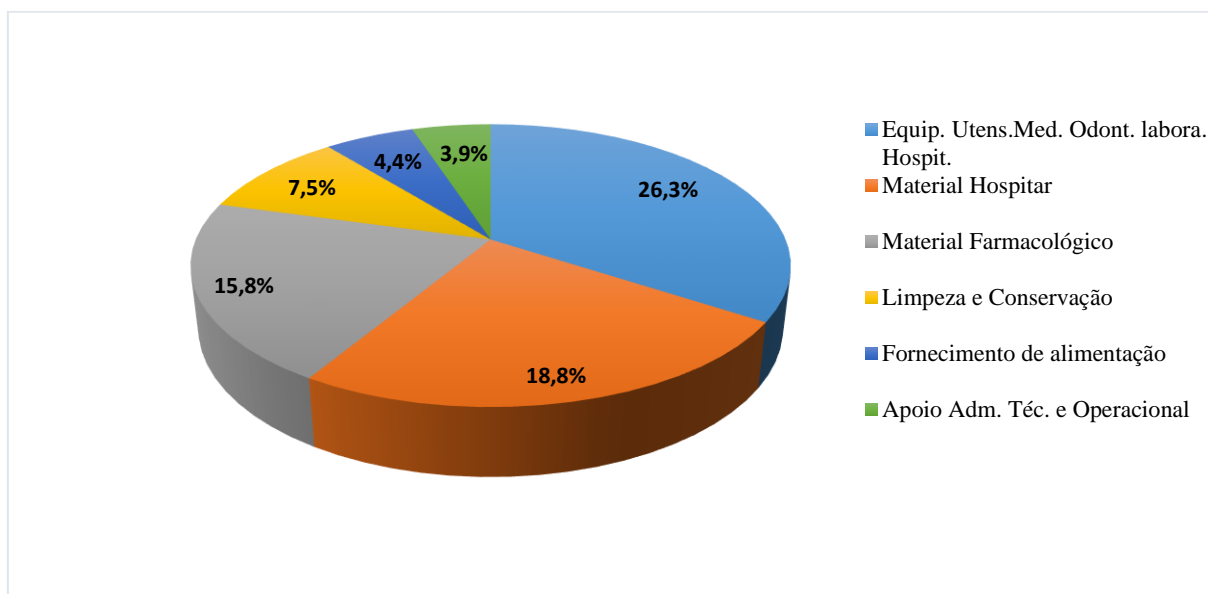
Quando a despesa pública é analisada de acordo com a sua classificação econômica, observa-se que grande parte desta se concentrou nos gastos correntes primários, restando uma pequena parcela destinada ao gasto com capital. A despesa corrente média situou-se em torno de 69,5% da despesa orçamentária. Já a despesa com capital média representou 30,5% da despesa orçamentária no período.

As despesas apresentam-se com características distintas, identificadas como gastos comuns e rotineiros para manutenção do hospital, sendo algumas genéricas (como material de proteção e segurança, ferramentas, seguros em geral, veículos diversos) e outras específicas (como fornecimento de alimentação, material odontológico, serviços de energia elétrica), de forma que compreendem o processo habitual do hospital.

De acordo com o quadro 8, percebeu-se uma sequência histórica da aplicação dos recursos em alguns grupos de despesas, havendo uma constante aplicação de recursos na contratação de material farmacológico, material químico, material de expediente, material hospitalar, serviços de apoio administrativo, fornecimento de alimentação, limpeza e conservação, aquisição de equipamentos médico hospitalar e mobiliário em geral.

Deve-se destacar que essas despesas não devem ser confundidas com outros tipos de gastos comuns, são despesas operacionais necessárias à manutenção das atividades institucionais, normalmente previstas e têm como objetivo final manter o bom funcionamento do hospital. Essas despesas, em sua maioria, também são consideradas os gastos mais elevados do hospital. Para melhor visualizar, o gráfico 3 identifica, em termos percentuais, as despesas que mais exigem disponibilidade orçamentária.

Gráfico 3 - Distribuição das despesas quanto ao objeto de gasto



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

As despesas com a aquisição de equipamentos hospitalar que registra o valor com a contratação de qualquer aparelho, utensílio ou equipamento de uso médico, odontológico, laboratorial e hospitalar representaram em média 26,3% do gasto total do período analisado.

Já as despesas com material hospitalar que registra o valor com todos os materiais de consumo utilizados na área hospitalar ou ambulatorial, tais como: agulhas hipodérmicas, algodão, cânulas, cateteres, compressa de gaze, drenos, esparadrapo, fios cirúrgicos, lâminas p/ bisturi, luvas, seringas, termômetro clínico e outros, representaram 18,8%, enquanto que as despesas de material farmacológico que registra o valor das despesas com medicamentos ou componentes destinados à manipulação de drogas, tais como: medicamentos, soro, vacinas e outros, corresponderam a 15,8%.

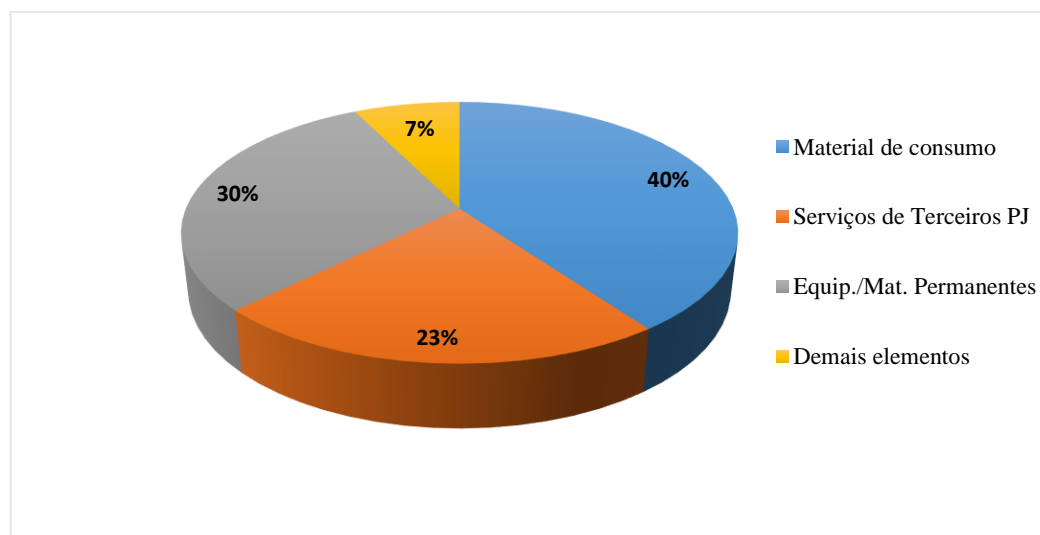
As despesas com limpeza e conservação, tais como: serviços de limpeza, higienização, coleta de lixo, retirada de entulho, conservação dedetização e asseio dos órgãos públicos,

representaram 7,5% do valor total e as despesas com fornecimento de alimentação (aquisição de refeições preparadas, inclusive lanches e similares), representaram em média 4,4%.

As despesas com apoio administrativo, técnico e operacional, que registra o valor das apropriações das despesas com apoio administrativo, operacional e assistência técnica necessários à manutenção das atividades do órgão, nos casos em que o contrato especifique o quantitativo físico do pessoal a ser utilizado, tais como: assistência técnica, capina, jardinagem, operadores de máquina, motoristas, recepcionistas, serviços auxiliares e outros, representaram a média de 3,9%.

Observou-se a execução de várias despesas, esporadicamente, ao longo do período, de pequenos valores, em exercícios alternados e/ou uma única vez, como: combustíveis e lubrificantes automotivos, gás e outros materiais, material de TIC, material de copa e cozinha, material para manutenção de bens móveis, suporte de infraestrutura de TI, serviço de gás, serviços gráficos e serviços de cópias, reprodução de documentos, serviços técnicos profissionais de TIC e de TI, que apesar de não representarem alto valor econômico, possuem efeito significativo para hospital.

Gráfico 4 - Distribuição das despesas por elemento de despesa (2014-2018)



Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Ao analisar os gastos, considerando o elemento de despesa, o gráfico 4 mostra que 40% das despesas foram empenhadas no elemento de despesa 33.90.30 – material de consumo. Como já explicado e isso deve ser repensado quanto ao uso do dinheiro advindo do REHUF, as despesas elencadas no elemento 44.90.52 – equipamentos e material permanente, embora tenha destaque e a representatividade de 30% das despesas empenhadas, ficou em segundo plano.

No mesmo período, por sua vez, 23% foram empenhados no elemento de despesa 33.90.39 – serviços de terceiros – pessoa jurídica, que englobam os serviços de manutenção predial, alimentação, climatização, manutenção corretiva e preventiva de equipamentos médico hospitalar, limpeza, e etc., ao passo que 7% dos empenhos têm outros elementos distintos.

Existem algumas despesas com características mais específicas, como os gastos com vigilância ostensiva, seguros em geral, treinamento e capacitação, serviços técnico profissionais, telefonia, energia elétrica e passagens. Entretanto, embora haja fortes evidências de que esses gastos apresentem efeito positivo para a manutenção do hospital, em princípio, não apresentam relação com os objetivos e diretrizes do programa.

Isso é bem significativo, e só existe, evidentemente, porque não há uma definição clara e objetiva acerca da utilização dos recursos quanto ao atingimento dos objetivos e finalidade do programa, ou seja, se não há regulamentação que defina o modo de administrar, de operacionalizar os procedimentais específicos, inclusive de avaliação, acerca dos recursos do financiamento do programa, em que se cumpram as recomendações preconizadas, é pertinente que o agir do gestor público, pelos fundamentos e limite da discricionariedade administrativa, utilize os recursos para atender quaisquer necessidades do hospital, abrindo pressuposto para uma temida arbitrariedade, que acarreta insegurança e ameaça para pra quem é ordenador de despesa.

Nessa compreensão, por exemplo, as despesas com passagens para o país, como mostra o quadro 8, no valor de R\$ 29.497,00 no elemento 33.90.33.01, e com passagens para o exterior, no valor de R\$ 39.340,27 no elemento 33.90.33.02, enquadrar-se-iam neste quadro, contudo, restou comprovada a classificação orçamentária indevida de subelemento, devendo estar relacionadas ao subelemento de despesa 33.90.33.03 que se refere à alocação de meio de transporte, neste caso, com veículo tipo ambulância, que inclusive ocorreram em 2015, no valor de R\$ 68.837,27 e em 2016, no valor de R\$ 58.916,00.

Este resultado não é surpreendente, uma vez que as despesas públicas podem ser classificadas de acordo com vários aspectos, entretanto, quando depara-se na falta de dados e informações sobre a procedência da receita prevista, isso pode dificultar a análise da gestão dos recursos e impactar negativamente na avaliação do programa.

As classificações orçamentárias da despesa visam facilitar sua avaliação, antes, durante e depois da sua execução, permitem certa padronização e propiciam a obtenção de informações que são fundamentais à análise do gasto público. Conforme Core (2001): "as classificações orçamentárias de receitas e despesas são de fundamental importância para a transparência das

operações constantes de um orçamento. Toda a informação orçamentária é organizada e veiculada segundo um tipo de classificação."

A Reforma Gerencial do Orçamento (RGO), ocorrida em 2000, trouxe algumas práticas simplificadoras e descentralizadoras que foram adotadas com a finalidade de privilegiar o aspecto gerencial dos orçamentos (FROTA; CALMON, 2014).

Além disso, a nova contabilidade aplicada ao setor público tem discutido nos últimos anos, com mudança de paradigma, sobre a contabilidade moderna para atender as normas contábeis internacionais, em que a administração pública não mais poderá ter uma visão contábil exclusivamente orçamentária, mas resgatar o objeto da Ciências Contábeis que é o Patrimônio.

A nova contabilidade aplicada ao setor público busca um processo de melhoria da qualidade de evidenciação que, mesmo sendo considerado complexo e inovador, tem por finalidade tornar as informações contábeis dos entes, mais compreensíveis, úteis e confiáveis aos usuários, auxiliando nas tomadas de decisões mais seguras.

Pontua-se a necessidade de aprimorar a transparência dos atos referentes ao Programa, buscando dar visibilidade à sociedade quanto ao repasse financeiro, com base no princípio da publicidade, devendo a administração fornecer informações e relatórios de gestão relacionados às ações executadas pela governança, disponibilizando de maneira fácil e compreensível os dados relativos às demonstrações orçamentárias e financeiras do hospital, para que qualquer cidadão possa estar incluído no movimento de controle social.

Todas essas questões são extremamente importantes para verificar a efetividade da política pública e se a mesma trouxe os impactos positivos para a sociedade, e também, para consolidar os dados e informações compreendidos no estudo, como instrumentos capazes de explicar se a alocação dos recursos decorrentes do Programa REHUF encontra-se em conformidade com a finalidade do Programa e com os objetivos e diretrizes estabelecidos pela legislação.

Destaca-se que o Programa REHUF é uma política de saúde e educação, que tem como objetivo oferecer condições materiais e institucionais para que os HUFs possam desempenhar plenamente suas funções em relação às dimensões de ensino, pesquisa e extensão e à dimensão da assistência à saúde (BRASIL, 2010).

No campo do ensino, pesquisa e extensão, os HUs desempenham as funções de local de ensino-aprendizagem e treinamento em serviço, formação de pessoas, inovação tecnológica e desenvolvimento de novas abordagens que aproximem as áreas acadêmica e de serviço no campo da saúde. No campo da assistência à saúde, os HUs desempenham as funções de centros

de referência de média e alta complexidade, para a rede pública de serviços de saúde (BRASIL, 2010).

O Programa REHUF tem como diretrizes: a melhoria dos processos de gestão; adequação da estrutura física; revitalização do parque tecnológico; reestruturação do quadro de recursos humanos dos hospitais universitários federais; e o aprimoramento das atividades hospitalares vinculadas ao ensino, pesquisa e extensão, bem como à assistência à saúde, com base em avaliação permanente e incorporação de novas tecnologias em saúde (BRASIL, 2010).

O Decreto nº 7.082/2010, preceitua a adoção de medidas para alcançar os objetivos e diretrizes estabelecidos, como a modernização da gestão dos HUFs, com base em transparência e responsabilidade; implantação de sistema gerencial de informações e indicadores de desempenho a ser disponibilizado pelo MEC, como ferramenta de administração e acompanhamento do cumprimento das metas estabelecidas; reformas de prédios ou construção de unidades hospitalares novas para alcançar à atenção de média e alta complexidade; aquisição de novos equipamentos de saúde e substituição dos equipamentos obsoletos, visando a utilização de tecnologias mais modernas e adequadas à atenção de média e alta complexidade; implantação de processos de melhoria de gestão de recursos humanos; promoção do incremento do potencial tecnológico e de pesquisa dos HUFs de modo a atender as dimensões assistencial e de ensino; instituição de processos permanentes de avaliação tanto das atividades de ensino, pesquisa, extensão e inovação tecnológica, como da atenção à saúde prestada à população; criação de mecanismos de governança no âmbito dos HUFs (BRASIL, 2010).

Neste contexto, conforme mostra Quadro 8, os resultados identificados no estudo demonstraram consonância com os objetivos e diretrizes estabelecidos para o alcance da finalidade da política pública, visto que, qualquer tipo de gasto relativo aos aspectos operacionais (materiais e institucionais) são capazes de potencializar a capacidade de atuação dos profissionais nas ações e serviços de saúde e de ampliar o campo de atuação do hospital, confluindo com o propósito de melhoria no atendimento dos serviços de saúde à sociedade.

No entanto, é possível afirmar, a partir dos resultados obtidos, considerando as funções desempenhadas pelo HU-UFPI em relação às dimensões de ensino, pesquisa e extensão e de assistência à saúde, que as áreas que se sobressaíram no gasto total das despesas foram a de ensino e a assistencial, já que a identificação dos objetos de gasto das despesas e informações correlatas apontam evidências da aplicação em ações e serviços voltados ao ensino e à assistência e que a pesquisa ainda foi menos exercida.

Conforme mostra o quadro 8, grande parcela das despesas encontra-se associada ao binômio ensino e assistência, apontando uma tendência muito maior com a assistência, como

as despesas de medicamentos, material odontológico, material hospitalar, material laboratorial, material eletroeletrônico, material para áudio, vídeo e foto, aparelhos de medição e orientação, máquinas, utensílios e equipamentos diversos, e outras, que dependendo da finalidade do gasto, pode estar dissociada somente ao ensino ou à assistência.

O peso maior do hospital é assistencial. A qualidade da assistência parece ser o maior compromisso do hospital, sobrepondo a qualidade como hospital universitário. É preciso perceber que o tripé: ensino, pesquisa e assistência representam as três missões dos HUs, devendo, também, ser priorizado na instituição HU, pois nisso que se diferencia dos outros hospitais assistenciais exatamente pelo componente do ensino.

Observou-se que a única despesa que encontra-se relacionada à dimensão de ensino, conforme mostra o quadro 8, foi com coleções e materiais bibliográficos, classificado pelo elemento de despesa 44.90.52-18, no exercício 2018, o valor de 57.855,01, que registra o valor das despesas com coleções bibliográficas de obras científicas, românticas, contos e documentários históricos e outros, mapotecas, dicionários, enciclopédias, periódicos encadernados, álbum de caráter educativo, coleções e materiais bibliográficos informatizados, dicionários, enciclopédia, ficha bibliográfica, jornal e revista (que constitua documentário), livro, mapa, material folclórico, partitura musical, publicações e documentos especializados, repertório legislativo e outros.

Quanto as despesas relacionadas à pesquisa, conforme mostra o quadro 8, ocorreu apenas os serviços de análises e pesquisas científicas, no elemento de despesa 33.90.39-51, no exercício 2015, o valor de R\$ 123.968,31 e no exercício 2016, o valor de R\$ 41.333,33, que registra o valor das despesas com serviços de análises físico-químicas e pesquisas científicas, não relacionadas com apoio ao ensino, tais como: análises minerais, análises de solo, análises químicas, coleta de dados em experimentos, tratamento e destinação de resíduos e outros.

Observa-se, claramente, que as atividades de ensino e assistência que se sobressaem à atividade de pesquisa. A área científica é a mais prejudicada de todas, talvez por não ter um orçamento definido, já que muitas vezes são onerosas, e isso inviabiliza a geração de conhecimento. É essencial que sejam realizadas mais pesquisas nos HUs, com a finalidade de elencar subsídios científicos que possam alavancar a visão sobre o seu papel na sociedade e da tecnologia especializada utilizada para o ensino, a pesquisa e a assistência.

Dessa forma, é fundamental que essas questões sejam consideradas e trabalhadas, no intuito de permitir o aprimoramento dos instrumentos de análise e avaliação da política pública, sendo necessário maior atenção e precisão das informações dos gastos relativos às despesas com os recursos do REHUF, de forma que esses dados sejam disponibilizados com qualidade

e transparência à sociedade, para que a assistência de saúde pública oferecida pelo HU-UFPI, dentro do contexto de reestruturação, seja consolidada em conformidade com os objetivos e as diretrizes estabelecidos.

5.5 A gestão dos recursos do REHUF sob a ótica das licitações

A forma como os recursos financeiros são administrados pela gestão pública está passando por grandes mudanças incentivadas por reivindicações sociais que pedem maior eficiência, transparência e eficácia na aplicação dos recursos públicos.

Vivencia-se um momento de desgovernança dos gastos públicos no Brasil, marcado não só por crimes de ordem econômica, mas também por outros mais complexos, como a prática de corrupção e lavagem de dinheiro, inclusive nas compras públicas, embora se tenha alguns instrumentos de controle do orçamento como: LDO, LOA, LRF. As licitações são instrumentos de governança pública que se baseiam nos requisitos de *accountability*.

Este tópico apresenta os resultados das análises descritivas dos recursos do REHUF sob a sob a ótica das normas que regem as licitações públicas. Buscou-se identificar como estão estruturadas as despesas executadas com os recursos do REHUF quanto à previsão legal e modalidades aplicáveis à licitação, por ser um procedimento importante para o setor público, voltado para o alcance e controle das políticas públicas.

5.5.1 Contextualização das licitações públicas

A licitação é o processo por meio do qual a Administração Pública contrata obras, serviços, compras e alienações, isto é, a forma como a Administração Pública pode comprar e vender. Com isso, resulta-se o contrato que, em outras palavras, é o ajuste entre órgãos ou entidades da Administração Pública e particulares, em que há um acordo para a formação de vínculo e a estipulação de obrigações recíprocas.

Sendo um procedimento administrativo e prévio usado para a contratação com o poder público, os principais objetivos de uma licitação é: selecionar a proposta mais vantajosa para a Administração Pública, garantir igualdade de condições a todos que queiram contratar com o Poder Público e promover o desenvolvimento nacional sustentável.

As compras públicas constituem-se uma das áreas mais sensíveis e importantes da atividade logística que movimenta a Administração Pública. Além de seu valor estratégico, o

processo de compras públicas mobiliza e influencia toda a organização e o ciclo socioeconômico, haja vista o poder de compra do Estado.

Considerando o grande volume de gastos que representam, as compras públicas bem administradas podem e devem desempenhar um papel importante na promoção da eficiência do setor público, maior transparência e *accountability*.

Neste sentido, o Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, atual Ministério da Economia, tem adotado medidas para reforçar a eficiência e a integridade dos seus sistemas de compras, priorizando ações com uso intenso de novas tecnologias e formas inovadoras de apoio ao processo de compras públicas (central de compras, painel de compras, painel de preços), com a criação das novas soluções, os setores públicos e privados – inclusive órgãos de controle – têm acesso amplo e gratuito às ferramentas.

Observa-se que as ideias de modificações promovidas pelo Ministério da Economia vão no sentido de facilitar e simplificar os processos de execução das compras públicas, a fim de que os gestores e profissionais da área de compras e contratação públicas possam dedicar-se mais ao tempo no planejamento dos processos de compra, tornando este processo então mais eficiente.

5.5.2 Aspectos legais que regem as licitações

O processo de qualquer contratação na qual estejam envolvidos recursos públicos deve ser conduzido por licitação. Assim, existem regras preestabelecidas no artigo 37, inciso XXI, da Constituição Federal, em que todo contrato administrativo deve ser precedido, como regra, de uma licitação, que deve ser obedecida a fim de que seja selecionada a proposta mais vantajosa para a Administração Pública.

Dessa forma, grande é a relevância das licitações que o próprio texto constitucional tratou de estabelecer os seus aspectos básicos. A Constituição Federal, art. 37, inc. XXI dispõe que:

[...] As obras, serviços, compras e alienações serão contratadas, ressalvados os casos especificados na legislação, mediante processo de licitação pública que assegure igualdade de condições a todos os concorrentes, com cláusulas que estabeleçam obrigações de pagamento, mantidas as condições efetivas da proposta, nos termos da lei, o qual somente permitirá as exigências de qualificação técnica e econômica indispensáveis à garantia do cumprimento das obrigações (CF, 88).

A eficiência é uma ideia implícita à própria licitação, uma vez que cabe à Administração Pública realizar não uma contratação boa, mas a melhor contratação possível. Verifica-se, portanto, o princípio da eficiência aplicado às licitações públicas.

A Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, em vigor atualmente, disciplina as licitações e contratos da Administração Pública. Esta Lei estabelece cinco modalidades licitatórias: concorrência, tomada de preços, convite, leilão e concurso. Estas modalidades estão definidas no art. 22 da Lei Federal nº 8.666/93:

- a) A concorrência é a modalidade de licitação mais apropriada para os contratos de valor elevado. Ela admite a participação de todos os interessados que, na fase inicial de habilitação preliminar, comprovem possuir os requisitos mínimos de qualificação exigidos no edital para execução de seu objeto;
- b) Tomada de preços é a modalidade de licitação na qual os interessados em participar devem estar previamente cadastrados ou atender a todas as condições exigidas para cadastramento até o terceiro dia anterior à data do recebimento das propostas. A habilitação prévia tem por objetivo imprimir maior celeridade ao processo licitatório, sem impedir a participação de todos os interessados que preencham os requisitos para tal. Esta modalidade é empregada para contratações de valores médios;
- c) Convite é a modalidade de licitação mais simples, sendo utilizada pela Administração para contratações de menor valor. Esta modalidade é realizada entre interessados que atuem no ramo pertinente ao objeto licitado e que sejam convidados pela Administração. No entanto, outros interessados poderão participar do certame, manifestando interesse até 24 (vinte e quatro) horas da apresentação das propostas, exigindo-se, para tal que estejam devidamente cadastrados na correspondente especialidade;
- d) Concurso é a modalidade de licitação destinada à escolha de trabalho técnico, científico ou artístico, mediante a instituição de prêmios ou remuneração aos vencedores, conforme estabelece o § 4º do art. 22 da Lei 8.666/93;
- e) Por fim, o leilão é a espécie licitatória utilizada para que a Administração proceda à venda de bens móveis inservíveis ou de produtos legalmente apreendidos ou penhorados. No leilão não há necessidade de habilitação prévia, sendo o bem arrematado pelo interessado que oferecer o maior lance (BRASIL, 1993).

Em casos específicos, previstos na lei, podem ser utilizadas a dispensa de licitação, nos termos do art. 24 da Lei nº 8.666/93 e a inexigibilidade que é quando ocorre a inviabilidade de competição, rol taxativo do art. 25 da Lei nº 8.666/93.

Dessa forma, a administração pública é autorizada a realizar as contratações de forma direta, ou seja, a dispensa de licitação é uma forma legal de contratação pelo governo. Contudo, só pode ser utilizada quando for expressamente permitido por lei, não havendo lacuna que possa comprometer a isonomia do processo. São 35 hipóteses para a realização deste tipo de contratação, incluindo produtos e serviço até um certo limite de valor, isto é, compras de baixo custo, necessárias ao bom andamento dos serviços da Administração Pública (BRASIL, 1993).

Na inexigibilidade de licitação é impossível que a licitação ocorra frente a inviabilidade de competição ou a desnecessária competição. Nesses casos, existe apenas um determinado objeto ou pessoa que atende às necessidades da administração contratante.

Observa-se que é grande o desafio enfrentado pelo direito administrativo, para dar maior eficiência às normas que regulam a conduta dos agentes públicos e privados e para tornar eficientes nas contratações públicas. Sob essa questão, verifica-se que o controle da administração sobreveio pelo estabelecimento de procedimentos formais, criando uma burocracia excessivamente, com baixa qualidade e estagnação da eficiência do serviço público.

A Administração Pública tem o dever de zelar pela escolha da melhor proposta, pois tem a obrigação de administrar bem o dinheiro público. Entretanto, no intuito de fazer valer a supremacia do interesse público sobre o particular, as licitações, sendo muito burocratizadas, acabam distanciando a Administração Pública de seu objetivo maior: a melhor contratação. Esse distanciamento da melhor contratação em face do excesso de formalidades legais, tem impedido de certa forma a concretização do princípio da eficiência no fazer administrativo do Estado.

No tocante ao procedimento licitatório, verifica-se a necessidade de se agir com eficiência na própria perspectiva técnica da sua finalidade, que é o de buscar a melhor contratação pelo menor preço. Assim, é preciso suprimir tais formalidades por meio de tentativas reformatórias para se tornar o procedimento mais ágil e eficiente, sem retirar-lhe a credibilidade, a transparência e a garantia da imparcialidade do ente público.

Neste sentido, com o advento da Lei nº. 10.520, de 17 de julho de 2002, foi criada a modalidade de licitação denominada pregão, para aquisição de bens e serviços comuns, que modifica a forma de seleção das propostas, havendo a inversão das fases, tornando-se a modalidade mais ágil e acarretando em muitas vantagens para a contratação pública, provando que é possível a eficiência nas contratações dos setores públicos.

A modalidade pregão tem demonstrado na prática que há uma simplificação positiva de todo o processo licitatório sem perder a legalidade. Assim, trata-se de uma nova forma de ver a licitação, não como finalidade, mas como mecanismo de garantir a eficiência na Administração Pública, não somente pela simplificação dos processos, mas como reforço positiva para a adoção de princípio da eficiência na gestão fiscal.

Um aspecto importante nas licitações é a economia que sua aplicação poderá trazer a Administração. A economicidade impõe a adoção de solução mais conveniente e eficiente sob o ponto de vista da gestão dos recursos públicos.

Contudo, o excesso de formalismo permanece sendo um dos principais entraves para a consolidação das contratações públicas no país, pois quando há a necessidade de aquisição de bens e contratação de serviços, os quais devem ser sempre precedidos de processos licitatórios, normalmente, são longos e nem sempre eficientes.

Além disso, quando se trata da alocação de recursos e das finanças públicas, o gestor público deve também se preocupar com duas importantes normas: a Lei nº 4.320/64, que estatui normas gerais de direito financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, e a Lei Complementar nº 101, de 2000, que estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências, mais conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF).

5.5.3 Características da gestão dos recursos do REHUF com enfoque nas licitações

Para alcançar o objetivo de atender os direitos sociais, o poder público deve propor políticas públicas. Com efeito, o controle é tarefa que permeia quase todas as fases de políticas públicas, no entanto, destaca-se que é na última fase do ciclo de política pública, a avaliação de políticas e da correção de ação, que se contempla o controle como forma de averiguar se a política implantada surtiu os efeitos desejados pela Administração Pública instituidora, bem como se as metas delineadas pelo programa foram atendidas (FREY, 2000).

Neste sentido, é na etapa de avaliação que o controle por meio das licitações ocorre de forma mais concreta. Assim, é possível afirmar que o processo licitatório funciona, além de instrumento para implementação da política pública, como forma de controle de metas e de objetivos das políticas aplicadas. Isso porque os processos de contratações costumam ser controlados estatisticamente, vislumbrando-se a economia de recursos públicos alcançada com a realização dos certames (GUIMARÃES; FRANCO, 2009).

A licitação deve ser tratada como um instrumento de controle no trato com o dinheiro público, sendo essencial para o desenvolvimento de uma gestão pautada no comprometimento total para com a sociedade, visto que reflete no controle orçamentário do órgão e tem impacto direto no alcance da eficiência da aplicação dos recursos públicos (AMORIM; COSTA, 2019).

Um dos grandes desafios para os gestores públicos é administrar os recursos, sendo uma das tarefas mais relevantes para uma gestão sustentável de hospitais, pois para desenhar e entregar resultados que geram valor para a sociedade, através de impactos financeiros, operacionais e de qualidade na assistência, é importante muito equilíbrio nas finanças para suportar os limites das tomadas de decisões, haja vista que os recursos financeiros são finitos.

Ademais, não é possível aplicar os recursos financeiros sem regras claras, por isso a necessidade de comprar através de licitação, devendo todas as compras públicas ser feitas com critérios para evitar que as compras públicas sejam direcionadas a determinadas empresas da confiança das autoridades e de servidores responsáveis pelas compras, embora existam gestores éticos e que prezam pelos bens públicos.

Partindo desta observação, buscou-se descrever como os recursos do REHUF se dispõem quanto à previsão legal e modalidades dos processos licitatórios realizados pelo HU-UFPI, visando averiguar se os recursos estão sendo conduzidos de forma adequada e eficaz, em regra, precedidos de uma licitação, obedecendo as diretrizes das contratações públicas para melhor atingir a finalidade da política pública.

O quadro9 apresenta os resultados das análises descritivas dos recursos do REHUF, a partir da representação dos valores das despesas executadas, mediante às licitações realizadas pelo HU-UFPI, considerando as modalidades ou forma de contratação, no período de 2015 a 2018.

Quadro 9 - Modalidade de licitação/ Forma de contratação

Modalidade/ Forma	2015	2016	2017	2018
Pregão Eletrônico	R\$ 10.553.045,40	R\$15.581.459,42	R\$ 10.535.456,64	R\$ 10.775.560,41
	94,6%	95,7%	96,6%	98,9%
Dispensa de licitação	R\$ 527.050,58	R\$ 659.872,89	-	R\$ 111.261,25
	4,7%	4,0%	-	1,0%
Inexigibilidade	R\$ 71.425,26	R\$ 38.659,01	R\$ 361.859,56	-
	0,6%	0,2%	3,3%	-
Total	R\$ 11.151.521,24	R\$16.279.991,32	R\$ 10.897.316,20	R\$ 10.886.821,66

Fonte: SIAFI/SIASG (2019).

Conforme mostra o quadro 9, identificou-se que o maior volume da alocação dos recursos utilizou a modalidade licitatória pregão eletrônico. Em 2015, foi assegurado um montante de 94,6% dos recursos do REHUF e os anos 2016, 2017 e 2018 chegaram aos percentuais de 95,7%, 96,6% e 98,9%, respectivamente, denotando-se com isso, que a execução dos recursos do REHUF possui uma correlação alta e constante com a utilização da modalidade pregão eletrônico. Neste sentido, percebe-se total preocupação da administração do HU-UFPI em melhor aproveitar os recursos, sendo o pregão a modalidade adotada para a aquisição de bens e serviços ao atendimento das necessidades do hospital.

Nas licitações em que se utilizam-se o pregão, já que é uma modalidade que surgiu com o advento da tecnologia e com a necessidade de inovação nas atividades administrativas, busca simplificar o rigor dos procedimentos, e devido a ampla divulgação e publicidade, celeridade, desburocratização e eficiência na contratação, adquiriu, significativamente, maior espaço nos ambientes de negociação, alcançando economia para a Administração Pública, sob o ponto de vista da gestão dos recursos públicos.

Por se tratar de uma modalidade que ocorre em ambiente virtual, isso traz inúmeras vantagens à administração, como o maior número de interessados em participar do processo de licitação, isso aumenta a competitividade. Outro ponto que resulta em procedimento mais célere e ágil é a análise da documentação de habilitação que acontece somente com o licitante classificado provisoriamente em primeiro lugar, após encerramento da fase de lances e classificação das propostas.

Dessa forma, convém ressaltar que a maior agilidade nas contratações e a ampla divulgação e publicidade geram economia tanto para a gestão do hospital, no que diz respeito as contratações a custos menores, quanto para o Governo, no uso da efficientização dos recursos considerados finitos.

Destaca-se que o pregão eletrônico, fundamentado pelo Decreto nº 5.450 de 2005, não é o único mecanismo legal utilizado pela gestão do HU-UFPI para a efetivação dos recursos do programa REHUF, sendo uma pequena parte dos recursos alocada por outras formas de contratação, isto é, mediante processo de contratação direta por dispensas de licitação e por inexigibilidade de licitação.

Esses dispêndios representam a aplicação de recursos em despesas de pequeno valor, nos termos do art. 24, inciso II ou contratação emergencial, em razão de sua natureza de urgência na contratação do bem ou serviço, baseado no art. 24, inciso IV.

De acordo com a análise, estas despesas possuem um pequeno nível de aproveitamento dos recursos, sendo verificados pelos baixos indicadores de 4,7%, 4% e 1% nos anos de 2015, 2016 e 2018, respectivamente. Já o ano de 2017, não houve uso dos recursos em contratações por dispensa de licitação.

Registra-se, também, que uma outra parcela do volume dos recursos foi alocada por meio da contratação por inexigibilidade de licitação, nos termos do art. 25, inciso I, em que o agente público pode deixar de realizar a licitação, promovendo a contratação direta do contratado, quando houver inviabilidade de competição.

Considerando os valores globais anuais dos recursos do REHUF, conforme mostra a tabela 5, foram investidos os percentuais 0,6%, 0,2% e 3,3% na execução de despesas

enquadradas na aludida hipótese, correspondentes aos anos de 2015, 2016 e 2017, respectivamente. O ano de 2018 não houve aplicação dos recursos nesta forma de contratação.

Portanto, é possível concluir que não há uma uniformidade na aplicação dos recursos do REHUF, entretanto, pode-se verificar que o pregão eletrônico é a principal modalidade de licitação adotada, sendo priorizado para realizar as contratações do HU-UFPI.

Vale ressaltar que o HU-UFPI faz parte da rede hospitalar EBSEH, que administra os HUFs, apoiando e impulsionando suas atividades por meio de uma gestão de excelência. Para tanto, considerando os avanços ocorridos nos últimos anos, como a nova Lei das Estatais, nº 13.303, de 30 de junho de 2016, que trouxe regras específicas para as contratações, bem como, as inovações trazidas pelo decreto nº 10.024, de 20 de setembro de 2019, que trata das mudanças do novo regulamento do pregão eletrônico, torna-se essencial e oportuno que a Administração promova iniciativas, em termos de gestão e governança, que busquem contribuir para a melhoria do desempenho e alcance de resultados positivos na aplicação dos recursos.

Tais limitações precisam ser superadas, sendo fundamental maior controle quanto à avaliação do uso recursos do Programa, tendo em vista a complexidade da gestão sobre a aplicação dos recursos em aderência às necessidades de reestruturação do hospital.

O pregão, já consolidado no cenário nacional como a melhor modalidade para bens e serviços comuns, talvez não seja, por exemplo, a modalidade de licitação mais ideal para a contratação dos serviços de adequação da estrutura física do hospital, como a expansão ou ampliação de novas unidades destinadas à atenção de média e alta complexidade, podendo utilizar-se de outros instrumentos promovidos dessa nova legislação, que inclusive, para alguns estudiosos, é mais branda e flexível nas questões relacionadas as contratações públicas, de forma a permitir maior autonomia na forma de contratar bens e serviços para atender a sociedade e aos que necessitam dos serviços de saúde pública.

Um elemento relevante a ser destacado é a atualização dos valores-limite de contratação direta, que de acordo com as disposições contidas nos incs. I e II do art. 29 da Lei nº 13.303/16, os novos valores fixados para a dispensa de licitação passam a ser de até R\$ 100.000,00 para obras e serviços de engenharia e de até R\$ 50.000,00 para outros serviços, compras e alienações, qual seja, deve-se considerar o valor a ser despendido com objetos de mesma natureza ao longo do exercício orçamentário (BRASIL, 2016).

Em suma, pode-se inferir da análise encontrada que a adoção do pregão eletrônico impactou positivamente na maior parte do volume dos recursos orçamentários advindos do Programa REHUF. Logo, a modalidade de licitação utilizada para aplicar os recursos influencia

diretamente na eficiência dos recursos da política pública, e por consequência, aproxima ao atingimento de seus fins com menos dispêndio de recursos.

Esses resultados, além da relevância técnica e formal acerca da relação entre o orçamento fiscal e as políticas públicas, não se limita apenas em demonstrar o uso dos recursos de um programa de governo, mas aos aspectos operacionais de desempenho exercidos pelo gestor público quanto ao controle dos recursos em confirmar a aptidão do HU-UFPI em oferecer serviços assistenciais de saúde à sociedade.

Essa tarefa pode ser um feedback para a própria administração, como também para os órgãos de controle de contas, em verificar se os resultados alcançados refletem aos previstos, do ponto de vista da eficiência e da transparência pública, princípios esses de grande relevância para a gestão pública, pois demonstram que o gestor da unidade hospitalar buscou pelo eficiente gerenciamento dos recursos públicos, oferecendo um retorno em termos de serviços públicos de qualidade à população.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os programas, ações e atividades, após incluídos no orçamento público, dificilmente são avaliados periodicamente para justificar a sua continuidade ou eventual eliminação (CINTRA, 2016). O programa REHUF, instituído há mais de uma década, com o objetivo de reestruturação e revitalização dos hospitais das universidades federais, não escapa dessa regra, tornando-se contínuo e consumidor de recursos públicos.

Para atingir a efetividade do Programa REHUF é necessário que os hospitais universitários busquem o controle contínuo dos gastos para alcançar a otimização da aplicação dos recursos públicos, com vistas a suprir a sociedade com os bens e serviços necessários para a vida social.

Neste sentido, considerando que o orçamento público exerce um papel essencial na correlação entre a execução da política e o agir público, delimitou-se o estudo em analisar a execução das despesas orçamentárias com os recursos do REHUF no âmbito de um hospital vinculado à gestão da EBSEH. A partir da análise realizada foi possível alcançar os objetivos específicos e, principalmente, alcançar o objetivo geral, visto que se constatou que a utilização desses recursos atinge o cumprimento dos objetivos e diretrizes legalmente estabelecidos.

Os resultados mostrados permitem uma melhor visão sobre o volume dos recursos e suas aplicações – quanto e como o gestor público pode contribuir para a efetividade da política social, possibilitando que sua maneira de administrar os recursos colabore na avaliação da qualidade e eficiência dos gastos públicos em saúde e educação – além de apontar as ideias trazidas pelas reformas administrativas e gerenciais, nas quais se inserem o REHUF e a EBSEH.

O REHUF, um tema complexo e constantemente discutido no contexto dos HUs, representa um modelo inovador de gerenciamento dos recursos públicos na área da gestão pública. A partir da questão inicialmente levantada, conclui-se que os resultados se apresentam positivos quanto à alocação e gerenciamento dos recursos orçamentários do REHUF no HU-UFPI, mantendo-se uma gestão apoiada nos parâmetros e práticas de alocação dos recursos condizentes com a real finalidade do programa.

A realização deste trabalho permitiu constatar que o aporte do REHUF tem total relevância na composição do orçamento do HU-UFPI e os resultados mostraram-se profícuos quanto ao gasto do dinheiro público, indicando cuidado e zelo da gestão no uso dos recursos públicos no processo de sua reestruturação, como a relação da ampliação da estrutura física e o avanço na estruturação dos equipamentos integrados ao hospital.

O repasse dos recursos do REHUF para a gestão orçamentária e financeira do HU-UFPI constitui-se um passo importante para a adoção de melhorias e a construção de novos projetos, contribuindo para impulsionar e garantir a boa prestação dos serviços assistenciais. Ressalta-se, todavia, que a gestão busque priorizar projetos vinculados ao ensino, à pesquisa e extensão para alavancar as atividades de pesquisa e inovação tecnológica, de modo a refletir e repensar o atual cenário evidenciado no estudo.

Frisa-se a necessidade de aprimorar a transparência dos atos referentes à alocação dos recursos entre a EBSEH e os Hospitais Universitários, quanto aos repasses orçamentários e financeiros, conforme prevê o princípio da publicidade e o mecanismo de controle social, garantindo visibilidade à população e a possibilidade de avaliar se princípios básicos como honestidade e imparcialidade estão presentes na gestão dos recursos, devendo essas organizações disponibilizar informações e relatórios de gestão relacionados às ações executadas pela governança, de maneira fácil e compreensível, para que qualquer cidadão possa estar incluído no movimento de controle social, conforme orienta os órgãos de controle de contas.

Nesta lógica, é interessante salientar a necessidade de nova disposição acerca do método aplicado pela matriz de distribuição dos recursos do REHUF, merecendo ser repensada, haja vista que essa matriz é confusa e que não apresenta muita clareza para que as partes envolvidas possam participar, de forma mais equânime, da melhor distribuição dos recursos aos HUs.

O HU-UFPI vive um momento importante, representado pelo movimento de reestruturação, promovido tanto pelo Programa REHUF quanto pela EBSEH. Diante desse contexto, compreendeu-se que o aporte do REHUF representa um elemento relevante na composição do orçamento do HU-UFPI, sendo imprescindível o repasse dessa verba para manter o equilíbrio econômico-financeiro do hospital e as atividades de ensino, pesquisa, extensão e assistência à saúde.

Os dados do estudo indicam que a reestruturação do HU-UFPI é exitosa, mediante a boa execução dos recursos (eficácia) e as ações estratégicas, que parecem confiáveis pelo fato de obedecerem aos parâmetros estabelecidos pela EBSEH e que visam à promoção do aperfeiçoamento da gestão do hospital.

Diante do exposto, apesar do aporte do REHUF garantir uma forte política de assistência e a sustentabilidade organizacional do HU-UFPI, há uma forte discussão acerca da sua extinção, tendo em conta que o problema que originou a política é percebido como resolvido. Mas fica a indagação: como ficarão os HUs após a finalização do programa? Há, portanto, a necessidade de apresentar resultados de um processo avaliativo que possam produzir informações e fortes argumentos de urgência e necessidade, para que o programa continue percebido como relevante

na sociedade, a fim de constituir-se uma base teórica para o entendimento de sua continuidade ou substituição por outro.

Por fim, a análise da literatura nos permitiu perceber que, embora alguns estudos analisem os Hospitais Universitários Federais, no âmbito da assistência, ensino e pesquisa, ainda são insuficientes para que se consiga comprovar, junto a outras unidades pertencentes à rede EBSEH, o pleno desempenho do orçamento do REHUF.

Desta forma, é necessário o desenvolvimento de novos estudos em outros hospitais universitários do país, havendo um estudo mais aprofundado que considere o orçamento como um todo, incluindo as receitas, assim como a percepção do usuário em relação aos atendimentos prestados por essas instituições, em face do uso dos recursos do programa, a fim de contribuir para a efetividade da política pública.

REFERÊNCIAS

- ABBAS, K. **Gestão de custos em organizações hospitalares**. 2001. 171f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis-SC, 2001. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/79577/185110.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 1º nov. 2019.
- ABRAHUE. Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino – ABRAHUE. **Engenharia Clínica como estratégia na Gestão Hospitalar**. Matéria publicada em: 23/10/2018. Brasília – DF. Disponível em: <http://www.abrahue.org.br/noticias/2018/10/23/engenharia-clinica-como-estrategia-na-gestao-hospitalar.html>. Acesso em: 28 out. 2019.
- ALBUQUERQUE, C. M. de; MEDEIROS, M.; FEIJÓ, P. H. **Gestão de finanças públicas fundamentos e práticas de planejamento, orçamento e administração financeira com responsabilidade fiscal**. 1. ed. Brasília: 2006.
- AMORIM, M; B, COSTA. **A importância da Administração Pública: preceitos fundamentais**. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/74882/a-importancia-da-licitacao-na-administracao-publica-preceitos-fundamentais>. Publicado em 06/2019. Acesso em: 14 abr. 2020.
- ANDRADE, Z. T. M. Da efetivação do direito à saúde no Brasil. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XIV, n. 86, mar. 2011. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-constitucional/da-efetivacao-do-direito-a-saude-no-brasil/>. Acesso em: out. 2019.
- ANDRADE, J. C. S.; COSTA, P. Mudança climática, Protocolo de Kyoto e mercado de crédito de carbono. **Organizações & Sociedade**, Salvador, v. 15, n. 45, p. 29-46, 2013.
- ANSOFF, H. I.; MCDONNELL, E. J. **Implantando a administração estratégica**. Tradução: Antonio Zoratto Sanvicente e Guilherme Ary Plonsky. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1993. 590p.
- ARAÚJO, K. M. de; LETA, J. Os hospitais universitários federais e suas missões institucionais no passado e no presente. **História, Ciências, Saúde**, v. 21, n. 4, p. 1261-81, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702014000401261#aff1. Acesso em: 16 out. 2019.
- ARAÚJO, L. C. G. de; GARCIA, A. A. **Gestão de pessoas: estratégias e integração organizacional**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2006, pp. 50-196.
- ARRETCHE, M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 8, n. 2, 2003.
- ARRETCHE, M. T. S. **A descentralização das políticas sociais no Estado de São Paulo: 1986-94**. São Paulo, FAPESP/Fundap/IPEA. 1998.
- ASSIS, L. de; SILVA, C. L. da. **Planejamento Estratégico em Hospitais Universitários Federais**. Curitiba: Juruá, 2017.

AZEVEDO, A. L. M. **Acesso à atenção à saúde no SUS: o PSF como (estreita) porta de entrada.** 2007. 177p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Ageu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

AZEVEDO, A. L. M.; COSTA, A. M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, n. 35, p. 797-810, out./dez. 2010.

BAPTISTA, T. W. F. O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos ao sistema único de saúde e o que esperamos dele. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. pp. 11-41

BARATA, L. R. B.; MENDES, J. D. V.; BITTAR, O. J. N. V. Hospitais de ensino e o Sistema Único de Saúde. **Rev. Adm. Saúde**, v. 12, n. 46, p. 7-14, 2010. Disponível em: <http://sistema4.saude.sp.gov.br/sahe/documento/ras46.pdf>. Acesso em: 16 out. 2019.

BARATA, L. R. B.; MENDES, J. D. V.; BITTAR, O. J. N. A Inserção dos hospitais de ensino no SUS. CONASS. **Realidade e perspectivas da gestão estadual do SUS**, 2010. Disponível em: <http://sistema4.saude.sp.gov.br/sahe/documento/conass.pdf>. Acesso em: 27 out. 2019.

BARROS, C. C. *et al.* Há sistemas de custos nos Hospitais Universitários Federais? **Revista de Estudo Contábeis**. Londrina, v. 4, n. 6, p. 78-98, jan./jun. 2013. Disponível em: <http://www.uel.br/seer/index.php/rec/article/viewFile/14262/12605>. Acesso em: 1º nov. 2019.

BEUREN, I. M. **Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: teoria e prática.** São Paulo: Atlas, 2003.

BISCAIA, T. C. **Avaliação da gestão dos recursos orçamentários e financeiros de um hospital universitário antes e após a reestruturação dos hospitais universitários federais.** 2013. 142 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Políticas Públicas) - Universidade Vale do Itajaí, Santa Catarina, 2013. Disponível em: <http://siaibib01.univali.br/pdf/Tereza%20Curso%20Biscaia.pdf>. Acesso em: 5 nov. 2019.

BONACIM, A. **Valor econômico agregado por hospitais universitários públicos.** São Paulo: Atlas, 2009.

BRAGA NETO, F. C. *et al.* Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências. *In*: ARAÚJO, K. M. de; LETA, J. Os hospitais universitários federais e suas missões institucionais no passado e no presente. **História, Ciências, Saúde**, v. 21, n. 4, p. 1261-81, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702014000401261#aff1. Acesso em: 17 out. 2019.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 12 fev. 2019.

BRASIL. 2010. Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010. Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais-REHUF. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 de jan. 2010. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7082.htm. Acesso em: 20 jul. 2019.

BRASIL. **Decreto-lei nº 200**, de 25 de fevereiro de 1967. Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 27 de fevereiro de 1967. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del0200.htm. Acesso em: 15 out. 2019.

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. Disponível em: Acesso em: 13 out. 2019.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação comunitária da gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais. **Diário Oficial da União**. Brasília. 29 dez. 1999.

BRASIL. **Lei nº 8.666**, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8666compilado.htm. Acesso em: 4 fev. 2019.

BRASIL. **Lei nº 10.520**, de 17 de julho de 2002, que institui, no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, nos termos do art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, modalidade de licitação denominada pregão, para aquisição de bens e serviços comuns, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10520.htm. Acesso em: 4 mar. 2019.

BRASIL. **Lei nº 4.320**, de 17 de março de 1964. Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/14320.htm. Acesso em: 10 nov. 2019.

BRASIL. Lei 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**, Brasília, DF, 20 de set. 1990.

BRASIL. Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece Normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 mai. 2000. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Ministério de Ciência e Tecnologia. **Portaria Interministerial MEC/MS/MCT/MPOG nº 562**, de 12 de maio de 2003. Constitui a Comissão Interinstitucional com o objetivo de avaliar e diagnosticar a atual situação dos Hospitais Universitários e de Ensino no Brasil, visando reorientar e/ou reformular a política nacional para o setor.

BRASIL. Ministério da Educação, Ministério da Saúde. Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.000, 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**. Brasília, 16 abr. 2004.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial MEC/MS nº 1006**, de 27 de maio de 2004. Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários de Ensino do Brasil, visando reorientar e, ou formular a política nacional para o setor.

BRASIL. **Ministério da Economia. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão**. 2019. Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/>. Acesso em: 5 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS 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**. Brasília, 18 ago. 2004; Seção 1, p. 79.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de legislação em saúde da pessoa com deficiência**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_deficiencia.pdf. Acesso em: 26 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **História e evolução dos hospitais**. 1944. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_08.pdf. Acesso em: 17 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 2.400**, de 2 de outubro de 2007. Brasília, DF. 2007. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/pri2400_02_10_2007.html. Acesso em: 17 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 2**, de 28 de setembro de 2017. Instituiu a Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde, estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 17 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.992**, de 28 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em: Acesso em: 17 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 6**, de 28 de setembro de 2017. Dispõe sobre a alteração do financiamento e da transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: Acesso em: 17 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa nacional de gestão de custos: manual técnico de custos – conceitos e metodologia**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Portaria 2.135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União** de 26/09/2013, Seção 1, pag. 60. Disponível em: Acesso em: 13 out 2019.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 7.853**, de 24 de outubro de 1989. Disponível em: www.planalto.gov.br/CCIVIL/LEIS/L7853.htm. Acesso em: 26 set. 2019.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 2.400**, de 2 de outubro de 2007. Estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2400-%5B2830-120110-SES-MT%5D.pdf> Acesso em: 13 out. 2019.

BRIZOLA, N; FERNANDES, J. L. T; MORGAN, B. F. A relação dos recursos REHUF e a estrutura física nos Hospitais Universitários federais no período de 2010 a 2014. 2010. *In: 2º Congresso UFU de Contabilidade*, 2017, Uberlândia - MG. 2º Congresso UFU de Contabilidade. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia, 2017. Disponível em: http://www.eventos.ufu.br/sites/eventos.ufu.br/files/documentos/9662_-_a_relacao_dos_recursos_rehuf_e_a_estrutura_fisica_nos_hospitais_universitarios_federais_no_periodo_de_2010_a_2014.pdf. Acesso em: 9 nov. 2019.

BUENO, J. A. A saúde como direito social fundamental. **Revista Jus Navigandi**. 2014. Disponível em: https://jus.com.br/artigos/34271/a-saude-como-direito-social-fundamental#_ftn2. Acesso em: 10 out. 2019.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da Vigilância da Saúde e da Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2003.v8n2/569-584/>. Acesso em: 13 out. 2019.

CARMO, M.; ANDRADE, E. L. G.; MOTA, J. A. C. Hospital universitário e gestão do sistema de saúde: uma trajetória positiva de integração. **REME Revista Mineira de Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 387-394, 2007. Disponível em: [file:///D:/Lu%C3%ADs/Downloads/2517-15735-5-PB%20\(7\).pdf](file:///D:/Lu%C3%ADs/Downloads/2517-15735-5-PB%20(7).pdf). Acesso em: 19 nov. 2019.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis - Rev. Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p.41-65, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>. Acesso em: 29 set. 2019.

CHIORO, A. M. V. **Os desafios do financiamento do SUS para a gestão da Saúde Pública**. Publicado em 18 de junho de 2019. Disponível em: <http://www.mv.com.br/pt/blog/os-desafios-do-financiamento-do-sus-para-a-gestao-da-saude-publica>. Acesso em: 30 set. 2019.

CHIORO, A. Hospitais de ensino: uma resposta estrutural à crise. Boletim ABEM. 2004 set./out. 8-9. Disponível em: http://www.abrahue.org.br/pdf/boletim_abem.pdf. Acesso: 27 agosto 2010. *in: BRIZOLA, J. B. Gestão Hospitalar: análise de desempenho de um hospital*

universitário e de ensino antes e após a contratualização com o Sistema Único de Saúde. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde. Londrina, 2010.

CINTRA, M. Racionalidade nos gastos públicos. **Folha de S. Paulo**. 4 jan. 2016. Disponível em: <https://www.marcoscindra.org/post/2016/01/04/racionalidade-nos-gastos-p%C3%BAblicos>. Acesso em: 22 mai. 2020.

COELHO, I. B. Os Hospitais no Brasil. São Paulo: Hucitec, 2016. In. PEREIRA JÚNIOR, Nilton. **Política, planejamento e gestão em hospitais universitários federais**. Campinas, SP [s.n.], 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/26838/3/Implanta%c3%a7%c3%a3oEmpresaBrasileira.pdf>. Acesso em: 5 nov. 2019.

COMERLATTO, D. *et al.* Gestão de políticas públicas e intersectorialidade: diálogo e construções essenciais para os conselhos municipais. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 10 n. 2 p. 265-271 jul./dez. 2011.

CONASEMS. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **STN: Esclarecimentos sobre transferências na modalidade fundo a fundo**. Publicado: 15/08/2018. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/juridico/stn-esclarecimentos-sobre-transferencias-na-modalidade-fundo-a-fundo/>. Acesso em: 17 out. 2019.

CFM. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Dados da saúde pública no Brasil: Investimento no SUS**. Brasília, CFM, 2015. Disponível em: portacfm.org.br. Acesso em: 20 nov. 2019.

CORE, F. **Reforma Gerencial dos Processos de Planejamento e Orçamento**. ENAP. Textos para Discussão n. 44, out. 2001.

CÔRTEZ, S. M. V. As origens da ideia de participação na área da saúde. **Saúde em debate**, n. 51, p. 30-37, 1996.

COSTA, A. L. Sistemas de compras privadas e públicas no Brasil. **Revista de Administração**, v. 35, n. 4, pp. 119-128, out./dez. 2000.

COSTA, S. G.; MAZZILLI, C. P. O fim do emprego estável na gênese de crises de valor pessoal: uma análise a partir do Plano de Demissão Voluntária. READ. Porto Alegre, ed. 23, n. 5, v. 07, dez/2001. In. RAMADAM, A. O.; MACHADO, B. P.; OLIVEIRA, L. Percepções sobre liderança: estudo de caso na área da saúde. **Gestão e Conhecimento**, v. 11, p. 1-26, 2018. Disponível em: file:///D:/Lu%C3%ADs/Downloads/percepcoes_sobre_lideranca_estudo_de_caso_na_area_da_saude.pdf. Acesso em: 31 out. 2019.

CUNHA, A. H. M. Doctors. **Sistema de Informação Gerencial Hospitalar e seus efeitos**. 2013. Disponível em: <http://www.hmdoctors.com/2013/sistema-de-informacao-gerencial-hospitalar-e-seus-efeitos/#targetText=Um%20sistema%20de%20informa%C3%A7%C3%A3o%20pode,dentro%20de%20uma%20organiza%C3%A7%C3%A3o%20hospitalar>. Acesso em: 28 out. 2019.

DALLORA, M. E. L. V.; FORSTER, A. C. A importância da gestão de custos em hospitais de ensino - considerações teóricas. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 41, n. 2, p. 135-142, abr./jun. 2008. Disponível em: http://www.hmtj.org.br/arquivos.hmtj/art_05.pdf. Acesso em: 1º nov. 2019.

DIAS, S. 6 Estratégias para gerar melhorias na gestão da saúde pública e exemplos de sucesso. **HOUER – Modelagem em Projetos públicos e privados**. Em 16 de abril de 2019. Disponível em: <https://blog.houer.com.br/melhorias-na-gestao-da-saude-publica/>. Acesso em: 26 out. 2019.

EBSERH. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Regimento Interno (3ª Revisão), de 10 maio de 2016. Publicado no **DOU de 16/05/2016**. Disponível em: <https://www.ebserh.gov.br/sites/default/files/legislacao/2019-01/Regimento%20Interno%20Aprovado%20CA%2012052016.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2020.

EBSERH. Empresa brasileira de serviços hospitalares. **Institucional: Missão e valores**. Brasília. 2019. Disponível em: <https://www.ebserh.gov.br/sobre-a-rede-ebserh>. Acesso em: 15 jul. 2019.

EBSERH. Empresa brasileira de serviços hospitalares. **Hospitais Universitários: Apresentação**. Brasília. 2019. Disponível em: <https://www.ebserh.gov.br/hospitais-universitarios-federais>. Acesso em: 20 jul. 2019.

EBSERH. Empresa brasileira de serviços hospitalares. **Hospitais Universitários: Rede de hospitais**. Brasília. 2019. Disponível em: <https://www.ebserh.gov.br/hospitais-universitarios-federais/rede-ebserh>. Acesso em: 20 jul. 2019.

EBSERH. Empresa brasileira de serviços hospitalares. **Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí (HU-UFPI)**. Piauí. 2019. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/web/hu-ufpi>. Acesso em: 5 nov. 2019.

ENAP. **ENAP 20 anos: caminhos de uma escola de governo**. Brasília: ENAP, 2006, 104 p. (Cadernos ENAP – Edição Especial).

ENAP. Controle Institucional e Social dos Gastos Públicos. **Desenvolvimento do curso realizado no âmbito do acordo de Cooperação Técnica FUB/CDT/Laboratório Latitude e Enap**. Módulo 3 - Qualidade do Gasto Público. ENAP, 2017.

FENILI, R. **Boas práticas administrativas em compras e contratações públicas**. Rio de Janeiro: Impetus, 2016.

FERNANDES, J. U. J. As compras compartilhadas e as vantagens para a Administração Pública. **Canal Aberto Brasil**. 5 jul. 2018. Disponível em: <https://canalaberto.com.br/as-compras-compartilhadas-e-as-vantagens-para-a-administracao-publica/>. Acesso em: 5 fev. 2019.

FERRAZ, L. *et al.* Avaliação dos serviços de saúde na ótica dos usuários. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís, v. 17, n. 2, p. 414-423, jul./dez. 2013. Disponível em: <http://revistapoliticaspUBLICAS.com> Acesso em: 17 dez. 2015.

FERRER, F. Diagnóstico da situação das compras públicas no Brasil. IN: FERRER, F.; SANTANA, J. E. (Coord.) **Compras Públicas Brasil**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

FREY, K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, n. 21, p. 211-259, jun. 2000.

FROTA, C. L. K; CALMON, P. C. D. P. A reforma gerencial do orçamento brasileiro: em busca de múltiplos significados. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 1, p. 156-81, jan./fev. 2014. (Arquivo nº 14892). Disponível em: <file:///C:/Users/Caio%20Victor/Downloads/18883-95638-1-PB.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2020.

GAWRYSZEWSKI A. R. B, O. D. C; GOMES, A. M. T. **Acesso ao SUS**: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas centrais de regulação. **Physis**, Rio de Janeiro, p. 119-140, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n1/v22n1a07.pdf>. Acesso em: 15 out. 2019.

GELINSKI, C. R. O. G; SEIBEL, E. J. Formulação de políticas públicas: questões metodológicas relevantes. **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis, EDUFSC, v. 42, n. I e 2, p. 227-240, abr./out. 2008.

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**. v. 35, n. 3, 1995.

GRIN, E. J. Regime de Bem-estar Social no Brasil: Três Períodos Históricos, Três Diferenças em Relação ao Modelo Europeu Social-democrata. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, São Paulo, v. 18, n. 63, jul./dez. 2013.

GUIMARÃES, E.; FRANCO, C. da R. Controle das políticas públicas por meio das licitações, 14 de maio de 2014. **Coluna Jurídica da Administração Pública**. JML consultoria & colaboradores. 2009. Disponível em: http://www.jmleventos.com.br/arquivos/news/newsletter_adm_publica/arquivos/ANEXO_2_15_02.pdf. Acesso em: 6 mar. 2019.

GURGEL, J. L. M. **Análise de desempenho**: um estudo aplicado em um hospital universitário do RN conveniado à EBSEH. 2016. 92f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Centro de Tecnologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/23785/1/JuliaLorenaMarquesGurgel_DISSERT.pdf. Acesso em: 19 nov. 2019.

HADDAD, P. R. **Economia regional**: teorias e métodos de análise. Fortaleza: ETENE-BNB, 2013.

HÖFLING, E. de M. Estado e políticas (públicas) sociais. **Caderno CEDES**, Campinas, v. 21, n. 55, p. 30-41, nov. 2001. Disponível em: <https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/snpp/article/viewFile/17964/1192611933>. Acesso em: 20 jul. 2020.

JOÃO, P. S. **Revista Consultor Jurídico**. Terceirização e prestação de serviços por meio de pessoa jurídica. Publicação: 1 de fevereiro de 2019. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2019-fev-01/reflexoes-trabalhistas-terceirizacao-prestacao-servicos-meio-pessoa-juridica>. Acesso em: 30 out. 2019.

KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. **A execução premium: a obtenção da vantagem competitiva através do vínculo da estratégia com as operações do negócio**. Tradução: Afonso Celso da Cunha Serra. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. 323p.

KLEBA, M. E.; COMERLATTO, D.; FROZZA, K. M. Instrumentos e mecanismos de gestão: contribuições ao processo decisório em conselhos de políticas públicas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 4, p. 1059-1079, jul./ago. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v49n4/0034-7612-rap-49-04-01059.pdf> Acesso em: 19 out. 2019.

KOTLER, P. **Administração de marketing: a edição do novo milênio**. Tradução: Bazán Tecnologia e Linguística. 10. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2000. 764 p.

KRAFT, M. E.; FURLONG, S. R. **Public Policy: politics, analysis and alternatives**. 3. ed. USA: CQPress, 2010.

LEITE, N. L.; SOUZA, A. O. **Hospitais Universitários Federais e a Fase de Reformas Administrativas/Gerenciais iniciadas na década de 2010**. 2019. Disponível em: [file:///D:/Lu%C3%ADs/Downloads/3608-13671-1-PB%20\(11\).pdf](file:///D:/Lu%C3%ADs/Downloads/3608-13671-1-PB%20(11).pdf). Acesso em: 10 nov. 2019.

LIMA, M.; PACHECO, Z. S. T. A. **As políticas públicas e o direito à educação: programa nacional de acesso ao ensino técnico e emprego versus plano nacional de educação**. Educ. Soc., Campinas, v. 38, n. 139, p. 489-504, jun. 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73302017000200489. Acesso em: 5 nov. 2019.

LIMA, S. M. L.; RIVERA, F. J. U. **A contratualização nos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro**. São Paulo: Abrasco, v. 17, n. 9, p. 2507-2521, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000900031. Acesso em: 5 nov. 2019.

LIMA, T.P. **A importância da Eficiência e Eficácia na Gestão Pública**. Portal Educação: Administração e Gestão, 2017? Disponível em: <https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/administracao/aimportancia-da-eficiencia-e-eficacia-na-gestao-publica/55602>. Acesso em: 5 nov. 2019.

LINHARES NETO, D. A.; BRITO, E. M. Incidência de atuação do Conselho de Transparência Pública e combate à corrupção no processo de accountability federal. 2011. In: NASCIMENTO, S. G. V.; FREIRE, G. H. A.; DIAS, G. A. **A Tecnologia da Informação e a Gestão Pública**. MPMGOA, João Pessoa, v. 1, n. 1, p. 167-182, 2012. Disponível em: [file:///D:/Lu%C3%ADs/Downloads/15347-Texto%20do%20artigo-27221-1-10-20130611%20\(3\).pdf](file:///D:/Lu%C3%ADs/Downloads/15347-Texto%20do%20artigo-27221-1-10-20130611%20(3).pdf). Acesso em: 28 out. 2019.

LONGARAY, A. A.; ENSSLIN, L. Uso da MCDA na identificação e mensuração da performance dos critérios para a certificação dos hospitais de ensino no âmbito do SUS. **Production**, v. 24, n. 1, p. 41-56, jan./mar. 2014.

LOVATO, E. L. *et al.* Uma análise sobre aspectos que envolvem o plano plurianual: plano orçamentário ou plano estratégico? *In: 2º Seminário nacional de planejamento e desenvolvimento*, 9, 2014. Florianópolis, SC. **Anais eletrônicos...** Florianópolis, SC, UDESC, 2014, p.1-20. Disponível em: <http://www.eventos.ct.utfpr.edu.br/anais>. Acesso em: 16 set. 2019.

LUCCHESI, P. T. R. *et al.* (Coord.). **Políticas públicas em saúde pública**. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004.

MACHADO, S. P.; KUCHENBECKER, R. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 871-877, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2007.v12n4/871-877/#ModalArticles>. Acesso em: 16 out. 2019.

MAGALHÃES, E. A. *et al.* Análise da evolução da despesa orçamentária em uma instituição de ensino superior: o caso da Universidade Federal de Viçosa (UFV). *In: Congresso Brasileiro de Custos*, 13. 2006, Belo Horizonte. Anais do CBC. 2006. Disponível em: <https://anaiscbc.emnuvens.com.br/anais/article/viewFile/1749/1749> Acesso em: 11 out. 2019.

MALAGÓN-LONDOÑO, G. Introdução. (2010a). *In: Administração Hospitalar*. MALAGÓN-LONDOÑO, G.; MORERA, R. G.; LAVERDE, G. P. Tradução de Antonio Francisco Dieb. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p. 1-3.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARTINS, V. F. Hospitais Universitários Federais e a Nova Reestruturação Organizacional: O Primeiro Olhar, Uma Análise de Um Hospital Universitário. **ReAC – Revista de Administração e Contabilidade**. Faculdade Anísio Teixeira (FAT), Feira de Santana-Ba, v. 3, n. 2, p. 4-22, jul./dez. 2011. Disponível em: <http://www.reacfat.com.br/index.php/reac/article/viewFile/27/29>. Acesso em: 5 nov. 2019.

MARTINS, D. B.; PORTULHAK, H.; VOESE, S. B. Gestão de Custos: um Diagnóstico em Hospitais Universitários Federais. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v. 12, n. 3, p. 59-75, 2015. Disponível em: <file:///D:/Lu%C3%ADs/Downloads/2461-Texto%20do%20artigo-9681-1-10-20150527.pdf>. Acesso em: 1º nov. 2019.

MASSUDA, A. **O método do apoio Paidéia no Hospital: descrição e análise de uma experiência no HC-Unicamp [dissertação]**. Campinas: Unicamp, 2010. 240 p. 9. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/309404/1/Massuda_Adriano_M.pdf. Acesso em: 5 nov. 2019.

MATTOS, R. A. (Org.). Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. Os sentidos da integralidade. RJ: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001. *In: BRITO-SILVA, K.; BEZERRA, A. F. B.; TANAKA, O. Y.* Direito à saúde e

integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. **Interface (Botucatu)** [online]. v.16, n. 40, p.249-260. 2012 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2012nahead/aop1812>. Acesso em: 13 out. 2019.

MEDICI, A. C. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. **Revista Associação Médica Brasileira**, v. 47, n. 2, p. 149-56, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v47n2/a34v47n2.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2019.

MEDICI, A. C. **26 anos de SUS: Avanços e desafios**. Publicado em 29 de julho de 2014. Disponível em: <http://cebes.org.br/2014/07/26-anos-de-sus-avancos-e-desafios-andre-medici/>. Acesso em: 8 ago. 2019.

MEDICI, A. C. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2001; v. 47, n. 2, p. 149-156. In. MACHADO, S. P.; KUCHENBECKER, R. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 871-877, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2007.v12n4/871-877/#ModalArticles>. Acesso em: 16 out. 2019.

MEDICI, A. C. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. **Revista da Associação Médica Brasileira**. n. 47, v. 2, p. 149-156, 2001. In. DALLORA, M. E. L. V.; FORSTER, A. C. A importância da gestão de custos em hospitais de ensino: considerações teóricas. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 41, n. 2, p. 135-142, abr./jun. 2008. Disponível em: http://www.hmtj.org.br/arquivos/hmtj/art_05.pdf. Acesso em: 4 nov. 2019.

MÉDICI, A. C. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. **Revista da Associação Médica Brasileira**. v. 47, n. 2, p. 149-156, 2001.

MEYER, V. J; PASCUCCI, L.; MURPHY, J. P. Implementing strategies in complex systems: lessons from brazilian hospitals. **Brazilian Administration Review**, Rio de Janeiro, v. 9, art.2, p. 19-37, May 2012. (*special issue*). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-76922012000500003. Acesso em: 26 dez. 2019.

MILIONI, K. C.; BEHR, A.; GOULARTE, J. L. L. Análise do processo de elaboração da proposta de lei orçamentária anual em uma instituição pública federal de ensino superior. **Revista GUAL**. v. 8, n. 4, Edição Especial, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/gual/article/view/1983-4535.2015v8n4p164/30869>. Acesso em: 15 out. 2019.

MIRANDA, G. J. *et al.* Custeio ABC no ambiente hospitalar: um estudo nos hospitais universitários e de ensino brasileiros. **Revista contabilidade financeira** [online]. 2007, v.18, n. 44, p.33-43. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcf/v18n44/a04v1844.pdf>. Acesso em: 1º nov. 2019.

MONTEIRO, A. L. de O. Relação Estado e sociedade civil no processo de formulação e implementação de políticas públicas. **Análise do programa nacional de DST/AIDS (1980-2006)**. Dissertação (Mestrado em Gestão Social e Trabalho). Brasília: Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade de Ciência da Informação e Documentação (FACE), 2006, 141p.

MOURA, F. O. 40 dos 50 hospitais universitários federais estão sob gestão da Ebserh. *Correio Braziliense*, Brasília, 8 jul. 2018. **Caderno Gestão**. Disponível em: <https://www.correio braziliense.com.br/app/noticia/eu-estudante/trabalho-e-formacao/2018/07/08/interna-trabalhoeformacao-2019,693662/40-dos-50-hospitais-universitarios-federais-estao-sob-gestao-da-ebserh.shtml>. Acesso em: 5 jan. 2020.

NASCIMENTO, P. R. do. **Espaço de deliberação democrática no SUS e discussão sobre a universalidade de direitos**. 2006. 174f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. São Paulo, 2006. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=442262&indexSearch=ID>. Acesso em: 14 out. 2019.

NASCIMENTO, E. R. **Gestão Pública**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2010. Disponível em: <https://ler.amazon.com.br/?asin=B076BX99Y5>. Acesso em: 15 out. 2019.

OLIVEIRA, G. H. J. Parceria público-privada e direito ao desenvolvimento: uma abordagem necessária. **Revista Eletrônica de Direito Administrativo Econômico**, 2005. Disponível em: <http://www.direitodoestado.com.br/artigo/gustavo-henrique-justino-de-oliveira/parceria-publico-privada-e-direito-ao-desenvolvimento-uma-abordagem-necessaria>. Acesso em: 15 set. 2019.

OLIVEIRA, D. de P. R. de. **Planejamento estratégico: conceitos, metodologias e práticas**. São Paulo: Atlas, 2004.

OLIVEIRA, M. L. **Controle social e gestão participativa em saúde pública: a experiência de conselhos gestores de unidades de saúde do município de Campo Grande/MS – 1994/2002**. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

OLIVEIRA JÚNIOR, L. B.; SANTOS, A. C. Rehuf: uma ferramenta para tomada de decisão e sua aplicação na saúde coletiva. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 42, n. 1, p. 43-51, jan./jun. 2016. Disponível em: [file:///D:/Lu%C3%ADs/Downloads/2397-Manuscrito%20sem%20identifica%C3%A7%C3%A3o%20dos%20autores-15025-2-10-20161011%20\(2\).pdf](file:///D:/Lu%C3%ADs/Downloads/2397-Manuscrito%20sem%20identifica%C3%A7%C3%A3o%20dos%20autores-15025-2-10-20161011%20(2).pdf). Acesso em: 5 nov. 2019.

OUVERNEY, A. M.; NORONHA, J. C. Modelos de Organização e Gestão da Atenção à Saúde: redes locais, regionais e nacionais. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. v. 3. p. 143-182. ISBN 978-85-8110-017-3. Available from SciELO Books.

PALHARES, D.; CUNHA, A. C. R. Reflexões bioéticas sobre a empresa brasileira de serviços hospitalares (EBSERH). **Revista Latino Americana Bioética**, Bogotá, v. 14, n. 1, 26. ed., p. 122-129, jan./jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlb/v14n1/v14n1a10.pdf>. Acesso em: 7 nov. 2019.

PDE (2018-2022). **Plano Diretor Estratégico**. Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí – HU-UFPI. Disponível em:
http://www2.EBSERH.gov.br/documents/16824/1864622/BS_376_HU-UFPI-wold-Final.pdf/9b3f2780-e71a-4173-be31-c827a539a9da. Acesso em: 12 nov. 2019 (on-line).

PEREIRA JÚNIOR, N. **Política, Planejamento e Gestão em Hospitais Universitários Federais**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Campinas - SP, 2018. Disponível em:
<https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/26838/3/Implanta%20a7%20a3oEmpresaBrasileira.pdf>. Acesso em: 5 nov. 2019.

PEREIRA, J. M. **Finanças públicas: a política orçamentária no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

PÉREZ, L. G. A. Planejamento estratégico em hospitais. *In: Administração Hospitalar*. MALAGÓN-LONDOÑO, G.; MORERA, R. G.; LAVERDE, G. P. Tradução de Antonio Francisco Dieb Paulo. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p. 52-64.

PIRES, M. R. G. M. *et al.* Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, sup. 1, p. 1009-1019, 2010.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. 2012. *In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ; ABRASCO, 2009. p. 65-112.

PRADO, A. P. B. de S. P. **Direito fundamental à saúde: direito social tratado como direito individual no Brasil**. 2012. 126f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Faculdade de Direito do Sul de Minas. Programa de Pós-Graduação em Direito, Porto Alegre, 2012.

PRIMO, G. M. G. **Mudanças estruturais, condições de trabalho e riscos psicossociais em um hospital público universitário**. 2018. PhD Thesis. Universidade Federal de Minas Gerais. Disponível em: <https://www.ufmg.br/prorh/wp-content/uploads/2019/10/Tese-Geraldo-Primo.pdf>. Acesso em 5 nov.2019.

QUIRINO, S. R. Orçamento público como fonte de estudos educacionais. **Fineduca – Revista de Financiamento da Educação**, v. 1, n. 9, 2011. Disponível em:
<https://seer.ufrgs.br/fineduca/article/view/24580/23803>. Acesso em: 15 out. 2019.

RABBANI, F. *et al.* Hospital management training for the eastern mediterranean region: time for a change?. **Journal of Health Organization and Management**, United Kingdom, v. 29, n. 7, p. 965-972, 2015. Disponível em: <http://www.emeraldinsight.com/doi/pdf.plus>. Acesso em: 20 dez. 2019.

REBRATS. Ministério da Saúde. **Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde – REBRATS**. 2017. Disponível em: <http://rebrats.saude.gov.br/>. Acesso: 27 out 2019.

RIBEIRO, C. T. M. *et al.* O sistema público de saúde e as ações de reabilitação no Brasil. **Rev. Panam Salud Pública**, Washington, v. 28, n. 1, 2010. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/9551>. Acesso: 26 de set 2019.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1989.

ROLIM, L. B.; CRUZ, R. S. B. L. C.; SAMPAIO, K. J. A. J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, jan./mar. 2013.

ROSA, M. E. **A implantação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e a gestão do trabalho dos hospitais universitários federais**. 2019. Disponível em: <http://200.19.146.153/bitstream/123456789/26838/3/Implanta%C3%A7%C3%A3oEmpresaBrasileira.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2019.

SALDIVA, P. H. N.; VERAS, M. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. **Estudos avançados**. v. 32. n. 92. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142018000100047. Acesso em: 30 set. 2019.

SECCHI, L. **Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. 2 Reimp. São Paulo: Cengage Learning, 2017.

SANO, H.; ABRUCIO, F. L. Promessas e resultados da Nova Gestão Pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. **Rev. adm. empres.** [online]. 2008, v. 48, n. 3, p. 64-80. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75902008000300007. Acesso em: 11 nov. 2019.

SANTOS F. P; MERHY, E. E. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão. **Interface Comun Saude Educ**. 2006. v. 10. n. 19. p. 25-41.

SILVA, E. P. **O uso do poder de compra do estado como instrumento de política pública**. Dissertação (Mestrado em Administração Pública). Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro. 2008.

SILVA, H. R.; FARIAS, J. S. Adoção de Tecnologia em Hospitais: O Caso da Adoção do Sistema Aghu pelos Hospitais Universitários do Brasil. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v. 13, n. 4, p. 95-111, 2016. Disponível em: file:///D:/Lu%C3%ADs/Downloads/Silva_Farias_2016_Adocao-de-Tecnologia-em-Hospit_45484.pdf. Acesso em: 28 out 2019.

SOLLA, J.; CHIORO, A. Atenção ambulatorial especializada. *In: GIOVANELLA, L. et al. Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 627-673.

SOUZA, J. S. **O Que é Gerencialismo?** GTPS - Grupo de pesquisas do Programa de Pós-Graduação em Educação. 2016. Matéria postada em 30 de outubro de 2016. Disponível em: <http://trabalhopoliticaesociedade.blogspot.com/2016/10/o-que-e-gerencialismo.html>. Acesso em: 13 nov. 2019.

SOUZA, A. *et al.* Uma análise da terceirização em hospitais localizados na região metropolitana de Belo Horizonte. **Sociedade, contabilidade e gestão pública**. América do Norte, 6, out. 2011. Disponível em: <http://www.atena.org.br/revista/ojs-2.2.3-06/index.php/ufrj/article/view/955/1099>. Acesso em: 30 Out. 2019.

TEIXEIRA, E. C. O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade. **Revista AATR**, 2002. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/57253448/03-Aatr-Pp-Papel-Politiclas-Publicas>. Acesso em: 4 fev. 2019.

TSAI, Y. Health care industry, customer orientation and organizational innovation. **Chinese Management Studies**, China, v. 7, n. 2, p. 215-229, 2013. Disponível em: <http://www.emeraldinsight.com/doi/pdf.plus>. Acesso em: 20.dez.2019.

UFPI. Universidade Federal do Piauí. Site. Matéria publicada em: 05 de janeiro de 2012. Disponível em: <http://ufpi.br/ultimas-noticias-ufpi/224-portal-do-minist%C3%A9rio-da-educac%C3%A7%C3%A3o-destaca-ades%C3%A3o-da-ufpi-a-ebserh>. Acesso em: 5 nov. 2019.

UFPI. Universidade Federal do Piauí – UPFI. Site institucional da UFPI. **Solenidade marca inauguração oficial do Hospital Universitário**. Matéria publicada em 9/11/2012. Disponível em: <https://www.ufpi.br/ultimas-noticias-ufpi/1817-solenidade-marca-inaugura%C3%A7%C3%A3o-oficial-do-hospital-universit%C3%A1rio>. Acesso em: 5 jan. 2020.

VAGNONI, E.; OPPI, C. Investigating factors of intellectual capital to enhance achievement of strategic goals in a university hospital setting. **Journal of Intellectual Capital**, v. 16, n. 2, p. 331-363, 2015. Disponível em: <http://www.emeraldinsight.com/doi/pdf.plus>. Acesso em: 20 dez. 2019.

VENDEMIATTI, M. *et al.* Conflito na gestão hospitalar: o papel da liderança. **Ciência & saúde coletiva**. 2010; v. 15 (Supl.), p. 1301-14. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700039. Acesso em: 31 out. 2019.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 1997.

XAVIER, R. O.; RODRIGUES FILHO, J. A terceirização e o desenvolvimento de sistemas de informação numa empresa recém-privatizada. In: **Simpósio de engenharia de produção**. 8, Bauru, 2001. Anais. Bauru, 2001. Disponível em: http://moodle.fgv.br/cursos/centro_rec/docs/terceirizacao_desenvolvimento_sistemas_informacao_empresa_recem_privatizada.pdf. Acesso em: 30 out. 2019.

YASIN, M. M.; GOMES, C. F.; MILLER, P. E. Competitive strategic grouping for hospitals. **The TQM Journal**, United Kingdom, v. 23, n. 3, p. 301-312, 2011. Disponível em: <http://www.emeraldinsight.com/doi/pdf.plus>. Acesso em: 20 dez. 2019.