



ESCOLA NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA  
PROGRAMA DE DOUTORADO PROFISSIONAL EM POLÍTICAS PÚBLICAS

Gabriela de Oliveira Silva

**QUALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE E DADOS ABERTOS NOS HOSPITAIS  
UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS:**  
uma análise dos arranjos de implementação e ativação de capacidades após a Empresa Brasileira  
de Serviços Hospitalares (Ebserh)

Linha de pesquisa: Governança e práticas de avaliação de políticas públicas

Brasília  
2025

Gabriela de Oliveira Silva

**QUALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE E DADOS ABERTOS NOS HOSPITAIS  
UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS:**  
uma análise dos arranjos de implementação e ativação de capacidades após a Empresa Brasileira  
de Serviços Hospitalares (Ebserh)

Tese apresentada à Escola Nacional de  
Administração Pública como requisito parcial para  
obtenção do título de Doutora em Políticas  
Públicas na linha de pesquisa Governança e  
práticas de avaliação de políticas públicas.

Orientador: Prof. Dr. Francisco Gaetani

Brasília  
2025

- S5861q Silva, Gabriela de Oliveira  
Qualidade do cuidado em saúde e dados abertos nos hospitais universitários federais: uma análise dos arranjos de implementação e ativação de capacidades após a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) / Gabriela de Oliveira Silva. -- Brasília: Enap, 2025.  
416 f.: il.
- Tese (Doutorado – Programa de Doutorado em Políticas Públicas) -- Escola Nacional de Administração Pública, 2025.
- Orientação: Prof. Dr. Francisco Gaetani  
1. Hospital Universitário. 2. Controle de Qualidade - Saúde. 3. Indicadores de Qualidade - Saúde. 4. Assistência à Saúde. 5. Gestão Hospitalar. 6. Dados Abertos. I. Título. II. Gaetani, Francisco orient.

CDD 362.11

---

Bibliotecária: Elda Campos Bezerra – CRB 1/1425



## ATA DA BANCA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DO CURSO DE DOUTORADO PROFISSIONAL EM POLÍTICAS PÚBLICAS

**Aluno (a):** Gabriela de Oliveira Silva

**Ano de Ingresso:** 2021

**Título da Tese:** Qualidade do Cuidado em Saúde e Dados Abertos nos Hospitais Universitários Federais: Uma análise dos arranjos de implementação e ativação de capacidades após a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh)

**Orientador:** Prof. Dr. Francisco Gaetani

Prof. Dr. Pedro Luiz Costa Cavalcante

**Avaliadores:** Prof. Dr. Fernando de Barros Filgueiras

Prof. Dr. Alexandre de Ávila Gomide

Prof. Dr. Frederico Campos Guanais de Aguiar

Profa. Dra. Isabela Cardoso de Matos Pinto

### Avaliação:

☒ Aprovada

☐ Aprovada com ressalvas

☐ Reprovada

Brasília, 17 de outubro de 2025

DocuSigned by:

Pedro Luiz Costa Cavalcante

01B14C8F17581FC...

Avaliador

DocuSigned by:

DocuSigned by: [Signature]

C7B801C5CAB437...

Avaliador

DocuSigned by:

Alexandre de Ávila Gomide

F0C978CF72B84A2...

Avaliador

DocuSigned by:

Frederico Campos Guanais de Aguiar

3A4D0613E8DC4F1...

Avaliador

Assinado por:

Isabela Cardoso de Matos Pinto

F3BAC337A7AD428...

Avaliadora

Assinado por:

Francisco Gaetani

3E75E7AB05B040B...

Orientador



MINISTÉRIO DA  
GESTÃO E DA INOVAÇÃO  
EM SERVIÇOS PÚBLICOS



*Aos pacientes e às famílias, lembrança constante  
de que toda política pública em saúde deve ter  
como prioridade a qualidade do cuidado.*

## AGRADECIMENTOS

À Escola Nacional de Administração Pública (Enap) por proporcionar aos agentes públicos um ambiente plural de aprendizagem, com professores qualificados e espaço para debates consistentes e críticos sobre governança e avaliação de políticas públicas.

Aos professores do Doutorado Profissional em Políticas Públicas (DPPP), pelo conhecimento compartilhado e indução do pensamento crítico. Em especial, ao meu orientador, Francisco Gaetani, pelas críticas consistentes e pelas reflexões instigantes desde a entrevista de seleção do Doutorado; a Júlio Abreu, Ricardo Bueno, Renata Araujo e Fernando Filgueiras, pela parceria na escrita de produções científicas que enriqueceram este percurso; e a Roberto Pires e Alexandre Gomide, cujas contribuições analíticas aprofundaram a compreensão dos resultados desta pesquisa.

Aos amigos da primeira turma do DPPP, por tornarem mais enriquecedor esse período. Sobretudo, a Patrícia Oliveira, pelo apoio na revisão rápida e *policy brief* que compõem este estudo.

À Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) por me permitir cursar este doutorado e servir de objeto de pesquisa. De modo particular, a Márcia Amaral, pelas colaborações diárias, e às equipes de Gestão da Qualidade dos Hospitais Universitários Federais, pelas experiências compartilhadas que permitiram apontamentos relevantes.

Aos membros da banca de defesa pelo tempo e contribuições dedicados.

Aos amigos, em especial Kellen Rezende e Cinthya Correia, pelo apoio em etapas iniciais fundamentais do projeto.

À minha família, em especial meus pais, meu irmão e meu esposo, pelo incentivo constante e apoio em todos os momentos necessários. À minha filha Júlia, que me mostra diariamente a beleza das pequenas descobertas e a razão maior de todo o meu esforço.

*“Todo o mundo é um palco, e todos os homens e mulheres, meros atores. Entram e saem de cena, e cada um, a seu tempo, representa muitos papéis.”*

William Shakespeare, *As You Like It*

## RESUMO

Esta tese buscou analisar como a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) tem influenciado a qualidade do cuidado em saúde e a publicação de dados abertos nos Hospitais Universitários Federais (HUF), considerando a ativação de capacidades por meio dos arranjos de implementação. Compreendem-se os dados abertos como um recurso estratégico para o monitoramento e a avaliação da qualidade, expressando capacidades técnico-administrativas voltadas à transparência. A qualidade do cuidado em saúde constitui um desafio global, com impacto direto na morbimortalidade e nos custos dos sistemas de saúde. Os HUF, centrais para a assistência, formação e pesquisa, enfrentaram historicamente fragilidades de gestão, infraestrutura e financiamento. A criação da Ebserh, em 2011, buscou responder a esse quadro, ao instituir um novo modelo de gestão, baseado em contratos, indicadores de desempenho e maior flexibilidade administrativa. Embora tenha promovido avanços organizacionais, sua efetiva contribuição para a qualidade do cuidado permanece objeto de controvérsia. Esta pesquisa, de caráter avaliativo quali-quantitativo, estruturou-se em seis etapas: análise de objetivos; inventário de capacidades; mapeamento de arranjos (atores e instrumentos); sistematização de evidências e inferências causais sobre resultados; análise das reconfigurações dos arranjos e ativação de capacidades; e construção de possibilidades de desenvolvimento. A análise mostrou que os contratos de gestão são instrumentos centrais de formalização de objetivos, metas e responsabilidades, mas ainda predominam métricas operacionais em detrimento de indicadores de cuidado seguro, equitativo e centrado no usuário. Embora coerente com seus instrumentos legais, a estatal não explicita a qualidade como valor estruturante, o que fragiliza a consolidação de uma cultura organizacional orientada para a excelência. Os arranjos de implementação potencializaram sobretudo capacidades técnico-administrativas, como recursos humanos e financeiros, mas persistem desafios de qualificação profissional, restrição fiscal e baixa interoperabilidade dos sistemas de informação. A publicação de dados abertos é incipiente (51% dos HUF) e pouco alinhada à Política Nacional de Dados Abertos, limitando o controle social e o uso das informações para aprimorar o cuidado. Nas capacidades político-relacionais, destacam-se avanços na articulação com atores políticos e órgãos de controle, mas a participação social permanece frágil. Os resultados indicam avanços como a ampliação da capacidade instalada, a recomposição da força de trabalho, a expansão de procedimentos e o incremento das receitas de contratualização, que favoreceram maior eficiência técnica e redução do tempo médio de internação. Contudo, os efeitos foram heterogêneos entre os HUF, e parte da literatura carece de evidências estatísticas consistentes. Também emergiram efeitos negativos: queda na produção científica, menor impacto sobre a redução da mortalidade hospitalar e aumento de afastamentos por licença médica, associados a tensões nas relações de trabalho e à frágil comunicação de transição. Demonstra-se que a melhoria da qualidade nos HUF requer transformar práticas clínicas, padronizar processos e promover melhoria contínua, com base na ativação de capacidades técnico-administrativas e político-relacionais, valorizando o engajamento dos profissionais, usuários e gestores em uma cultura de qualidade e segurança. Com base nas sete alavancas de qualidade propostas por organismos internacionais, apresenta-se uma matriz propositiva que traduz essas diretrizes em ações para a Rede Ebserh. Como produtos aplicados, foram elaboradas propostas de aprimoramento, incluindo uma minuta de Política de Qualidade, um *policy brief* e um caso de ensino destinados a subsidiar gestores, formuladores de políticas e pesquisadores. Estudos futuros devem priorizar abordagens qualitativas e indicadores de cuidado seguro, equitativo e centrado na pessoa, superando perspectivas reducionistas e hospitalocêntricas.

**Palavras-chave:** hospitais universitários; garantia da qualidade dos cuidados de saúde; indicadores de qualidade em assistência à saúde.



## ABSTRACT

This thesis sought to analyze how the Brazilian Company of Hospital Services (Ebserh) has influenced the quality of healthcare and the publication of open data in Federal University Hospitals (HUF), considering the activation of capacities through implementation arrangements. Open data are understood as a strategic resource for monitoring and evaluating quality, expressing technical-administrative capacities aimed at transparency. The quality of healthcare constitutes a global challenge, with a direct impact on morbidity, mortality, and the costs of health systems. The HUF – central to healthcare delivery, education, and research – have historically faced management, infrastructure, and funding weaknesses. The creation of Ebserh in 2011 sought to address this situation by establishing a new management model based on contracts, performance indicators, and greater administrative flexibility. Although it has promoted organizational progress, its effective contribution to healthcare quality remains controversial. This evaluative, mixed-method research was structured into six stages: analysis of objectives; capacity inventory; mapping of arrangements (actors and instruments); systematization of evidence and causal inferences on results; analysis of reconfigurations of arrangements and capacity activation; and construction of development possibilities. The analysis showed that management contracts are central instruments for formalizing objectives, targets, and responsibilities, but operational metrics still prevail over indicators of safe, equitable, and patient-centered care. Although coherent with its legal instruments, the state-owned company does not explicitly frame quality as structuring value, which weakens the consolidation of an organizational culture oriented toward excellence. The implementation arrangements have primarily enhanced technical-administrative capacities, such as human and financial resources, but challenges remain regarding professional qualification, fiscal constraints, and low interoperability of information systems. The publication of open data is still incipient (only 51% of HUF) and poorly aligned with the National Open Data Policy, limiting social oversight and the use of information to improve care. Regarding political-relational capacities, advances are evident in coordination with political actors and oversight bodies, but social participation remains fragile. The results indicate progress, such as increased installed capacity, workforce recomposition, expansion of procedures, and growth in contractual revenue, which contributed to greater technical efficiency and reduced average hospital stay. However, the effects were heterogeneous across HUFs, and part of the literature still lacks robust statistical evidence. Negative effects also emerged: a decline in scientific production, limited impact on reducing hospital mortality, and an increase in medical leave, associated with tensions in labor relations and weak communication during the transition process. The findings demonstrate that improving quality in HUFs requires transforming clinical practices, standardizing processes, and fostering continuous improvement based on the activation of technical-administrative and political-relational capacities, valuing the engagement of professionals, users, and managers in a culture of quality and safety. Based on the seven quality levers proposed by international organizations a propositional matrix is presented, translating these guidelines into actions for the Ebserh Network. As applied outputs, improvement proposals were developed, including a draft quality policy, a policy brief, and a teaching case designed to support managers, policymakers, and researchers. Future studies should prioritize qualitative approaches and indicators of safe, equitable, and person-centered care, overcoming reductionist and hospital-centered perspectives.

**Keywords:** university hospitals; quality assurance, health care; quality indicators, health care.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Principais eixos de análise e argumentos centrais da pesquisa .....	32
<b>Figura 2</b> – Categorização dos hospitais .....	41
<b>Figura 3</b> – Integração de sistemas na perspectiva de governança dos hospitais universitários federais .....	42
<b>Figura 4</b> – Marcos históricos principais da governança dos hospitais universitários federais .....	44
<b>Figura 5</b> – Programas e diretrizes da Rede Ebserh voltados para a gestão da qualidade do cuidado em saúde.....	70
<b>Figura 6</b> – Modelo analítico da abordagem dos arranjos de implementação e ativação de capacidades .....	92
<b>Figura 7</b> – Representação do ciclo de políticas públicas .....	100
<b>Figura 8</b> – Capítulos e seções que estruturam a minuta de Política da Qualidade da Ebserh.....	121
<b>Figura 9</b> – Força de trabalho da rede de hospitais universitários federais da Ebserh, 2024 .....	131
<b>Figura 10</b> – Evolução do quadro de pessoal da Ebserh .....	132
<b>Figura 11</b> – Distribuição de empregados por grau de instrução, fevereiro de 2025 .....	133
<b>Figura 12</b> – Orçamento estimado para a Rede Ebserh, 2024.....	136
<b>Figura 13</b> – Evolução das emendas parlamentares por grupo de despesa e por HUF beneficiado na Rede Ebserh, 2019 a 2024.....	162
<b>Figura 14</b> – Valores das emendas parlamentares por HUF da Rede Ebserh, 2023 .....	163
<b>Figura 15</b> – Mapeamento dos atores nos arranjos de implementação na perspectiva da nova governança da Rede de HUF advinda com a Ebserh .....	177
<b>Figura 16</b> – Unidades organizacionais responsáveis pela coordenação das atividades de gestão da qualidade na Rede Ebserh .....	194
<b>Figura 17</b> – Sistema de governança dos hospitais universitários federais geridos pela Ebserh, incluindo stakeholders e instrumentos de governança .....	199
<b>Figura 18</b> – Rede institucional dos hospitais universitários federais geridos pela Ebserh .....	205
<b>Figura 19</b> – Análise de inferências causais e ativação de capacidades dos HUF pelos arranjos de implementação após a Ebserh e resultados alcançados .....	217
<b>Figura 20</b> – Implantação do Programa Ebserh de Gestão da Qualidade na Rede de HUF .....	231

### ***Estudo 1 (Caso de ensino)***

<b>Figura 1</b> – Legislação e relatório do Tribunal de Contas da União relacionados à Ebserh utilizados para construção do caso.....	299
<b>Figura 2</b> – Unidades da rede Ebserh por região do Brasil.....	306
<b>Figura 3</b> – Fatores influenciadores do processo de tomada de decisão de Silva para adesão à Ebserh.....	309
<b>Figura 4</b> – Estratégias para assegurar um modelo de governança democrática participativa aplicadas ao caso e riscos correspondentes.....	311

### ***Estudo 2 (Artigo original)***

<b>Figura 1</b> – Unidades da rede Ebserh por região do Brasil.....	326
<b>Figura 2</b> – Grau de alinhamento das unidades* da rede Ebserh aos princípios da PNDA.....	330

### ***Estudo 3 (Artigo de revisão rápida)***

<b>Figura 1</b> – Processo de identificação e seleção das publicações científicas.....	350
--	-----

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Alguns marcos da história dos hospitais .....	40
<b>Quadro 2</b> – Unidades da Rede Ebserh por região do Brasil .....	51
<b>Quadro 3</b> – Dimensões da qualidade do cuidado em saúde.....	57
<b>Quadro 4</b> – Pioneiros das abordagens de melhoria da qualidade .....	59
<b>Quadro 5</b> – Atividades do Sistema de Gestão da Qualidade .....	61
<b>Quadro 6</b> – Modelos de avaliação da qualidade hospitalar .....	62
<b>Quadro 7</b> – Principais dispositivos regulatórios brasileiros que se relacionam a transparência e dados abertos.....	75
<b>Quadro 8</b> – Conceitos de capacidade estatal e governança .....	87
<b>Quadro 9</b> – Resumo analítico das etapas de pesquisa, objetivos específicos, questões-chave, estratégia metodológica e produtos.....	104
<b>Quadro 10</b> – Elementos de análise do direcionamento institucional da Ebserh .....	107
<b>Quadro 11</b> – Estratégias metodológicas segundo tipos de capacidades e categorias analíticas .	108
<b>Quadro 12</b> – Elementos do quadro analítico de explicação da congruência de resultados .....	115
<b>Quadro 13</b> – Categorias utilizadas para estruturar a matriz propositiva.....	118
<b>Quadro 14</b> – Matriz de Direcionamento Institucional da Ebserh .....	124
<b>Quadro 15</b> – Painéis gerenciais e informacionais da Rede Ebserh.....	139
<b>Quadro 16</b> – Sistemas e ferramentas operacionais utilizados pela Rede Ebserh, gerenciados pela Administração Central .....	141
<b>Quadro 17</b> – Estratégias de monitoramento e avaliação observadas na Rede Ebserh segundo instrumentos, finalidades e limitações .....	147
<b>Quadro 18</b> – Estratégias de monitoramento e avaliação no âmbito do PGQuali.....	154
<b>Quadro 19</b> – Autores das emendas parlamentares destinadas à Rede Ebserh por cargo, partido e relação com o setor saúde e HUF, 2023 .....	164
<b>Quadro 20</b> – Considerações gerais sobre os canais de participação social elencados na página da Ebserh do portal eletrônico do Governo Federal .....	167
<b>Quadro 21</b> – Formas de atuação dos atores institucionais e envolvimento com a qualidade do cuidado em saúde no contexto de governança dos hospitais universitários federais.....	178
<b>Quadro 22</b> – Instrumentos de coordenação intraorganizacionais identificados na Rede Ebserh.	191

<b>Quadro 23</b> – Aspectos gerais dos Conselhos, Diretoria Executiva e Conselhos da Ebserh .....	192
<b>Quadro 24</b> – Instrumentos normativos relacionados à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) .....	195
<b>Quadro 25</b> – Explicação da congruência de resultados: análise de ativação de capacidades dos HUF pelos arranjos de implementação após a Ebserh .....	212
<b>Quadro 26</b> – Reconfigurações do arranjo de implementação da Ebserh e (des)ativação de capacidades por governo federal e Presidência da Ebserh .....	236
<b>Quadro 27</b> – Matriz Propositiva para melhoria do cuidado em saúde nos HUF a partir dos arranjos de implementação com a Ebserh e ativação de capacidades .....	240

### *Estudo 2 (Artigo original)*

<b>Quadro 1</b> – Questões de análise do alinhamento da rede Ebserh aos princípios da PNDA.....	328
---	-----

### *Estudo 3 (Artigo de revisão rápida)*

<b>Quadro 1</b> – Principais características das publicações selecionadas por meio da busca nas bases de dados Periódicos Capes e BVS.....	351
<b>Quadro 2</b> – Indicadores de assistência à saúde identificados nos estudos por dimensão da qualidade em saúde.....	356
<b>Quadro 3</b> – Indicadores de ensino, extensão, pesquisa e inovação identificados nos estudos por dimensão da qualidade em saúde.....	361
<b>Quadro 4</b> – Indicadores de gestão hospitalar identificados nos estudos por dimensão da qualidade em saúde.....	363

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Indicadores constantes nos planos de reestruturação dos HUF .....	151
---	-----

### *Estudo 2 (Artigo original)*

<b>Tabela 1</b> – Grau de alinhamento da rede Ebserh aos princípios da PNDA.....	330
--	-----

<b>Tabela 2</b> – Unidades* da rede Ebserh segundo sistema de classificação de cinco estrelas de Tim Berners-Lee.....	333
---	-----

<b>Tabela 3</b> – Conjuntos de dados abertos por duas ou mais unidades da rede Ebserh por dimensão (% de Hospitais Universitários Federais*) .....	336
--	-----

## LISTA DE SIGLAS

ABC	Associação Brasileira da Ciência
ABDI	Agência Brasileira de Desenvolvimento Industrial
ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
ABEN	Associação Brasileira de Enfermagem
ABRAHUE	Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino
Abrasco	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACF	<i>Advocacy coalition framework</i>
ACT	Acordo Coletivo de Trabalho
ADI	Ação Direta de Inconstitucionalidade
AGHU	Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
Andifes	Associação Nacional de Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AOC	Acordo Organizativo de Compromissos
APGS	Administração Pública e Gestão Social
AVAQualis	Avaliações internas da qualidade
BANI	<i>Brittle, Anxious, Nonlinear e Incomprehensible</i>
BI	<i>Business intelligence</i>
BNDES	Banco Nacional do Desenvolvimento Econômico e Social
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CA	Conselho de Administração
CAC	Comissão de Acompanhamento da Contratualização
CAU	Central de Atendimento ao Usuário
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CCT	Conselho Nacional de Ciência e Tecnologia
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEIS	Complexo Econômico Industrial da Saúde

CF	Constituição Federal
CFT	Comissão de Farmácia e Terapêutica
CGC	Coordenadoria de Gestão da Clínica
CGEN	Conselho de Gestão do Patrimônio Genético
CGU	Controladoria Geral da União
CHC-UFPR	Complexo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
CH-UFC	Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará
CH-UFRJ	Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Rio de Janeiro
CHU-UFPA	Complexo Hospitalar Universitário da Universidade Federal do Pará
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
Cidacs	Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Conasems	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
Conass	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Concea	Conselho Nacional de Controle de Experimentação Animal
Conep	Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
Confap	Conselho Nacional das Fundações Estaduais de Amparo à Pesquisa
Conitec	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
Consecti	Conselho Nacional de Secretários para Assuntos de Ciência Tecnologia e Inovação
Coreme	Comissão de Residência Médica
Coremu	Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde
Cosems	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
CPPS	Comissão de Padronização de Produtos para Saúde
CT&I	Ciência, Tecnologia e Inovação
CTNBio	Comissão Técnica Nacional de Biossegurança



CVC	Cateter venoso central
DAG	Dados Abertos Governamentais
DAS	Diretoria de Atenção à Saúde
DENEM	Direção Nacional dos Estudantes de Medicina
Depas	Diretoria de Ensino, Pesquisa e Atenção à Saúde
Depi	Diretoria de Ensino, Pesquisa e Inovação
DF	Distrito Federal
DGP	Diretoria de Gestão de Pessoas
DOF	Diretoria de Orçamento e Finanças
DTI	Diretoria de Tecnologia da Informação
EC	Emenda Constitucional
Ebserh	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EM	Exposição de Motivos
Embrapii	Empresa Brasileira de Pesquisa e Inovação Industrial
Enap	Escola Nacional de Administração Pública
Enare	Exame Nacional de Residência
ENEN	Executiva Nacional dos Estudantes de Enfermagem
EUA	Estados Unidos da América
FAP	Fundação de Apoio à Pesquisa
FBH	Federação Brasileira de Hospitais
Fideps	Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária em Saúde
Finep	Financiadora de Inovação e Pesquisa
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
FNS	Fundo Nacional de Saúde
GED	Gerenciador Eletrônico de Documentos
GETS	Gerenciamento de Tecnologia para Saúde
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
GO	Goiás
GTH	Grupo de Trabalho de Humanização
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre

HC-UFMG	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais
HC-UFPE	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco
HC-UFPR	Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
HC-UFU	Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia
HC-UFTM	Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro
HDT-UFT	Hospital de Doenças Tropicais da Universidade Federal do Tocantins
HE	Hospital de Ensino
HE-UFPeI	Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas
HUCAM-UFES	Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes da Universidade Federal do Espírito Santo
HU	Hospital Universitário
HUAB-UFRN	Hospital Universitário Ana Bezerra da Universidade Federal do Rio Grande do Norte
HUAC-UFCG	Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande
HUAP-UFF	Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense
HUBFS	Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza
HUB-UnB	Hospital Universitário de Brasília da Universidade de Brasília
HUCFF	Hospital Universitário Clementino Fraga Filho
HUF	Hospital Universitário Federal
HU-Furg	Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. da Universidade Federal do Rio Grande
HUGG-UNIRIO	Hospital Universitário Gaffrée e Guinle da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
HUGV-UFAM	Hospital Universitário Getúlio Vargas da Universidade Federal do Amazonas
HUJBB	Hospital Universitário João de Barros Barreto
HUJB-UFCG	Hospital Universitário Júlio Bandeira da Universidade Federal de Campina Grande

HUJM-UFMT	Hospital Universitário Júlio Muller da Universidade Federal do Mato Grosso
HUL-UFS	Hospital Universitário de Lagarto da Universidade Federal de Sergipe
HULW-UFPB	Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba
HUMAP-UFMS	Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
HUOL-UFRN	Hospital Universitário Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte
HUPAA-UFAL	Hospital Universitário Professor Alberto Antunes da Universidade Federal de Alagoas
HUPES-UFBA	Hospital Universitário Professor Edgard Santos da Universidade Federal da Bahia
HUSM-UFSM	Hospital Universitário de Santa Maria da Universidade Federal de Santa Maria
HU-UFGD	Hospital Universitário da Grande Dourados da Universidade Federal da Grande Dourados
HU-UFJF	Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora
HU-UFMA	Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
HU-UFPI	Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí
HU-UFRR	Hospital Universitário da Universidade Federal de Roraima
HU-UFS	Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe
HU-UFSC	Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina
HU-UFSCAR	Hospital Universitário da Universidade Federal de São Carlos
HU-Unifap	Hospital Universitário da Universidade Federal do Amapá
HU-Univasf	Hospital Universitário da Universidade Federal do Vale do São Francisco
ICT	Instituição Científica, Tecnológica e de Inovação
ID-SUS	Índice de Desempenho do SUS
IFC	Instrumento formal de contratualização
IFES	Instituições Federais de Ensino Superior

IFF	Instituto Fernandes Figueira
IG-Sest	Indicador de Governança das Estatais Federais
IHI	<i>Institute for Healthcare Improvement</i>
INCT	Instituto Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação
INDA	Infraestrutura Nacional de Dados Abertos
IRAS	Infecções relacionadas à assistência à saúde
ISO	<i>International Organization for Standardization</i>
Inmetro	Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia
INPI	Instituto Nacional da Propriedade Industrial
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
IPPMG	Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira
JCI	<i>Joint Commission International</i>
LACEN	Laboratório Central de Saúde Pública
LAI	Lei de Acesso à Informação
LGPD	Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais
LOA	Lei Orçamentária Anual
MAC	Média e alta complexidade
MCO-UFBA	Maternidade Climério de Oliveira da Universidade Federal da Bahia
MCTI	Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovações
MDIC	Ministério do Desenvolvimento, Indústria, Comércio e Serviços
ME	Ministério da Economia
MEAC	Maternidade-Escola Assis Chateaubriand
MEC	Ministério da Educação
MEJC-UFRN	Maternidade Escola Januário Cicco da Universidade Federal do Rio Grande do Norte
MF	Ministério da Fazenda
MG	Minas Gerais
MGI	Ministério da Gestão e da Inovação em Serviços Públicos
MP	Medida Provisória
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MPF	Ministério Público Federal

MS	Ministério da Saúde
NATS	Núcleos de Avaliação de Tecnologias em Saúde
NHE	Núcleo Hospitalar de Epidemiologia
NIAHO	<i>National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations</i>
NIT	Núcleo de Inovação Tecnológica
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
ODS	Objetivo de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
ONG	Organização não governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PaRIS	Pesquisa de Indicadores Relatados por Pacientes
PDA	Plano de Dados Abertos
PDE	Plano Diretor Estratégico
PDTI	Plano Diretor de Tecnologia da Informação
PESP	Programa Ebserh de Segurança do Paciente
PGR	Procuradoria Geral da República
PGQuali	Programa Ebserh de Gestão da Qualidade
PHROSUS	Programa Nacional de Qualificação e Ampliação dos Serviços Prestados por Hospitais Universitários Federais integrantes do SUS
PI	Piauí
PICO	<i>Population, Intervention, Comparison, Outcome</i>
PL	Projeto de Lei
PLP	Projeto de Lei Complementar
PMQ	Plano de Melhoria da Qualidade
PM-QUALISS	Programa de Monitoramento da Qualidade
PNAES	Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde
PNASH	Programa de Avaliação de Serviços Hospitalares

PNASS	Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
PNCIRAS	Programa Nacional de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
PNDA	Política Nacional de Dados Abertos
PNE	Plano Nacional de Educação
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
PNS	Plano Nacional de Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>
PROADI-SUS	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde
Pro-Res	Programa de Desenvolvimento das Residências em Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
Rebrats	Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde
REHUF	Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
RJU	Regime Jurídico Único
RNPC	Rede Nacional de Pesquisa Clínica em Hospitais de Ensino
RVA	Remuneração Variável
SAPE	Sistema de Acompanhamento de Projetos Especializados
SBPC	Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
SES	Secretarias Estaduais de Saúde
SEST	Secretaria de Coordenação e Governança das Empresas Estatais
SIAFI	Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal
SIG	Sistema de Informações Gerenciais
SIG-RES	Sistema de Informações Gerenciais dos Programas de Residências da Rede Ebserh
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SIS-REHUF	Sistema de Informações sobre o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários
SGQ	Serviço de Gestão da Qualidade
SMS	Secretarias Municipais de Saúde

SNCTIS	Sistema Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde
SOBRASP	Sociedade Brasileira para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente
SP	São Paulo
STF	Supremo Tribunal Federal
STT	Sistema Integrado de Telemedicina e Telessaúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
TI	Tecnologia da Informação
TO	Tocantins
UBS	Unidade Básica de Saúde
UE	União Europeia
UFCA	Universidade Federal do Cariri
UFLA	Universidade Federal de Lavras
UFT	Universidade Federal de Tocantins
Unesco	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
Unifesp	Universidade Federal de São Paulo
Unops	Escritório das Nações Unidas de Serviços para Projetos
UPA	Unidade de pronto atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
Vigihosp	Aplicativo de Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos Assistenciais Hospitalares
VUCA	<i>Volatility, Uncertainty, Complexity e Ambiguity</i>

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>28</b>
<b>ATO 1 – O PROBLEMA E O CONTEXTO: quando a qualidade não pode esperar .....</b>	<b>31</b>
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>31</b>
1.1 A pergunta e os argumentos centrais que movem a pesquisa .....	31
1.2 A cena inicial e o palco da história .....	33
1.3 Relevância e contribuições da pesquisa .....	36
<b>2 HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS: conceitos e marcos da história.....</b>	<b>40</b>
<b>3 NOVOS MODELOS DE GESTÃO PÚBLICA EM SAÚDE: a escolha pela Ebserh</b>	<b>50</b>
<b>4 QUALIDADE EM SAÚDE: perspectivas globais e locais .....</b>	<b>55</b>
4.1 Vidas perdidas por falhas evitáveis: porque a qualidade importa mundialmente.....	55
4.2 Entre programas e práticas: a qualidade em saúde no Brasil .....	64
4.3 Um olhar sobre a qualidade em saúde na Rede Ebserh .....	69
<b>5 DADOS PARA A QUALIDADE EM SAÚDE: governança, abertura e transparência .....</b>	<b>73</b>
5.1 Delimitação conceitual.....	73
5.2 Principais marcos regulatórios brasileiros .....	75
5.3 Qualidade em saúde guiada por dados: dados abertos como recurso para monitoramento e avaliação .....	79
<b>ATO 2 – OS CONCEITOS E FERRAMENTAS: as lentes para enxergar o fenômeno .....</b>	<b>84</b>
<b>6 CAPACIDADES .....</b>	<b>84</b>
<b>7 ARRANJOS DE IMPLEMENTAÇÃO.....</b>	<b>90</b>
7.1 Mecanismos de governança .....	93
7.2 Instrumentos de governança.....	97
<b>ATO 3 – A JORNADA DA PESQUISA: escolhas e caminhos metodológicos.....</b>	<b>99</b>
<b>8 METODOLOGIA .....</b>	<b>99</b>
8.1 Tipos e técnicas de pesquisa .....	99



8.2	Aprovação e apoio à pesquisa .....	101
8.3	Etapas da pesquisa .....	103
<b>ATO 4 – NAS TRAMAS DA GOVERNANÇA: objetivos, capacidades e arranjos em ação ...</b>		<b>122</b>
<b>9</b>	<b>ENTRE INTENÇÕES E OBJETIVOS: expectativas, proposições da Ebserh e sua relação com a qualidade do cuidado em saúde .....</b>	<b>122</b>
9.1	O que se espera da Ebserh e o que ela se propõe a alcançar .....	122
9.2	Como os objetivos refletem a busca pela qualidade do cuidado em saúde .....	128
<b>10</b>	<b>FERRAMENTAS E RECURSOS: o estoque de capacidades técnico-administrativas da Rede Ebserh .....</b>	<b>130</b>
10.1	Recursos humanos .....	130
10.2	Recursos financeiros .....	135
10.3	Recursos tecnológicos .....	139
10.4	Estratégias de monitoramento e avaliação .....	147
10.5	Publicação de dados abertos .....	156
10.6	Análise do inventário de capacidades técnico-administrativas .....	158
<b>11</b>	<b>REDES DE PODER E DIÁLOGO: o estoque de capacidades político-relacionais da Rede Ebserh .....</b>	<b>161</b>
11.1	Interações institucionalizadas entre atores burocráticos e agentes políticos .....	161
11.2	Canais de participação social .....	166
11.3	<i>Networking</i> e articulações interinstitucionais .....	169
11.4	Mecanismos de articulação com órgãos de controle .....	170
11.5	Análise do inventário de capacidades político-relacionais .....	171
<b>12</b>	<b>ARRANJOS DE IMPLEMENTAÇÃO NA NOVA GOVERNANÇA DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS: como a Ebserh se insere .....</b>	<b>176</b>
12.1	Mapeando os protagonistas: atores e papéis nos arranjos de implementação .....	176
12.2	Instrumentos de coordenação intra e intergovernamentais .....	189
12.3	Mecanismos de governança: compreendendo a Rede Ebserh .....	202
<b>ATO 5 – QUANDO AS PEÇAS SE ENCAIXAM: da trama aos resultados e inferências causais .....</b>		<b>209</b>

<b>13 RESULTADOS ALCANÇADOS: evidências sobre a melhoria da qualidade na Rede Ebserh e inferências causais.....</b>	<b>209</b>
<b>14 INTERAÇÕES QUE TRANSFORMAM: reconfigurações do arranjo de implementação ao longo do tempo e ativação de capacidades.....</b>	<b>224</b>
14.1 Governos Dilma Rousseff (2011–2016) .....	224
14.2 Governo Michel Temer (2016–2018) .....	227
14.3 Governo Jair Bolsonaro (2019–2022).....	230
14.4 Governo Luiz Inácio Lula da Silva (2023–...) .....	232
14.5 Análise comparada dos governos federais .....	235
<b><i>ATO 6 – EPÍLOGO: e agora?</i> .....</b>	<b>239</b>
<b>15 POSSIBILIDADES DE DESENVOLVIMENTO .....</b>	<b>239</b>
15.1 Alavanca 1: transformação na prática clínica na linha de frente .....	243
15.2 Alavanca 2: definição de padrões de qualidade .....	244
15.3 Alavanca 3: Engajamento e empoderamento de pacientes, famílias e comunidades .....	245
15.4 Alavanca 4: Informação e capacitação para profissionais, gestores e formuladores de políticas .....	246
15.5 Alavanca 5: Implementação de programas e metodologias de melhoria contínua da qualidade .....	248
15.6 Alavanca 6: criação de incentivos baseados em desempenho .....	249
15.7 Alavanca 7: Adoção de instrumentos legais e regulatórios .....	250
15.8 Integração das alavancas da qualidade.....	251
<b>16 LIMITAÇÕES.....</b>	<b>252</b>
<b>17 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>254</b>
17.1 Principais achados.....	254
17.2 Perspectivas para estudos futuros .....	259
17.3 Agendas futuras.....	260
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>263</b>

<b>APÊNDICE A – CASO DE ENSINO – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: O DILEMA DE UM NOVO MODELO DE GOVERNANÇA .....</b>	<b>263</b>
<b>APÊNDICE B – ARTIGO ORIGINAL – DADOS ABERTOS: UMA ANÁLISE DA EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES E DE SUA REDE DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS.....</b>	<b>319</b>
<b>APÊNDICE C – ARTIGO – EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES: UMA REVISÃO RÁPIDA SOBRE A MELHORIA DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS NOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS .....</b>	<b>344</b>
<b>APÊNDICE D – HOSPITAIS CUJAS UNIVERSIDADES ASSINARAM CONTRATO DE GESTÃO COM A EBSERH EM 2013.....</b>	<b>374</b>
<b>APÊNDICE E – COMPARATIVO DE INDICADORES DOS PLANOS DE REESTRUTURAÇÃO DOS HUF, CONTRATO DE OBJETIVOS DO PRHOSUS, ACORDO ORGANIZATIVO DE COMPROMISSOS E PLANO DE NEGÓCIOS 2025.</b>	<b>375</b>
<b>APÊNDICE F – INDICADORES DE QUALIDADE EM SAÚDE E SEGURANÇA DO PACIENTE RECOMENDADOS POR POLÍTICA, PROGRAMAS E PROTOCOLOS NACIONAIS .....</b>	<b>380</b>
<b>APÊNDICE G – POLICY BRIEF – MELHORIA DA QUALIDADE NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS COM A ADEÇÃO À EBSERH: O QUE DIZEM AS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS .....</b>	<b>382</b>
<b>APÊNDICE H – MINUTA DE POLÍTICA DA QUALIDADE PARA A REDE EBSERH.</b>	<b>392</b>
<b>APÊNDICE I – SISTEMAS OFICIAIS NACIONAIS E ESTADUAIS UTILIZADOS PELA REDE EBSERH.....</b>	<b>408</b>
<b>APÊNDICE J – SISTEMAS DESENVOLVIDOS OU CONTRATADOS ISOLADAMENTE NOS HOSPITAIS DA REDE EBSERH.....</b>	<b>410</b>
<b>ANEXO A – ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DA EBSERH.....</b>	<b>416</b>

## APRESENTAÇÃO

Esta pesquisa investiga como a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) tem influenciado a qualidade do cuidado em saúde nos hospitais universitários federais (HUF), considerando a ativação de capacidades por meio de arranjos de implementação. Dentre as capacidades (des)ativadas, dá-se destaque à publicação de dados abertos como recurso para monitoramento e avaliação de políticas públicas.

A tese está organizada em seis atos, que estruturam a narrativa de forma a guiar o leitor desde a apresentação do problema até a análise dos resultados e suas implicações. A opção pela estrutura em atos se inspira na dramaturgia, mas tem aqui a função de organizar a narrativa científica em blocos de sentido. Essa escolha busca dar clareza ao percurso da pesquisa, aproximar o leitor da complexidade do fenômeno e transmitir, de forma didática e envolvente, o movimento da investigação. Cada ato cumpre um papel específico na construção do argumento, compondo, em conjunto, a trama analítica da tese.

Essa organização permite ao leitor acompanhar a tese como uma jornada analítica: apresentar o problema, fornecer as ferramentas conceituais, mostrar o caminho da pesquisa, revelar as descobertas, interpretar os mecanismos em ação, construir possibilidades e, finalmente, refletir sobre os aprendizados e próximos passos.

A estrutura adota um formato híbrido, incorporando dois artigos, um caso de ensino, um *policy brief* e uma minuta de política da qualidade como materiais complementares apresentados nos apêndices. As referências bibliográficas específicas encontram-se ao final de cada estudo, enquanto as referências gerais da tese estão reunidas ao término do documento.

A seguir, apresenta-se o roteiro da jornada, ou seja, como esta tese se desdobra:

- ATO 1 – O PROBLEMA E O CONTEXTO: quando a qualidade não pode esperar

O primeiro ato apresenta o cenário que motivou a pesquisa. São introduzidos a pergunta central e os argumentos que orientam o estudo, bem como a relevância do tema e a delimitação do escopo. O leitor conhece o palco da investigação: os HUF, sua história e papel singular no SUS, e o contexto político-institucional que levou à criação da Ebserh. Neste ato, também se contextualiza os novos modelos de contratação no setor público, a qualidade do cuidado em saúde, abordando perspectivas globais, nacionais e na própria Rede Ebserh, e se apresenta o papel dos dados abertos como recurso para monitoramento e avaliação da qualidade.

- ATO 2 – OS CONCEITOS E FERRAMENTAS: as lentes para enxergar o fenômeno

O segundo ato fornece as bases conceituais e teóricas da pesquisa, oferecendo as lentes para interpretar os fenômenos observados. São apresentados os conceitos de capacidades, arranjos de implementação, mecanismos e instrumentos de governança, articulando a literatura nacional e internacional sobre o tema. Este ato estabelece a estrutura analítica que permitirá compreender como a Ebserh atua na melhoria da qualidade do cuidado em saúde.

- ATO 3 – A JORNADA DA PESQUISA: escolhas e caminhos metodológicos

O terceiro ato detalha a metodologia utilizada. São descritos os tipos e técnicas de pesquisa adotadas, os procedimentos de aprovação e apoio institucional, e as etapas de pesquisa segundo a lente analítica empregada.

- ATO 4 – NAS TRAMAS DA GOVERNANÇA: objetivos, capacidades e arranjos em ação

No quarto ato, apresenta-se inicialmente os objetivos pretendidos com a Ebserh, os definidos em sua estratégia e o alinhamento destes com a qualidade do cuidado.

Em seguida, são descritos os estoques de capacidades da Rede Ebserh, organizados por categorias analíticas: técnico-administrativas (recursos humanos, financeiros, tecnológicos, estratégias de monitoramento e avaliação, e publicação de dados abertos) e político-relacionais (interações entre atores burocráticos e agentes políticos, canais de participação social, *networking* e articulações interinstitucionais). Dentre as capacidades, é abordada com destaque a publicação de dados abertos, incluindo o artigo original elaborado em sua totalidade.

Por fim, são apresentados os arranjos de implementação que articulam a Rede de HUF (os atores e papéis, os instrumentos e mecanismos de governança), demonstrando as interações internas e externas que sustentam a implementação do modelo Ebserh.

- ATO 5 – QUANDO AS PEÇAS SE ENCAIXAM: da trama aos resultados e inferências causais

O quinto ato apresenta os resultados alcançados em relação à melhoria da qualidade nos HUF após a gestão da Ebserh, apresentando o artigo de revisão rápida elaborado na íntegra, organizado em uma sequência que demonstra a busca por evidências, sistematização e análise.

Explora na sequência como as interações entre atores, instrumentos e arranjos de implementação ativam as capacidades estatais, apresentando inferências causais que explicam os

resultados. A narrativa conecta teoria e prática, demonstrando de forma integrada como os elementos observados se articulam para produzir efeitos na Rede Ebserh.

Apresenta ainda uma análise dos diferentes governos federais, desde 2011, mostrando como cada administração influenciou a configuração dos arranjos de implementação e a ativação de capacidades.

- ATO 6 – EPÍLOGO: e agora?

O sexto ato apresenta as possibilidades de desenvolvimento, as limitações do estudo e as considerações finais. Retoma os principais achados, discute as implicações para o campo da implementação de políticas públicas e sugere caminhos para pesquisas e agendas futuras.

## **ATO 1 – O PROBLEMA E O CONTEXTO: quando a qualidade não pode esperar**

Em saúde, o tempo é uma variável implacável. Cada dia em que a qualidade do cuidado não é priorizada significa vidas perdidas, sequelas evitáveis e recursos desperdiçados. Nesta primeira parte, o leitor encontra a pergunta central que move a investigação e que guiará todo o percurso analítico desta tese. Abre-se o pano de fundo da pesquisa: o cenário dos Hospitais Universitários Federais (HUF), o papel singular que ocupam no Sistema Único de Saúde (SUS), o contexto político-institucional que levou à criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) e a interseção entre qualidade em saúde e dados abertos: de um lado, a necessidade urgente de melhorar o cuidado em saúde; de outro, a oportunidade de usar a informação como alavanca para a mudança.

## **1 INTRODUÇÃO**

### **1.1 A pergunta e os argumentos centrais que movem a pesquisa**

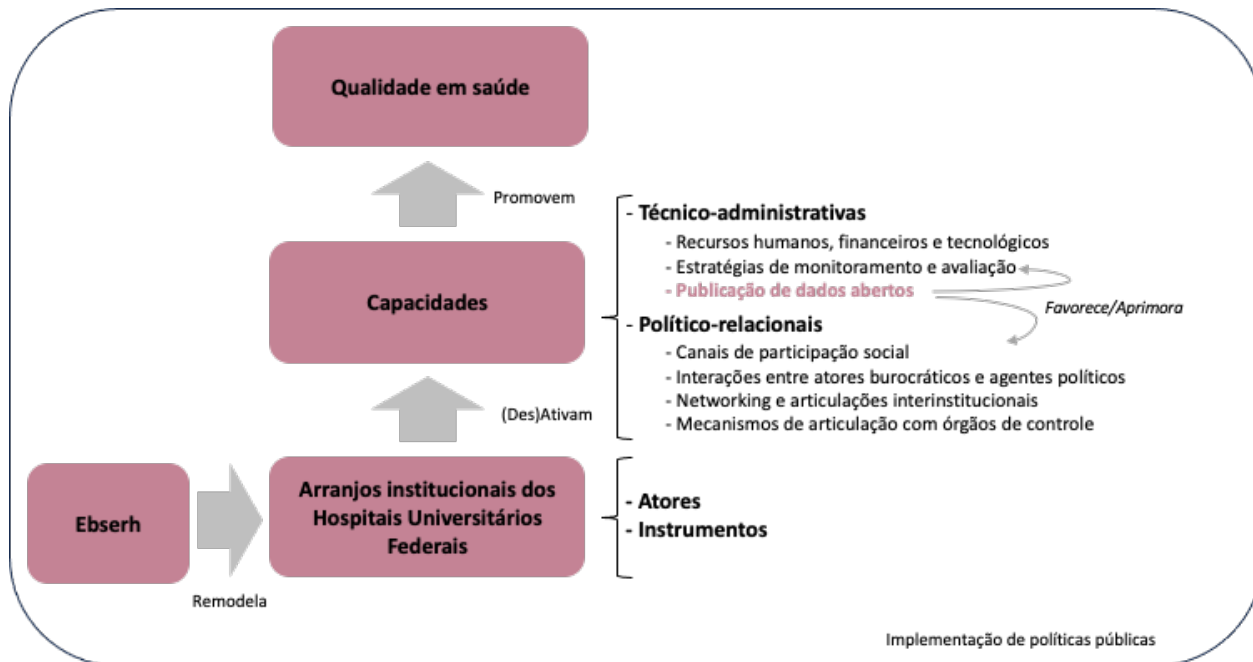
Esta pesquisa busca responder a seguinte questão central: como a atuação da Ebserh tem influenciado a qualidade do cuidado em saúde nos HUF, considerando os arranjos de implementação e a ativação de capacidades estatais (em especial a publicação de dados abertos)?

A motivação para a realização deste estudo advém da atuação profissional da pesquisadora<sup>1</sup> na Administração Central da Ebserh, associada aos conhecimentos agregados relativos à avaliação de políticas públicas e monitoramento de programas na gestão pública que contribuíram para o reconhecimento da relevância desta pesquisa como será apresentado a seguir.

A estrutura dos argumentos centrais desta tese pode ser explicada com base no diagrama apresentado na **Figura 1**. Ele ilustra a inter-relação entre as principais dimensões de análise: arranjos institucionais, capacidades, dados abertos e qualidade em saúde, todos inseridos no contexto mais amplo da implementação de políticas públicas.

---

<sup>1</sup>As atividades da pesquisadora no Serviço de Gestão da Qualidade (SGQ) da Coordenadoria de Gestão da Clínica (CGC) da Diretoria de Atenção à Saúde (DAS) estão relacionadas ao planejamento, monitoramento e avaliação da qualidade dos HUF da Rede Ebserh.

**Figura 1** – Principais eixos de análise e argumentos centrais da pesquisa

Fonte: elaboração própria (2025) com base na abordagem analítica de Pires e Gomide (2018).

A implementação de políticas públicas na área da saúde é um processo dinâmico que envolve múltiplos atores, instrumentos e desafios institucionais. Como apontam Pires e Gomide (2018), o “sucesso e a efetividade de toda política, pelo menos em parte, pode ser tributado ao seu modelo de governança”. No caso dos HUF, a melhoria da qualidade em saúde e a abertura de dados podem ser analisadas sob essa perspectiva, considerando a adoção de um novo modelo de governança advindo com a Ebserh. Como indicam os fluxos do diagrama (**Figura 1**):

- a) a criação da Ebserh remodelou os arranjos institucionais dos HUF, incluindo novos atores e instrumentos de governança, e alterando a dinâmica de interação entre estes;
- b) os novos arranjos de implementação formados (atores e instrumentos) ativam e desativam capacidades estatais que estão associadas à prestação dos serviços e à qualidade em saúde;
- c) as capacidades técnico-administrativas e político-relacionais ativadas ou desativadas pelos arranjos impactam a qualidade do cuidado em saúde nos HUF, podendo promover melhorias; e



- d) capacidades técnico-administrativas ativadas, como a publicação de dados abertos, podem favorecer outras capacidades técnico-administrativas, como as estratégias de monitoramento e avaliação, e político-relacionais, como os canais de participação social, fornecendo informações que permitem aprimorar a gestão hospitalar e os processos assistenciais, melhorando a transparência e o controle social e potencializando os resultados em qualidade.

Essa estrutura orienta a construção dos argumentos centrais da pesquisa, permitindo uma análise crítica sobre os efeitos da atuação da Ebserh para a melhoria da qualidade do cuidado em saúde e dados abertos nos HUF.

## 1.2 A cena inicial e o palco da história

A qualidade do cuidado em saúde ainda apresenta níveis insatisfatórios em grande parte do mundo, sendo difícil mensurá-la. Estimativas sugerem que entre 5,7 e 8,4 milhões de pessoas morrem todos os anos em decorrência de cuidados de baixa qualidade em países de baixa e média renda (Berwick; Snair; Nishtar, 2018), o que evidencia a magnitude do problema. No mesmo sentido, estudo da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) indica que cerca de 15% das despesas hospitalares são destinadas ao tratamento de danos<sup>2</sup> causados aos próprios pacientes, muitos dos quais poderiam ser evitados, evidenciando o impacto financeiro da falta de segurança na assistência à saúde<sup>3</sup> (Slawomirski; Auraaen; Klazinga, 2017). Estima-se que esses danos reduzem a produção econômica global em trilhões de dólares a cada ano (Slawomirski; Klazinga, 2022). Esses dados reforçam a compreensão de que segurança do paciente<sup>4</sup> deve ser vista como estratégia racional de gestão e de sustentabilidade uma vez que os custos para prevenir

---

<sup>2</sup>Dano ao paciente é qualquer dano não intencional e desnecessário resultante ou contribuído pelos cuidados de saúde, o que inclui a ausência de tratamento indicado (Organização Mundial de Saúde, 2011).

<sup>3</sup>Qualidade em saúde corresponde à medida em que os serviços de saúde prestados a indivíduos e populações aumentam a probabilidade de alcançar os resultados desejados em saúde, de forma consistente com os conhecimentos profissionais e científicos vigentes (Institute of Medicine [IOM], 2001).

<sup>4</sup>Segurança do paciente é uma das dimensões da qualidade que tem adquirido grande importância para a sociedade, gestores e profissionais de saúde em todo o mundo com a finalidade de oferecer uma assistência segura e de qualidade (Brasil, 2024a). Envolve um conjunto de princípios, práticas e medidas voltados para prevenir, reduzir e mitigar os riscos, erros e danos que possam ocorrer durante o cuidado em saúde, garantindo que o paciente receba assistência segura e de qualidade (Organização Mundial de Saúde, 2011). Portanto, trata-se de um componente essencial dos sistemas de saúde e que requer investimento sustentado de todas as partes interessadas.

eventos adversos<sup>5</sup> são significativamente menores do que os custos relacionados ao seu tratamento (Slawomirski; Klazinga, 2022).

Nesse contexto, observa-se uma crescente mobilização em torno da qualificação do cuidado em saúde e da promoção de modelos assistenciais mais seguros e sustentáveis do ponto de vista financeiro (Associação Nacional de Hospitais Privados; Wolters Kluwer, 2024). Instituições como a Organização Mundial da Saúde (OMS), a União Europeia (UE) e o G20 têm incorporado esse tema de forma crescente às pautas prioritárias da saúde pública. Do ponto de vista econômico, há um claro potencial de retorno sobre os investimentos feitos nessa área, tanto em termos financeiros quanto na geração de valor social.

No entanto, a maior visibilidade dada recentemente ao tema ainda não se converteu em ações concretas e abrangentes. Frente à magnitude do desafio, as intervenções e os recursos alocados permanecem aquém do necessário, sendo urgente reverter esse cenário (Slawomirski; Klazinga, 2022). Esse movimento também incide sobre os HUF, que desempenham um papel estratégico para os sistemas de saúde e de educação brasileiros, atuando como centros de ensino, pesquisa e assistência à saúde de média e alta complexidade. Historicamente, os HUF enfrentam limitações estruturais e de gestão que dificultam a consolidação de práticas voltadas à melhoria da qualidade e segurança do paciente.

Nesse cenário, a criação da Ebserh, em 2011, visava fortalecer a governança e ampliar a eficiência dos HUF, promovendo melhorias na gestão dessas instituições e avanços na qualidade da assistência à saúde (Brasil, 2011b). Concebida como uma empresa pública de direito privado, vinculada ao Ministério da Educação (MEC), a Ebserh trouxe flexibilidade administrativa ao permitir a contratação de profissionais por meio de concursos públicos regidos pela Consolidação das Leis de Trabalho (CLT) para substituir o vínculo precário de trabalho existente, desvinculando do Regime Jurídico Único (RJU) e facilitando a gestão de pessoal.

A adoção desse novo modelo de governança para os HUF visava também reestruturar e modernizar as unidades hospitalares, melhorando sua infraestrutura física e tecnológica, implantar padrões de qualidade e protocolos de atendimento, promover maior eficiência administrativa, com foco na transparência e na otimização, padronizar processos administrativos e assistenciais, mantendo o caráter público e universitário dos HUF, com integração ao SUS.

---

<sup>5</sup>Evento adverso é um incidente durante o atendimento que resulta em dano ao paciente. Ex.: erros de medicação, infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), quedas do paciente, lesões de pressão, erro de diagnóstico (Organização Mundial de Saúde, 2011)

O contexto de sua criação está relacionado a dificuldades estruturais e operacionais enfrentadas pelos HUF, que comprometiam o atendimento à população, a qualidade do cuidado em saúde, do ensino e da pesquisa, incluindo a limitação de recursos financeiros e materiais; déficit de profissionais e precarização do trabalho (contratações temporárias ou terceirizadas) devido a restrições de concursos públicos; déficit orçamentário e dependência de recursos das universidades, que tinham dificuldades para manter os HUF; infraestruturas hospitalares deterioradas e necessidade de modernização tecnológica; demanda por uma gestão profissionalizada; e crescente pressão por melhorias da qualidade do atendimento à população no âmbito do SUS (Brasil, 2011b, 2013b).

Apesar da fundamentação para sua concepção, a criação da Ebserh dividiu a opinião de especialistas, pesquisadores e da sociedade de forma geral, levantando o debate sobre a aplicabilidade de criação de uma empresa pública para essa finalidade e o potencial dos contratos de gestão firmados com as universidades federais para reestruturação dos HUF (Andreazzi, 2013; Gomes, 2016; Palhares; Cunha, 2014; Rodrigues et al., 2017; Vieira, 2016). Muitas das discussões são calcadas em ideologias que perpassam o debate da presença estatal versus sua dissolução, trazendo aspectos da reforma gerencial para a gestão por resultados (Gomes, 2016; Vieira, 2016).

A adoção da Ebserh como modelo de gestão para os HUF representa uma mudança significativa na governança hospitalar. Com a reestruturação proposta para os HUF, esperava-se a efetiva participação dessas instituições na Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS, bem como melhorias nos processos assistenciais, reduzindo riscos de eventos adversos e ampliando a qualidade do cuidado e a segurança do paciente. No entanto, mais de uma década após sua implementação, ainda permanece um intenso debate sobre os reais impactos desse novo modelo de governança dos HUF na qualidade dos serviços hospitalares, especialmente em relação à melhoria da assistência e à ampliação da transparência via dados abertos.

No contexto do federalismo cooperativo brasileiro e da multiplicidade de esferas decisórias, há desafios adicionais à implementação de políticas públicas. A descentralização do SUS e a autonomia universitária, por exemplo, criam arranjos institucionais complexos nos quais os papéis e responsabilidades nem sempre estão claramente definidos ou aceitos. A coexistência de normas federais, estruturas de gestão hospitalar (como a Ebserh) e práticas locais reforçam a necessidade de compreender a implementação como uma prática situada, que depende da articulação entre diferentes níveis e instituições, muitas vezes com interesses divergentes.

Segundo Hartz e Silva (2005), diversos fatores podem influenciar a operacionalização de uma intervenção em saúde. Embora os contratos de gestão tenham sido celebrados entre as universidades e a Ebserh e os planos de reestruturação estejam em execução nos HUF, dada a atenção e o envolvimento da governança com a qualidade, a diversidade de hospitais da Rede e as suas características heterogêneas, a melhoria da qualidade na assistência à saúde pode ainda não ter sido evidenciada nas 45 unidades hospitalares geridas pela Ebserh (88% dos HUF do Brasil). Como aponta Diegoli (2022), “em todos os sistemas de saúde, profissionais de saúde bem treinados e bem-intencionados, sem saber, oferecem diferentes quantidades e qualidade de atendimento em todas as regiões”.

### **1.3 Relevância e contribuições da pesquisa**

Em revisão bibliográfica conduzida por Vieira (2016), identificou-se que a produção científica acerca da gestão da Ebserh é reduzida: seis dissertações e teses e 14 artigos publicados no período de 2006 a 2015. Tal produção volta-se, principalmente, à comparação entre a gestão da Ebserh e os princípios e diretrizes do SUS, avaliação de desempenho dos HUF, implicações do modelo de gestão da Ebserh nos HUF e ferramentas para profissionalização da gestão (Vieira, 2016).

Apesar dos relatos da literatura sobre a implantação da avaliação da qualidade na rede Ebserh e dos seus resultados (Sasso, 2018; Sasso et al., 2021a, 2021b; Silva et al., 2022), ainda não se verificam estudos de avaliação sistematizada do impacto da gestão da Ebserh sob os aspectos de governança e melhoria da qualidade da assistência à saúde dos HUF após 13 anos de criação dessa empresa pública e estabelecimento dos primeiros contratos de gestão.

A ausência desses estudos pode ser explicada por vários fatores, entre eles a recente consolidação do novo modelo de gestão. Embora a Ebserh tenha sido criada em 2011, a transição dos HUF para esse modelo não ocorreu simultaneamente em todas as unidades, bem como foi envolta por processos complexos de implementação, o que pode ter dificultado a estruturação de estudos avaliativos de longo prazo. A ausência de bases de dados unificadas e organizadas também pode ter dificultado análises comparativas e estudos longitudinais sobre o impacto da gestão da Ebserh.

Outro motivo associa-se à prioridade dada pela Ebserh para avaliações operacionais e de cumprimento de metas contratualizadas pelos HUF a nível local. Além disso, em alguns casos, simplesmente não há vontade política para promover avaliações mais aprofundadas. Soma-se a isso o fato de haver pouco incentivo e financiamento específico a pesquisas avaliativas nessa área, o que dificulta a realização de estudos abrangentes e independentes.

Importante considerar os desafios metodológicos e o tempo necessário para condução dos estudos de pesquisa avaliativa. Avaliar o impacto da Ebserh em diferentes processos e áreas requer um desenho metodológico complexo, incluindo a comparação entre HUF sob gestão da estatal e aqueles que permanecem sob gestão direta das universidades ou entre os períodos antes e após a adesão à empresa. Além disso, como os HUF operam em um contexto de políticas públicas dinâmicas, isolar os efeitos da gestão da Ebserh de outros fatores externos se torna um grande desafio.

Entretanto, esse cenário não indica que a Ebserh não tenha gerado resultados relevantes, mas sim que há desafios estruturais, metodológicos e institucionais para a produção dessas avaliações. Para superar essa lacuna do conhecimento, faz-se necessário um esforço coordenado entre pesquisadores, universidades, órgãos de controle e a própria estatal e sua Rede de HUF para fomentar estudos independentes, bem como melhorias na disponibilização de dados. Pretende-se, com esta tese, suprir parte desta lacuna do conhecimento.

Na perspectiva de um Doutorado Profissional, esta pesquisa mostra sua relevância, estando diretamente relacionada a essa necessidade de integração de ideias e esforços entre a academia, a sociedade e o Estado para que conhecimentos sejam formados e efetivamente aplicados em produtos e soluções para melhorias organizacionais.

A relevância desta pesquisa reside também na crescente exigência por políticas baseadas em evidências, aliada à necessidade de um sistema de saúde orientado por mecanismos robustos de monitoramento e avaliação e mais transparente. A necessidade de compreender e aprimorar a qualidade do cuidado nos HUF no Brasil, garantindo que essas instituições cumpram suas missões na saúde, ensino e pesquisa tendo como pilares as práticas da boa governança, reforçam a importância desta análise.

Esta tese sustenta-se ainda na importância desse tipo de estudo e da avaliação em saúde para maior efetividade, eficiência, desempenho, transparência e *accountability* na gestão pública; e na relevância de pesquisas avaliativas para a melhoria da qualidade dos serviços nas redes de

atenção à saúde e ensino do Estado brasileiro. Estudos nesse sentido, além de colaborarem para a execução das políticas em curso (aprimoramento, redesenho e reestruturação), podem trazer elementos essenciais para o desenho de novas políticas.

Além disso, o estudo contribui para a avaliação da implementação de políticas públicas na área da saúde, oferecendo subsídios para aperfeiçoamento dos modelos de gestão hospitalar no setor público. O monitoramento e a avaliação da qualidade da atenção hospitalar são fundamentais para identificação de oportunidades de melhoria e redução da variabilidade entre as instituições do SUS (Schilling; Portela; Martins, 2024).

Ademais, mantendo-se a execução de políticas públicas por estatais, é fundamental analisar a eficácia e eficiência dessas instituições e como aumentá-las (Lazzarini, 2019). Como aponta a OCDE (2016, p. 32):

Sempre que uma empresa pública é incumbida da prestação de serviços públicos, é necessário fazer algumas considerações quanto à eficiência. Os cidadãos são mais bem atendidos quando os serviços são prestados de forma eficiente e transparente, e quando nenhum uso alternativo dos mesmos recursos públicos poderia produzir melhores serviços. Essas considerações devem orientar as decisões dos formuladores de políticas públicas de atribuir às empresas públicas a tarefa de prestar serviços para objetivos de interesse geral [tradução livre].

Os estudos de implementação de políticas públicas têm aumentado nos últimos anos (Lotta, 2021). No Brasil, há ainda um grande percurso a ser percorrido para alcançar um corpo robusto de pesquisas sobre o tema, havendo espaço para uma agenda de estudos de variados temas que avancem na construção da compreensão sobre o processo de implementação, que avaliem como as políticas têm sido entregues, a relação dos diferentes atores na sua execução, como são alteradas e os resultados que efetivamente têm gerado para a sociedade (Lotta et al., 2018). Dentre esses temas, merece aprofundamento a “compreensão dos processos de implementação intersetoriais, que envolvem burocracias de diferentes áreas” (Lotta et al., 2018).

A presente pesquisa segue nesta direção, ao buscar compreender a influência da implementação da Ebserh na qualidade do cuidado em saúde e na disponibilização de dados abertos nos HUF, considerando um arranjo intersetorial de múltiplos HUF e IFES, além de outras burocracias de diferentes áreas (saúde, educação, ciência, tecnologia e inovação).

Cabe ressaltar ainda que este estudo emprega uma abordagem analítica, da ativação de capacidades estatais por meios dos arranjos de implementação, atualizada recentemente (Pires; Gomide, 2024) e que ainda não foi aplicada nos estudos de políticas relativos à Ebserh. O foco de análise de nível intermediário (meso) desta abordagem relaciona-se ao:

conjunto de ações e processos envolvendo múltiplos atores, instrumentos e procedimentos, responsáveis por colocar as políticas públicas em operação. Esse enfoque permite-nos tomar as variações em modos de implementação de políticas públicas (Quem faz o quê? Como? Onde? E quando?) como terreno privilegiado para exploração analítica das capacidades estatais em ação, a partir de suas diferentes manifestações e repercussões sobre o desempenho das políticas (...) (Pires; Gomide, 2024)

As abordagens contemporâneas, ao enfatizarem o papel das instituições, dos atores e do contexto, oferecem ferramentas mais robustas para analisar como políticas são moldadas no terreno e como se produzem variações nos resultados mesmo diante de diretrizes nacionais comuns. Tais abordagens ampliam o escopo analítico para além da dicotomia *top-down/bottom-up*, conferindo maior sensibilidade à complexidade das interações institucionais e ao papel dos múltiplos atores envolvidos na execução das políticas, reconhecendo que a implementação não é meramente técnica, mas sim profundamente política. Ela envolve disputas de interesses, reinterpretações de objetivos e reconfiguração de prioridades. Além disso, o campo ampliou seu foco para incluir diferentes camadas da burocracia, reconhecendo o papel estratégico de atores não estatais no processo de tradução das políticas.

## 2 HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS: conceitos e marcos da história

O conceito de hospital remonta ao século IV, estando inicialmente relacionado às instituições que cuidavam dos enfermos e das enfermidades (Araújo; Leta, 2014). Desde então, diversas mudanças conceituais e organizacionais puderam ser verificadas em decorrência de evoluções sociais, políticas e do conhecimento científico, em um processo de redefinição do papel central dessas instituições associado à ressignificação do cuidado em saúde e de integração ao ensino e pesquisa (**Quadro 1**).

**Quadro 1** – Alguns marcos da história dos hospitais

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

Fonte: Araújo e Leta (2014).

Segundo as normativas nacionais de saúde:

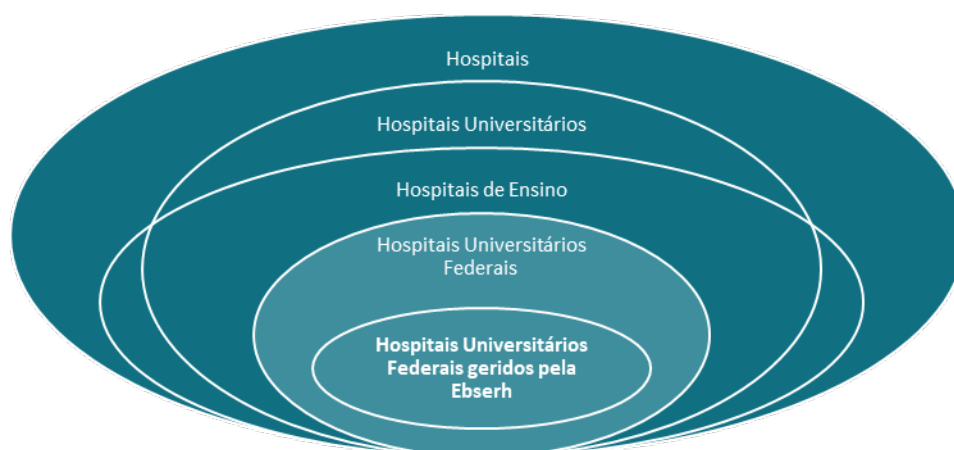
Os hospitais são instituição complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação (Brasil, 2017a).

Em 2024, totalizavam 7.232 hospitais no Brasil, sendo que mais de 60% prestavam serviços ao SUS (Brasil, 2024a). Além da assistência, os hospitais constituem-se em espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa e avaliação de tecnologias em saúde para a RAS (Brasil, 2017a). Apesar dessa integração dos hospitais ao ensino e pesquisa de forma geral, emergiram categorizações específicas para os estabelecimentos de saúde envolvidos nessas atividades no Brasil.



Corriqueiramente, o termo Hospitais Universitários (HU) é utilizado como sinônimo de Hospitais de Ensino (HE), mas observa-se uma diferenciação entre estes. Para o MEC e Ministério da Saúde (MS), os HE são os estabelecimentos de saúde pertencentes ou conveniados a uma Instituição de Ensino Superior, seja ela pública ou privada, que são campo de prática para o ensino na área da saúde e que tenham sido certificados por esses órgãos conforme as diretrizes da Portaria Interministerial MEC-MS nº 285, de 2015 (Brasil, 2025c). Portanto, nem todos os HE são HU, bem como nem todos HU são HE, somente aqueles certificados pela referida normativa. Dentre os HU, há aqueles controlados por órgãos federais, que são denominados como HUF e, dentre estes (n = 51), alguns (n = 45) são geridos pela Ebserh (**Figura 2**).

**Figura 2** – Categorização dos hospitais

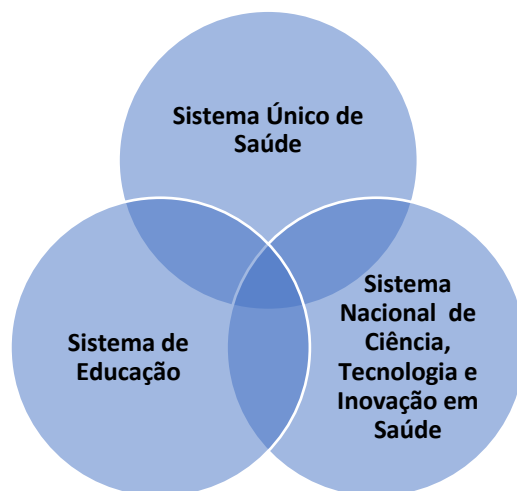


Obs: Nem todos os HE são HU e nem todos os HUF geridos pela Ebserh são HE.

Fonte: elaboração própria (2025).

No Brasil, os HUF são centros de formação de recursos humanos e de atenção à saúde de média e alta complexidade para o SUS, que apoiam a pesquisa e inovação para esse setor e que possuem papel fundamental para a efetiva integração dos sistemas de saúde e de educação (Machado; Kuchenbecker, 2007), considerando, nesse último, a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão. Assim, na perspectiva da governança dos HUF, atores, vínculos e regras de três grandes sistemas estão envolvidos: SUS, Sistema de Educação e Sistema Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (SNCTIS) (**Figura 3**).

**Figura 3** – Integração de sistemas na perspectiva de governança dos hospitais universitários federais



Fonte: elaboração própria (2025).

Tais sistemas se complementam na governança dos HUF: o SUS provê o marco normativo e a estrutura de financiamento da assistência em saúde, estabelecendo diretrizes para a organização e a qualidade do cuidado; o Sistema de Educação assegura a formação acadêmica e profissional, fornecendo recursos financeiros para a contratação de residentes e pagamento de servidores; e o SNCTIS potencializa a geração e a aplicação de conhecimento científico e tecnológico, criando condições para inovação em processos, tecnologias e modelos de atenção. Na prática, essa articulação viabiliza que os HUF operem como ambientes integrados de cuidado, aprendizagem e produção de conhecimento, nos quais as demandas assistenciais retroalimentam agendas de pesquisa e formação, enquanto os avanços científicos e a qualificação profissional retornam para o SUS em forma de melhorias na atenção à saúde.

Essa dinâmica fortalece a sustentabilidade dos HUF, garantindo que a assistência, o ensino, a extensão, a pesquisa e a inovação caminhem de forma alinhada, beneficiando tanto a sociedade em geral quanto a comunidade acadêmica. Essa interseção é fundamental para que os HUF cumpram sua missão de oferecer assistência à saúde, formar profissionais qualificados e fomentar a pesquisa e a inovação.

A base desse modelo é o SUS. Os HUF desempenham um papel estratégico na RAS para casos que exigem maior especialização na assistência hospitalar. Além da oferta de serviços à

população de forma universal, servem como espaços de aprendizado, campos de prática e aprimoramento contínuo para profissionais de saúde.

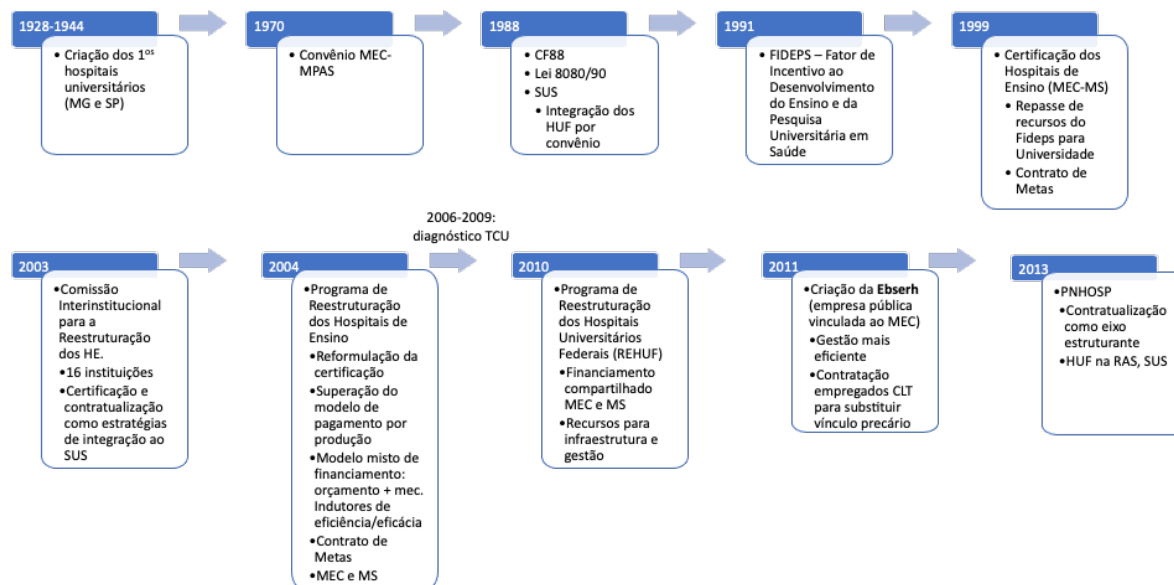
O Sistema de Educação é outro elo essencial, pois os HUF estão diretamente vinculados às universidades federais. A presença de estudantes, residentes e professores nos HUF fortalece a articulação entre teoria e prática, garantindo uma formação acadêmica baseada em experiências reais. Além disso, a extensão universitária permite que os conhecimentos produzidos sejam aplicados na comunidade, promovendo impacto social positivo.

Já o SNCTIS impulsiona a produção de conhecimento e o desenvolvimento de novas tecnologias, contribuindo para a modernização do SUS. A pesquisa clínica realizada nos HUF gera evidências científicas que podem ser incorporadas às práticas assistenciais, melhorando a qualidade do atendimento e a eficiência dos serviços prestados. Além disso, a inovação tecnológica favorece o desenvolvimento de novos métodos diagnósticos, terapêuticos e de gestão hospitalar.

Ao longo da história, a interação entre esses sistemas é envolta por conflitos, advindos, muitas vezes, do formato de criação dos HUF e das dificuldades de articulação entre os órgãos refletidas em ações não integradas para cumprimento das diferentes missões.

Desde a criação dos primeiros HUF no Brasil, significativas alterações ocorreram na governança dessas instituições, tanto nos arranjos institucionais, capacidades e dinâmica dos atores. Tais mudanças são reflexo da evolução do conhecimento quanto à complexidade dos HUF, das modificações nos sistemas em que se inserem, da crise pela qual passaram esses hospitais e da necessidade de uma visão multifacetada sobre o contexto dos HUF.

Os primeiros HUF foram criados no Brasil no século XX nos estados de Minas Gerais e São Paulo com o objetivo de ser criar campo de prática para as universidades, principalmente para o ensino médico, seguindo a influência do movimento internacional gerado pelo Relatório Flexner (1910), que apontava problemas no ensino médico nos EUA e Canadá e recomendava a alteração curricular e a construção de hospital próprio para integração da pesquisa ao ensino e assistência (Araújo; Leta, 2014; Pagliosa; Da Ros, 2008). Atualmente, envolvem uma rede hospitalar ampla e complexa, composta por 51 HUF vinculados a 36 Instituições Federais de Ensino Superior (IFES) – universidades federais – brasileiras. Desde sua criação, “mudanças ampliaram o papel do hospital e o colocaram como uma peça-chave (mas não a única) do sistema nacional de saúde” (Araújo; Leta, 2014) (**Figura 4**).

**Figura 4** – Marcos históricos principais da governança dos hospitais universitários federais

CF: Constituição Federal. CLT: Consolidação das Leis de Trabalho. Fideps: Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária em Saúde. HE: Hospitais de Ensino. HUF: Hospitais Universitários Federais. MEC: Ministério da Educação. MG: Minas Gerais. MPAS: Ministério da Previdência e Assistência Social. MS: Ministério da Saúde. PNHOSP: Política Nacional de Atenção Hospitalar. RAS: Rede de Atenção à Saúde. REHUF: Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais. SP: São Paulo. SUS: Sistema Único de Saúde. TCU: Tribunal de Contas da União.

Fonte: elaboração própria (2025).

Após sua criação, o primeiro marco de destaque data de 1970, quando ocorreu o estabelecimento do convênio entre o MEC e o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) para financiamento dos hospitais.

Em 1988, com a Constituição Federal, a saúde foi estabelecida como direito de todos e dever do Estado, definindo como competências do SUS a formação de recursos humanos na área da saúde, bem como o desenvolvimento científico e tecnológico (Brasil, 1988). Nesse sentido, de forma a regular as ações e serviços de saúde, foi sancionada a Lei nº 8080, de 1990 (Brasil, 1990a). Nesse período, os HUF foram integrados ao SUS por meio de convênio, passando, então, a serem remunerados por esse sistema.

Em 1991, houve a criação do Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária em Saúde (Fideps), voltado especificamente aos HE. Como condicionalidade para repasse do Fideps para as universidades, em 1999, foi estabelecida a Certificação dos HE pelo MEC e MS. Assim, para serem reconhecidos como HE, tais instituições precisavam cumprir uma série de requisitos (Reis; Cecílio, 2009). Entretanto, embora o objetivo

do Fideps fosse fortalecer o ensino e a pesquisa nos HE e promover sua integração ao SUS, isso acabou não ocorrendo de fato. Os recursos não foram usados para ensino e pesquisa e o programa passou a beneficiar hospitais por critérios políticos ou administrativos, incluindo hospitais que não eram de ensino e excluindo outros que eram (Brasil, 2004). Além disso, o Fideps acabou sendo usado para custeio geral dos hospitais, fugindo de sua finalidade original (Brasil, 2004).

A partir de 2003, diante do processo de reforma da assistência hospitalar no Brasil e da crise que os HUF vinham passando, em suas várias dimensões (política, gerencial, assistencial, financeira, acadêmica e social), iniciou-se um amplo debate para reestruturação desses hospitais (Brasil, 2004). Assim, em movimento liderado pela Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (Abrahue) e encampado pela Frente Parlamentar da Saúde, foi constituída a Comissão Interinstitucional para a Reestruturação dos HE, envolvendo diversas instituições<sup>6</sup>, que identificou a certificação e contratualização como estratégias de integração dos HUF ao SUS, bem como a necessidade de reformulação do processo de certificação dos HE (Reis; Cecílio, 2009).

Nesse sentido, em 2004, foi instituído o Programa de Reestruturação dos HE, reformulando a certificação pelo MEC e MS e estabelecendo o modelo misto de financiamento dos HUF (orçamento e mecanismos indutores de eficiência/eficácia por meio de contrato de metas)<sup>7</sup>.

Apesar das medidas adotadas, os HUF continuaram enfrentando problemas de infraestrutura e gestão, inclusive de recursos humanos. Grande parte desses recursos humanos era proveniente de contratos terceirizados das fundações de apoio que detinham projetos com as IFES. Para o pagamento das fundações, eram utilizados recursos do faturamento de serviços para o SUS, o que impactou a qualidade do cuidado em saúde tendo em vista que boa parte da receita dos HUF ficava comprometida com essas despesas de pessoal (Ebserh, 2013). Diversas outras falhas nesse relacionamento entre HUF e fundações foram identificadas pelo TCU, que emitiu determinações e recomendações para aprimorar a gestão e a transparência dessas parcerias pelos Acórdãos nº

---

<sup>6</sup> Integrada por representantes do MS; MEC; Ministério da Ciência e Tecnologia, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; Associação Nacional de Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior (Andlfes); Associação Brasileira de Reitores de Universidades Estaduais e Municipais; ABRAHUE; Conselho Nacional de Saúde; Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (Conass); Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems); Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM); Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN); Direção Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM); Executiva Nacional dos Estudantes de Enfermagem (ENEN); Comissão de Seguridade Social e Família; e Comissão de Educação da Câmara dos Deputados.

<sup>7</sup> Até 2004, os HUF eram custeados pelo MEC, responsável pelo pagamento de pessoal, e pelo MS, que efetuava o repasse de recursos referentes aos serviços prestados somados ao Fideps, os quais eram utilizados para custeio e investimento (Reis; Cecílio, 2009).

1.520/2006 e 2.731/2008, incluindo a necessidade de substituir gradualmente essa mão de obra por servidores concursados até 2010 (Brasil, 2008).

Nesse interim, cabe ressaltar a tentativa, em 2007, durante a gestão do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, de transformar os HUF em fundações estatais de direito privado. Tal tentativa fazia parte do Projeto de Lei Complementar (PLC) nº 92/2007, apresentado pelo governo federal no Congresso Nacional, que propunha a possibilidade de criação de fundações sem fins lucrativos, de direito público ou privado em diversas áreas, incluindo a saúde (Brasil, 2007b). Para os HUF, propunha-se que o encaminhamento de PLC para autorizar a instituição de fundação de direito privado deveria ser precedido de manifestação pelo respectivo conselho universitário. Com esse novo modelo de gestão, os HUF poderiam contratar funcionários pelo regime CLT, em vez do regime estatutário, oportunizando mais flexibilidade na gestão administrativa, financeira e de pessoal.

A iniciativa enfrentou forte resistência, principalmente pela sociedade acadêmica (servidores públicos, sindicatos, movimentos estudantis), que viam a proposta como uma tentativa de privatização da saúde e uma ameaça à estabilidade dos servidores. Pela Comissão de Trabalho, de Administração e Serviço Público, a Deputada Alice Portugal relatou em seu voto que, embora o discurso oficial alegasse a intenção de enfrentar a crise da saúde pública, as soluções adotadas desde a reforma do Estado nos anos 1990 concentraram-se na substituição do modelo estatal por arranjos com entidades privadas, como as Organizações Sociais e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), viabilizados por meio dos chamados contratos de gestão. Segundo a parlamentar, esses contratos permitiram a transferência de recursos públicos para instituições não submetidas ao regime jurídico do Direito Público, com liberdade para contratação sem concurso e com baixa exigência de controle externo, o que favoreceu desperdícios e irregularidades. Para ela, a criação das fundações estatais, ao incluir os HUF sob esse mesmo tipo de modelo, reproduzia os vícios das experiências anteriores e ameaçava a função universitária, ao dissociar ensino, pesquisa e extensão.

Diante das críticas e da falta de apoio no Congresso Nacional, o PLC nº 92/2007 nunca foi aprovado e acabou perdendo força ao longo dos anos. Apesar disso, o projeto influenciou o debate sobre modelos de gestão hospitalar no setor público, resultando, posteriormente, em novas estratégias para administrar os HUF no Brasil.

Em 2009, pelo Acórdão TCU nº 2.813, várias outras recomendações foram emanadas ao Poder Executivo Federal para autonomia dos HUF, seu financiamento, estruturação, quadro de pessoal e inserção na rede do SUS. Entre essas, foi recomendada, à Casa Civil da Presidência da República e ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, a criação de uma instância de coordenação interministerial, com competência para conduzir a política de reestruturação dos HUF, elaborar e acompanhar planos de reorganização, articular os ministérios envolvidos, padronizar rotinas, promover capacitações e incentivar a eficiência na gestão hospitalar (Brasil, 2009).

Foi recomendado ainda, ao MEC, a adoção de padrões mínimos de produção e qualidade nos HUF, o registro sistemático de indicadores nos instrumentos de planejamento estratégico, a implementação de mecanismos de avaliação periódica, incluindo pesquisas de satisfação e divulgação de resultados, e o incentivo da participação dos HUF em processos de acreditação hospitalar. Recomendou-se também que os HUF adotassem o planejamento estratégico de forma abrangente, com metas desdobradas por setor, uso de sistemas informatizados para definição de parâmetros de produtividade e qualidade, apuração periódica de metas e ampla divulgação dos resultados como estratégia de gestão e incentivo (Brasil, 2009).

Nesse alinhamento, em 2010, o Programa de Reestruturação foi reformatado pelo Decreto nº 7.082, instituindo o REHUF, que estabeleceu o financiamento compartilhado dos HUF entre as áreas da educação e saúde (MEC e MS) e disciplinou o regime da pactuação global com esses hospitais (Brasil, 2010a). Conforme esse decreto, para a realização dos objetivos e diretrizes do programa, previa-se, entre as medidas adotadas, a criação de mecanismos de governança no âmbito dos HUF, com a participação de representantes externos às universidades. Regulamentando esse decreto, foi publicada, então, a Portaria Interministerial MS-MEC-MPOG nº 883/2010, que também criou o Comitê Gestor (composto por membros do MS, MEC, Ministério da Economia – ME, Andifes, HUF, Conass e Conasems) e as Comissões Consultivas de Acompanhamento e Avaliação dos Pactos Globais em cada HUF.

O REHUF forneceu meios para que os HUF pudessem iniciar sua reestruturação, entretanto, a precarização do trabalho ainda permanecia, sendo que a gestão de contratos e de força de trabalho nos HUF era feita principalmente por meio das fundações de apoio.

Visando solucionar essas questões, nesse mesmo ano, o Presidente Lula encaminhou ao Congresso a Medida Provisória (MP) nº 520, que visava autorizar o Poder Executivo a criar a Ebserh sob a forma de sociedade anônima, com personalidade jurídica de direito privado e

patrimônio próprio, vinculada ao MEC, para a “prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar e laboratorial à comunidade, assim como a prestação, às instituições federais de ensino ou instituições congêneres, de serviços de apoio ao ensino e à pesquisa, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública” (Brasil, 2010c). Apesar de ter recebido parecer favorável da Câmara dos Deputados, a MP expirou antes que fosse votada no Senado Federal, principalmente devido a pressões de movimentos sociais contra a medida (Vieira, 2016).

A ideologia desses movimentos sociais foi refletida na 14ª Conferência Nacional de Saúde, que teve como uma das propostas aprovadas de diretrizes para a saúde pública rejeitar a criação da Ebserh, impedindo a “terceirização” dos HUF (Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, 2012).

Mesmo diante desse cenário, Miriam Belchior, então Ministra do Planejamento, Orçamento e Gestão, e Fernando Haddad, Ministro da Educação à época, apresentaram ao Congresso Nacional o Projeto de Lei (PL) nº 1.749, de 2011, que propôs a criação da Ebserh, entretanto sob a égide da personalidade jurídica de empresa pública, seguindo os exemplos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), empresa pública federal vinculada ao MEC e do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), à época sociedade anônima vinculada ao MS. Conforme Exposição de Motivos (EM), tratava-se de uma nova modelagem jurídico-institucional para a prestação dos serviços pelos HUF, solucionando os problemas prementes dessas instituições e criando “condições para a melhoria substancial dos padrões de gestão, inclusive pela adoção de instrumentos avançados de controle de resultados e transparência perante a sociedade” (Brasil, 2010b). A principal fundamentação era calcada na possibilidade de contratação de profissionais sob regime CLT, com o estabelecimento de um regime de remuneração e gestão de pessoal compatível com a realidade do setor, além da autonomia financeira, adoção de normas e procedimentos de compras e contratações (Brasil, 2010b).

Nesse mesmo ano, o PL foi aprovado pelo Plenário do Senado, originando a Lei nº 12.550, de 2011, no governo da então Presidenta Dilma Rousseff, e criando oficialmente a Ebserh para gerir os HUF mediante assinatura de contrato com as IFES, reestruturá-los e contornar as questões relacionadas aos vínculos precários de trabalho. Entre suas competências estão a administração de unidades hospitalares e a prestação de serviços no âmbito do SUS; o apoio ao ensino, à pesquisa, à extensão e à formação em saúde; a cooperação para a implementação de residências na área da



saúde; a promoção de pesquisas básicas, clínicas e aplicadas; e a implantação de sistemas de gestão com indicadores e metas (Brasil, 2011b).

Em 2012, a coordenação do REHUF, assim como outras responsabilidades perante os HUF, foi repassada à Ebserh pelo MEC. O aprimoramento das diretrizes e critérios para qualificação dos HE ocorreu em 2015, quando foi publicada a Portaria Interministerial MS-MEC nº 285, que redefiniu o Programa de Certificação de HE (Brasil, 2025c).

### 3 NOVOS MODELOS DE GESTÃO PÚBLICA EM SAÚDE: a escolha pela Ebserh

O modelo tradicional de prestação de serviços de saúde por servidores públicos é criticado por sua rigidez, baixa flexibilidade gerencial e incentivos fracos, contrastando com o setor privado, que tem sido reconhecido pela maior agilidade e incentivos mais eficazes, que contribuem para a melhoria da qualidade, com destaque para a eficiência (Ireland et al., 2016). Assim, novos modelos de gestão pública, incluindo a participação de provedores privados, com ou sem fins lucrativos, têm ganhado espaço nos sistemas de saúde, tanto por heranças históricas quanto por decisões políticas voltadas à melhoria do desempenho (Ireland et al., 2016).

Entre esses modelos, está a atuação de empresas estatais, como as empresas públicas e sociedades de economia mista. Essas entidades, embora integrem a administração indireta do Estado, possuem natureza jurídica de direito privado e maior autonomia administrativa, orçamentária e de gestão de pessoal, o que permite maior flexibilidade e capacidade de adaptação frente às exigências de um setor complexo e dinâmico como o da saúde. Sua atuação combina a lógica do interesse público com modelos mais ágeis de gestão, sendo utilizadas especialmente em áreas onde se requer maior eficiência operacional e inovação. Este é o caso da Ebserh, construída com base nos modelos já existentes do HCPA, empresa pública vinculada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e o GHC, que administra seis unidades hospitalares, constituído como sociedade anônima e posteriormente convertido em empresa pública vinculada ao MS. Ambos se tornaram referências nacionais em gestão hospitalar pública com regime jurídico privado.

Essas empresas públicas operam com contratos próprios de gestão e contam com maior autonomia administrativa para contratação de pessoal e aquisição de insumos, o que tem contribuído para ganhos de eficiência na gestão hospitalar, sem renunciar aos princípios do SUS. Além disso, essas instituições desenvolvem políticas internas de qualidade, ensino e pesquisa, e participam de iniciativas de avaliação e acreditação externa, sendo reconhecidas como referências em diversas áreas da atenção hospitalar.

A Ebserh ampliou esse modelo em escala nacional, sendo hoje responsável atualmente por 45 HUF em todas as regiões do país (**Quadro 2**). Esse dado evidencia não apenas a capilaridade da atuação da empresa, mas também uma crescente adesão institucional por parte das IFES, ainda que cercada por tensionamentos e críticas de determinados segmentos sociais e acadêmicos.

**Quadro 2** – Unidades da Rede Ebserh por região do Brasil

<b>Região</b>	<b>Unidade da Rede Ebserh</b>	<b>Sigla da unidade</b>
<b>Centro-Oeste</b>	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás	HC-UFG
	Hospital Universitário de Brasília da Universidade de Brasília	HUB-UnB
	Hospital Universitário Júlio Muller da Universidade Federal do Mato Grosso	HUJM-UFMT
	Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul	HUMAP-UFMS
	Hospital Universitário da Grande Dourados da Universidade Federal da Grande Dourados	HU-UFGD
<b>Nordeste</b>	Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará (Hospital Universitário Walter Cantídio e Maternidade-Escola Assis Chateaubriand)	CH-UFC (HUWC e MEAC)
	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco	HC-UFPE
	Hospital Universitário Ana Bezerra da Universidade Federal do Rio Grande do Norte	HUAB-UFRN
	Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande	HUAC-UFCG
	Hospital Universitário Júlio Bandeira da Universidade Federal de Campina Grande	HUJB-UFCG
	Hospital Universitário de Lagarto da Universidade Federal de Sergipe	HUL-UFS
	Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba	HULW-UFPB
	Hospital Universitário Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte	HUOL-UFRN
	Hospital Universitário Professor Alberto Antunes da Universidade Federal de Alagoas	HUPAA-UFAL
	Hospital Universitário Professor Edgard Santos da Universidade Federal da Bahia	HUPES-UFBA
	Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão	HU-UFMA
	Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí	HU-UFPI
	Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe	HU-UFS
	Hospital Universitário da Universidade Federal do Vale do São Francisco	HU-Univasf
	Maternidade Climério de Oliveira da Universidade Federal da Bahia	MCO-UFBA
	Maternidade Escola Januário Cicco da Universidade Federal do Rio Grande do Norte	MEJC-UFRN
<b>Norte</b>	Complexo Hospitalar Universitário da Universidade Federal do Pará (Hospital Universitário João de Barros Barreto e Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza)	CHU-UFPA (HUJBB e HUBFS)
	Hospital de Doenças Tropicais da Universidade Federal do Tocantins	HDT-UFT
	Hospital Universitário Getúlio Vargas da Universidade Federal do Amazonas	HUGV-UFAM
	Hospital Universitário da Universidade Federal do Amapá	HU-Unifap
	Hospital Universitário da Universidade Federal de Roraima	HU-UFRR
<b>Sudeste</b>	Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Maternidade Escola, Hospital Universitário Clementino Fraga Filho e Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira)	CH-UFRJ (ME, HUCFF e IPPMG)
	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais	HC-UFMG
	Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes da Universidade Federal do Espírito Santo	HUCAM-UFES
	Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia	HC-UFU
	Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense	HUAP-UFF
	Hospital Universitário Gaffrée e Guinle da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro	HUGG-Unirio
	Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro	HC-UFTM
	Hospital Universitário da Universidade Federal de São Carlos	HU-UFSCar
<b>Sul</b>	Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora	HU-UFJF
	Complexo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná	CHC-UFPR
	Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas	HE-UFPeI
	Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. da Universidade Federal do Rio Grande	HU-Furg
	Hospital Universitário de Santa Maria da Universidade Federal de Santa Maria	HUSM-UFSM
	Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina	HU-UFSC

Obs.: Outros contratos de gestão foram assinados por IFES com a Ebserh em 2024 e preveem a construção de novos HUF, sendo estes vinculados à Universidade Federal do Cariri (UFCA) e à Universidade Federal de Lavras (UFLA). Com a Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), também foi assinado Protocolo de Intenções para gestão do HUF 2 e construção de um novo hospital na cidade de São Paulo. Outras unidades em análise para integração à Ebserh

envolvem HUF em Divinópolis/MG (novo hospital a ser doado pelo Governo Estadual para a Universidade Federal de São João Del Rey), Catalão/GO (novo hospital a ser doado pelo Governo Municipal para a Universidade Federal de Catalão), Parnaíba/PI e Palmas/TO (novos HUF a serem construídos pela Universidade Federal do Delta do Parnaíba e pela UFT, respectivamente) (Ebserh, 2024a).

Fonte: elaboração própria (2025) com base em dados da Ebserh (2024a).

A Ebserh tem avançado ao longo dos anos com o estabelecimento de contratos de gestão com as IFES, o que demonstra a consolidação de sua presença no cenário da gestão hospitalar pública federal. A ampliação da atuação da Ebserh pode ser compreendida, em parte, pelo arcabouço normativo que sustenta sua legitimidade jurídica, conforme reafirmado pela decisão do STF, mas também por suas capacidades técnico-administrativas, incluindo a oferta de suporte técnico, recursos humanos e financeiros e estrutura organizacional para os HUF. Isso tem se mostrado relevante diante do cenário de crise orçamentária e de esvaziamento da capacidade de gestão direta por parte das IFES, agravada pelas restrições fiscais dos últimos anos.

Apesar disso, como pode ser observado, não seria estritamente necessário adotar uma empresa pública para enfrentar os problemas históricos dos HUF apesar do discurso pelo governo de ter sido a “única” solução (Sodré et al., 2013). Outros modelos institucionais poderiam ter sido mobilizados.

Entre as outras formas de ampliação da flexibilidade na contratação pública e na prestação de serviço que têm ganhado destaque estão as contratações no âmbito do Programa Nacional de Publicização, instituído pela Lei nº 9.637/1998 (Brasil, 1998). Trata-se de um modelo de parceria por meio de um contrato de gestão entre Estado e sociedade, que se diferencia da privatização e que busca a melhoria da eficiência nos serviços de interesse público (Brasil, 2022d). Na área de saúde nos níveis subnacionais do governo, inclusive para a prestação de serviços hospitalares, têm emergido as contratações de organizações sem fins lucrativos, que passam a ser denominadas “organizações sociais” (OS), como alternativa mais flexível para a contratação de profissionais (Ireland et al., 2016).

A contratação de Fundações, unidades administrativas públicas descentralizadas de direito privado que prestam serviços públicos e sociais, também tem sido alternativa utilizada por governos estaduais para melhorar a prestação de serviços de saúde (Ireland et al., 2016). A base legal dessas fundações é semelhante a de uma empresa estatal, como a Ebserh, entretanto opera no domínio social e não econômico (Ireland et al., 2016).

A presença dessas entidades evidencia uma tendência de diversificação nos arranjos institucionais utilizados pelo Estado brasileiro para enfrentar os desafios da gestão em saúde. Ainda que sejam distintos dos modelos tradicionais da administração direta, esses entes mantêm compromissos com os princípios constitucionais da universalidade, integralidade e equidade, ao mesmo tempo em que buscam maior eficiência na alocação de recursos e na entrega de resultados.

Contudo, o modelo da Ebserh mostrou-se o mais adequado no contexto de crise fiscal, limitações de pessoal e pressão por eficiência, representando uma solução político-institucionalmente possível e juridicamente sustentável para viabilizar a reestruturação da rede de HUF.

Ainda assim, pelos marcos apresentados na seção 2, é possível identificar grupos de atores contrários à manutenção das atividades da empresa que defendem a autonomia universitária e a gestão pública direta dos HUF, revelando a permanência de disputas ideológicas e de projeto sobre o papel do Estado na saúde e na educação. Destaca-se, neste sentido, a forte resistência dos movimentos sociais e da comunidade universitária, bem como a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) nº 4.895, de 2013, que foi promovida pela Procuradoria Geral da República (PGR) (Oliveira, 2019a). Para esta última, entretanto, houve a decisão unânime do Supremo Tribunal Federal (STF), em 2020, de constitucionalidade da lei de criação da Ebserh (Lei nº 12.550/2011).

Recentemente, em 2024, na 4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, ainda se identifica o direcionamento contrário de alguns grupos à manutenção da Ebserh para gestão dos HUF, que propõem a extinção da estatal<sup>8</sup> (Brasil, 2024b). A proposta aprovada nesta Conferência, embora não vinculante, indica que o debate sobre a legitimidade e os impactos do modelo de gestão adotado pela Ebserh segue ativo no campo da implementação e da avaliação de políticas públicas, sendo fundamental considerar essas controvérsias para a análise dos arranjos de implementação e das capacidades estatais mobilizadas na condução da política e na melhoria da qualidade do cuidado em saúde.

---

<sup>8</sup> Proposta apresentada no Relatório da 4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: “Extinguir a EBSEH e outros modelos de privatização da saúde pública para que a gestão de hospitais universitários seja efetivamente pública e realizada pela comunidade universitária, concomitante ao fortalecimento dos movimentos sociais e a construção de um observatório que fiscalize o modelo atual de gestão, sugerindo o fortalecimento do COAPES nos municípios, com ênfase na pactuação contratual de instituições privadas com investimento de capital, infraestrutura e instituições públicas com ensino, extensão, educação e saúde, garantindo equidade de vagas em campos de práticas entre diferentes instituições, priorizando universidades públicas nos campos de prática” (Brasil, 2024b).

Esta tese não busca comparar os diferentes modelos de contratação de prestação de serviços e gestão pública em saúde, mas apresenta-se esta contextualização a fim de se demonstrar a existência de diferentes modelos que podem apresentar resultados diversos conforme arranjos institucionais envolvidos e contextos que são implementados. O monitoramento e a avaliação de seus resultados auxiliam na compreensão do que deve ser aprimorado, bem como na identificação de pontos fortes que podem ser compartilhados como boas práticas.

Cabe observar, entretanto, que, como aponta Abbade (2022), embora a adoção de modelos de gestão aprimorados e mais eficientes seja importante no campo da saúde pública brasileira, a complexidade das organizações de saúde e da gestão em saúde pública e o contexto em que se inserem impedem que o desempenho dessas organizações seja atribuído unicamente ao modelo de gestão adotado.

## **4 QUALIDADE EM SAÚDE: perspectivas globais e locais**

### **4.1 Vidas perdidas por falhas evitáveis: porque a qualidade importa mundialmente**

Estima-se que, anualmente, 8,6 milhões de pessoas em países de baixa e média renda morrem por causas que poderiam ser evitadas com cuidados de saúde adequados. Dentre essas, cerca de 3,6 milhões não utilizaram os serviços de saúde e 5 milhões chegaram a utilizar os serviços de saúde, mas receberam cuidados de baixa qualidade (Kruk et al., 2018a).

No caso brasileiro, as estimativas apontam para 50.708 óbitos por ano atribuíveis à ausência de utilização de serviços de saúde e 157.327 óbitos decorrentes de cuidados prestados com qualidade insuficiente (Kruk et al., 2018a). Esses números revelam que mais de três vezes mais pessoas morrem por falhas na qualidade do cuidado do que por barreiras de acesso no Brasil.

Historicamente, o acesso foi priorizado em relação à qualidade nas políticas de saúde, especialmente em países de baixa renda, sob a lógica de que ampliar a cobertura era mais urgente do que garantir padrões elevados de cuidado. Essa escolha refletiu uma percepção de troca entre acesso e qualidade, priorizando levar algum nível de cuidado a todos, ainda que com qualidade limitada (Kruk et al., 2018a).

Entretanto, os dados apresentados reforçam a importância de compreender a qualidade em saúde como um determinante central de bons resultados para garantia do direito fundamental à saúde. No contexto das políticas públicas, implica que intervenções voltadas à ampliação do acesso, embora necessárias, não são suficientes para reduzir a mortalidade evitável, sendo imprescindível investir em fortalecimento da capacidade institucional para implementar práticas baseadas em evidências e mecanismos de melhoria contínua da qualidade.

Além disso, a magnitude das mortes associadas a cuidados de baixa qualidade aponta para a necessidade de aprimorar modelos de governança e gestão hospitalar, garantindo não apenas recursos humanos, financeiros e tecnológicos, mas também processos clínicos seguros, efetivos e centrados no paciente, conforme preconizado pela OMS e por agendas internacionais como os ODS.

Nesse cenário, a promoção da qualidade em saúde é um dos desafios estruturantes dos sistemas universais de saúde e tem se consolidado como um dos eixos centrais do aprimoramento da governança e da efetividade das políticas públicas no setor. A melhoria da qualidade e da

segurança do paciente requerem uma abordagem sistêmica, com investimentos em intervenções que abrangem todos os níveis do sistema de saúde no contexto de políticas integradas (Slawomirski; Klazinga, 2022).

Sistemas de saúde de alta qualidade com cuidados em saúde otimizados para diferentes contextos, com maior confiabilidade e valor social e que respondam às mudanças das necessidades da população são cada vez mais desejáveis (Kruk et al., 2018b). Para tanto, bases sólidas e ativação de capacidades técnico-administrativas e político-relacionais são essenciais, incluindo práticas de boa governança, parcerias intersetoriais, qualificação da força de trabalho, plataformas de cuidado integradas e uso estratégico de recursos e dados para aprendizagem (Kruk et al., 2018b).

Como aponta a OMS (2021)<sup>9</sup>, a formulação, o aperfeiçoamento e a execução de estratégias nacionais para a qualidade do cuidado em saúde são prioridades para os países comprometidos com a melhoria do desempenho dos seus sistemas de saúde. Nesse sentido, a ampliação do acesso aos serviços de saúde está intrinsicamente relacionada aos esforços para melhoria da qualidade desses serviços.

O Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 3, proposto pela Agenda 2030 das Nações Unidas, volta-se à garantia do acesso à saúde de qualidade e à promoção do bem-estar para todos, em todas as idades (ONU, 2025). No eixo Saúde e Bem-Estar, foram definidas metas que envolvem a articulação entre os diferentes atores do Complexo Econômico Industrial da Saúde (CEIS), podendo ser reconhecidos nesses os HUF. A meta 3.8<sup>10</sup> destaca a importância do acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade, o que, no contexto dos HUF, também está interligado ao ODS 4, relacionado à educação inclusiva e equitativa e de qualidade, e à promoção de oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todas e todos.

O Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente 2021-2030 contribui para o alcance desses ODS, assim como de outros devido ao caráter interdisciplinar de segurança do paciente, e traz como objetivo a redução, ao máximo possível e a nível mundial, dos danos evitáveis decorrentes da prestação de cuidados de saúde inseguros. Como pilares para tal, a OMS (2021) aponta o engajamento de pacientes e suas famílias, cultura de segurança, práticas colaborativas

---

<sup>9</sup> O Manual de Políticas e Estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde da OMS reúne orientações úteis para estruturação e execução de um programa de gestão da qualidade (Organização Mundial da Saúde, 2021).

<sup>10</sup> Meta 3.8 Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos (ONU, 2025).



com foco em resultados, dados para gerar aprendizagem, evidências científicas para o aprimoramento de políticas e ações e experiência do usuário dos serviços de saúde.

A qualidade, nesse contexto, corresponde à medida em que os serviços de saúde prestados a indivíduos e populações aumentam a probabilidade de alcançar os resultados desejados em saúde, de forma consistente com os conhecimentos profissionais e científicos vigentes (Institute of Medicine [IOM], 2001). Pode ser compreendida como dimensão transversal, que, para sua melhoria, exige articulação entre diferentes níveis, esferas institucionais, agentes públicos e dispositivos regulatórios. O **Quadro 3** apresenta as principais dimensões que orientam essa abordagem, destacando a importância de uma assistência que responda às necessidades dos pacientes, otimize recursos e reduza desigualdades no acesso e nos resultados em saúde.

**Quadro 3** – Dimensões da qualidade do cuidado em saúde

<b>Dimensão</b>	<b>Definição</b>
<b>Segurança</b>	Evitar lesões e danos nos pacientes decorrentes do cuidado que tem como objeto ajudá-los
<b>Efetividade</b>	Fornecer serviços baseados em conhecimento científico a todos que poderiam se beneficiar e abster-se de fornecer serviços àqueles que provavelmente não se beneficiariam (evitando uso excessivo e subutilização, respectivamente)
<b>Oportunidade</b>	Reduzir tempo de espera e de atrasos potencialmente danosos, tanto para quem recebe, como para quem presta o cuidado
<b>Centralidade no paciente</b>	Fornecer cuidado respeitoso e responsivo às preferências, necessidades e valores individuais do paciente, e assegurar que os valores do paciente orientem todas as decisões clínicas.
<b>Eficiência</b>	Prover cuidado sem desperdício, incluindo aquele associado ao uso de equipamentos, suprimentos, ideias e energia
<b>Equidade</b>	Fornecer cuidado que não varia em decorrência de características pessoais, como gênero, etnia, localização geográfica e condição socioeconômica

Fonte: IOM (2001) [tradução livre].

Essas dimensões são interdependentes e essenciais para a ampliação da oferta de serviços de saúde e a cobertura universal em saúde, garantindo que o direito à saúde se traduza em melhores resultados e experiências para os usuários.

A segurança do paciente constitui um pilar fundamental da qualidade e uma pré-condição para a cobertura universal tendo em vista que, como discutido anteriormente, ampliar o acesso sem garantir segurança amplia o risco de danos e os gastos em saúde (Kruk et al., 2018a). Indicadores relacionados a essa dimensão, tais como as taxas de IRAS, eventos adversos por número de internações, erros de medicação e quedas de pacientes, são amplamente utilizados por redes hospitalares para monitorar a segurança do paciente. Sistemas de saúde universais devem, portanto,

assegurar que a expansão da cobertura seja acompanhada por mecanismos de gestão do risco, protocolos de segurança do paciente e cultura institucional de aprendizado.

A efetividade expressa a capacidade dos serviços de saúde de produzir resultados clínicos desejados, com base em evidências científicas. Indicadores como a taxa de mortalidade específica, taxa de profilaxia de tromboembolismo venoso, taxa de parada cardiorrespiratória em unidade de internação e a taxa de readmissão hospitalar em 30 dias da saída hospitalar refletem a efetividade das intervenções e o grau em que o sistema alcança desfechos de saúde consistentes e sustentáveis (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2024; Machado; Martins; Martins, 2013).

A oportunidade diz respeito à capacidade de prestar cuidados no momento adequado em resposta às necessidades dos usuários, reduzindo tempos de espera que podem agravar condições clínicas ou comprometer o desfecho terapêutico. No contexto do ODS 3, isso se traduz na necessidade de acesso oportuno a serviços essenciais, componente-chave da equidade e da integralidade da atenção. Indicadores como tempo médio de espera para cirurgia eletiva e tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento oncológico auxiliam na avaliação dessa dimensão (WHO; OECD; IBRD, 2018).

A centralidade no paciente ou cuidado centrado no usuário/pessoa envolve respeitar valores, preferências e necessidades das pessoas (Seiffert et al., 2020). Indicadores como índices de satisfação e confiança do usuário, taxas de comunicação efetiva médico-paciente, respeito à autonomia e privacidade, e participação do paciente nas decisões de cuidado revelam o grau em que os sistemas promovem cuidados humanizados e participativos. Essa dimensão assegura que a cobertura não se limite à disponibilidade de serviços, mas traduza-se em cuidados dignos e centrados nas pessoas, reforçando a legitimidade social do sistema de saúde. Ademais, pesquisas têm demonstrado uma relação positiva entre uma melhor experiência de cuidado por parte dos pacientes e melhores resultados de saúde (OECD, 2025).

A eficiência relaciona-se à otimização do uso de recursos para alcançar o máximo resultado possível, dentro dos limites orçamentários, com o mínimo de desperdício. É também um componente essencial da sustentabilidade financeira da meta 3.8 do ODS 3 (ONU, 2025). Indicadores como custo médio por internação, taxa de ocupação e tempo médio de permanência hospitalar permitem avaliar se o sistema consegue equilibrar qualidade, acesso e racionalidade no uso de recursos. A eficiência reforça a dimensão econômica da universalidade, assegurando que a ampliação da cobertura não comprometa a sustentabilidade do sistema.

A equidade é um princípio estruturante da cobertura universal e se traduz no reconhecimento e redução de desigualdades no acesso, no uso e nos resultados em saúde, assegurando que grupos vulneráveis não sejam excluídos ou recebam cuidados de menor qualidade (Associação Nacional de Hospitais Privados, 2022). O monitoramento de indicadores como proporção de partos assistidos por profissionais qualificados, internações por causas evitáveis e taxas de mortalidade materna e infantil, desagregados por sexo, idade, região geográfica e condição socioeconômica, permite evidenciar se os benefícios do sistema são distribuídos de maneira justa e se grupos vulneráveis estão sendo efetivamente alcançados pela cobertura universal.

Desse modo, a concretização da meta 3.8 do ODS depende da capacidade institucional dos sistemas de saúde de integrar eficiência, efetividade, oportunidade, equidade, segurança e cuidado centrado no usuário em seus arranjos de governança, avaliação e transparência. São essas dimensões que transformam a cobertura universal de saúde em um compromisso com o valor em saúde, orientado à produção de resultados clínicos, experiências positivas e sustentabilidade do cuidado em longo prazo. Sistemas de monitoramento baseados nesses indicadores são, portanto, instrumentos fundamentais para avaliar o progresso em direção à cobertura universal e orientar políticas de melhoria contínua da qualidade.

Nesse sentido, a busca pela qualidade nos serviços de saúde associa-se ao conceito de melhoria da qualidade, que pode ser entendido como os “melhores resultados e melhor experiência do paciente com o cuidado de saúde, atingidos devido a uma mudança no comportamento dos prestadores de cuidado e da organização pela aplicação de métodos para mudança e estratégias sistemáticos” (Øvretveit, 2009, p. 8).

Grande parte das abordagens de melhoria da qualidade atualmente utilizadas na saúde tem origem na indústria, onde surgiram no início do século XX e foram aperfeiçoadas, especialmente no Japão, por especialistas como W. Edwards Deming, Joseph Juran, Armand Feigenbaum e Kaoru Ishikawa, além de, posteriormente, Donabedian e Don Berwick nos Estados Unidos da América (EUA) (Donabedian, 1990; Health Foundation, 2014) (**Quadro 4**).

**Quadro 4** – Pioneiros das abordagens de melhoria da qualidade

<b>Autor / Instituição</b>	<b>Período</b>	<b>Principais contribuições</b>	<b>Enfoque central</b>
Joseph Juran	1951	Defendeu o papel dos gestores na promoção da qualidade, com ênfase no empoderamento dos profissionais de forma que todos devem se	Qualidade como responsabilidade

<b>Autor / Instituição</b>	<b>Período</b>	<b>Principais contribuições</b>	<b>Enfoque central</b>
		responsabilizar pela melhoria contínua no trabalho cotidiano. Concebeu a trilogia: planejamento da qualidade, controle da qualidade e melhoria da qualidade.	compartilhada e parte dos processos diários.
Armand V. Feigenbaum	Década de 1960	Criador do conceito de “Controle de Qualidade Total”, sistema integrado para desenvolvimento, manutenção e melhoria da qualidade em toda a organização. Definiu três etapas: liderança em qualidade, tecnologia moderna de qualidade e compromisso organizacional.	Qualidade como forma de gestão e responsabilidade de todos.
Kaoru Ishikawa	Décadas de 1950-1960	Desenvolveu o diagrama de causa e efeito (“espinha de peixe”). Enfatizou o lado humano da qualidade e o conceito de <i>kaizen</i> (gestão contínua), onde todos têm a responsabilidade de melhorar constantemente o que fazem.	Qualidade com foco humano e melhoria contínua.
Avedis Donabedian	Décadas de 1960 e 1990	Concebeu o modelo de avaliação da qualidade em saúde denominado “Triade de Donabedian (estrutura, processo e resultado) e posteriormente os sete pilares da qualidade: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade	Avaliação da qualidade assistencial baseada em evidências.
W. Edwards Deming	Década de 1980	Criou abordagem baseada em 14 pontos para a gestão que orientam para a qualidade total e o ciclo PDCA/PDSA (Planejar, Fazer, Verificar/Estudar, Agir).	Melhoria contínua por meio de método estruturado e visão sistêmica.
Don Berwick / Institute for Healthcare Improvement (IHI)	Desde 1990	Liderou a difusão de práticas de melhoria da qualidade no setor saúde. Adaptou as seis dimensões da qualidade do IOM propondo uma relação de eventos “desnecessários” sendo estes: nenhuma morte, dor ou sofrimento desnecessários, nenhum desamparo entre os que servem ou são servidos, nenhuma espera indesejada, nenhum desperdício e ninguém deixado de fora.	Qualidade no cuidado em saúde com foco em dimensões.

Fonte: elaboração própria (2025) com base na literatura (Donabedian, 1990; Health Foundation, 2014; Lobo, 2020).

No setor saúde, desde 1984, o modelo de melhoria contínua da qualidade, desenvolvido pela *Associates in Process Improvement* e difundido pelo *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), é referência na temática, sendo amplamente utilizado nos serviços de saúde dos EUA, do Reino Unido e da Austrália (Langley et al., 2009). Segundo o *Institute of Medicine* (2001), a busca pela melhoria contínua da qualidade nos sistemas de saúde deve garantir que os serviços sejam prestados de maneira a maximizar benefícios à saúde da população, reduzir riscos e promover um cuidado mais humanizado e acessível.

As diferentes abordagens de melhoria da qualidade existentes – ex.: Gestão da Qualidade Total, Lean, Seis Sigma, PDSA, Controle Estatístico de Processos, Teoria das Restrições, Reengenharia e Cocriação Baseada na Experiência –, remodeladas por diferentes autores ao longo dos anos, constituem um repertório diversificado de métodos e ferramentas que podem ser

aplicados de forma complementar, conforme a natureza dos problemas a serem enfrentados, o grau de maturidade organizacional e os recursos disponíveis (Health Foundation, 2014). A adoção integrada de diferentes metodologias potencializa resultados, permitindo alinhar as dimensões da qualidade, participação dos usuários e sustentabilidade das mudanças ao longo do tempo.

Embora tais abordagens sejam aplicadas ao cuidado em saúde há mais de três décadas, sua integração plena nas organizações ainda é limitada, o que contribui para que a base de evidências sobre sua efetividade seja restrita, apesar do crescente interesse pela ciência da melhoria (Health Foundation, 2014).

De forma geral, a nível dos serviços de saúde, para que alcancem condições de excelência, preconiza-se que as instituições implantem sistemas de gestão da qualidade, estruturados a partir de atividades interdependentes de planejamento, monitoramento e avaliação da qualidade apoiadas em ciclos de melhoria da qualidade (**Quadro 5**).

**Quadro 5** – Atividades do Sistema de Gestão da Qualidade

Atividades	Descrição
Planejamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ponto de partida para a gestão da qualidade, orientando as demais atividades do sistema;</li> <li>▪ definição de objetivos, metas, indicadores e estratégias para a qualificação dos serviços, com base em diagnóstico situacional, análise de riscos e prioridades institucionais;</li> <li>▪ envolve a elaboração de planos de ação integrados, considerando recursos, responsabilidades e prazos, além da articulação entre diferentes setores e níveis de gestão (Volpato et al., 2016)</li> </ul>
Monitoramento	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ “acompanhamento sistemático e contínuo da evolução de um processo ou fenômeno, realizado por observação, medição e análise constantes” (Brasil, 2022a);</li> <li>▪ conjunto articulado de atividades que visam a produção de conhecimento avaliativo específico sobre uma determinada questão, a partir de padrões previamente estabelecidos, com o objetivo de gerar um processo de aprendizado e de identificar oportunidades de melhoria (Rodrigues; Boullosa, 2014);</li> <li>▪ “visa obter informações, em tempo oportuno, para subsidiar a tomada de decisão” (Brasil, 2022a);</li> <li>▪ envolve a coleta e a organização sistemática de informações quanti e qualitativas sobre o comportamento das ações e dos programas de uma política (Lassance, 2023).</li> </ul>
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ mais do que um instrumento de controle ou de prestação de contas, também deve ser entendida como um mecanismo de aprendizado institucional;</li> <li>▪ permite a reflexão crítica sobre os rumos das políticas, a identificação de gargalos e potencialidades e o redirecionamento estratégico de ações;</li> <li>▪ reconhecida internacionalmente para a promoção de melhorias nos processos e serviços relacionados ao cuidado hospitalar (Machado; Martins; Martins, 2013);</li> <li>▪ permite realizar um diagnóstico situacional dos HUF, de um modo amplo, em relação à legislação e às boas práticas, possibilitando identificar estratégias para melhorias dos serviços e garantia da segurança do paciente (Ebserh, 2022a).</li> </ul>

Fonte: elaboração própria (2025) a partir de revisão da literatura.

Diante do reconhecimento crescente da importância da avaliação da qualidade, observa-se também um aumento na adoção de modelos como a acreditação hospitalar, certificações da Organização Internacional de Normalização (*International Organization for Standardization* – ISO) e critérios de excelência preconizados por prêmios nacionais e internacionais que também agregam valor às práticas de institucionalização da qualidade nos serviços de saúde. Esses modelos, embora com objetivos distintos, promovem resultados convergentes: padronização de processos, cuidado focado no usuário, valorização do trabalho em equipe e fortalecimento da gestão baseada em evidências (**Quadro 6**) (Schiesari, 2014).

**Quadro 6** – Modelos de avaliação da qualidade hospitalar

Modelo de avaliação	Modo operacional
Acreditação hospitalar	Verificação do atendimento a padrões de qualidade voltados às atividades assistenciais, principalmente para a gestão do cuidado. Inclusos aspectos de segurança do paciente e indicadores da qualidade da assistência Ex. de instituições acreditadoras: Organização Nacional de Acreditação (ONA), <i>Joint Commission International</i> (JCI), Qmentum, <i>National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations</i> (NIAHO)
Certificações ISO	Orientação para o envolvimento da gestão com o sistema da qualidade, incluindo o uso de informações e indicadores para apoio à tomada de decisão, gestão de riscos (identificação de não conformidades e elaboração de planos de ação), rastreabilidade de produtos e gestão de documentos institucionais Ex. normas ISO 9.001, 14.000, 31.000 e OHSAS 18.001.
Prêmios de qualidade	Abordagem da liderança institucional, responsabilidade social, coletividade e monitoramento de indicadores de desempenho. Ex.: boas práticas de gestão, preconizadas pelo Prêmio Nacional da Qualidade e pelas escolas de gestão.

Fonte: elaboração própria (2025) com informações de Schiesari (2014).

Mesmo em sistemas de saúde com recursos limitados, a adoção de estratégias simples, mas consistentes, pode gerar resultados expressivos. Gawande (2023) demonstra como a implementação de listas de verificação na prática cirúrgica – iniciativa aplicada em diferentes países, incluindo a Índia – reduziu complicações e mortalidade de forma significativa. O autor argumenta que “o conhecimento existe, mas a execução falha”, e que soluções aparentemente simples, quando incorporadas de maneira sistemática, são capazes de enfrentar problemas complexos como a segurança do paciente. Tal perspectiva reforça que a melhoria da qualidade não depende exclusivamente de recursos humanos capacitados e tecnologia avançada, mas também de processos bem estruturados e cultura organizacional orientada para a segurança.

De forma complementar, Gawande (2015, p. 259) chama atenção para a necessidade de reorientar a prática assistencial para aquilo que realmente importa para o paciente, sobretudo em contextos de envelhecimento populacional e doenças crônicas avançadas. Ele enfatiza que prolongar a vida não deve ser um fim em si mesmo, mas que “o objetivo não é simplesmente viver mais tempo, e sim viver melhor”. Essa visão amplia a compreensão de qualidade, incorporando dimensões como dignidade, autonomia e alinhamento do cuidado às preferências individuais.

Como aponta a OCDE (2024), busca-se cada vez mais romper com o paradigma tradicional de centralidade na capacidade de oferta dos sistemas de saúde, reconhecendo a importância de que esses sistemas sejam centrados nas pessoas; resilientes a emergências de saúde pública, conflitos, mudanças ambientais e outras ameaças; e sustentáveis sob as perspectivas econômica e ambiental. Nesse sentido, a OCDE apresenta uma nova estrutura para avaliação do desempenho dos sistemas de saúde que coloca as necessidades e preferências das pessoas em uma posição central (dimensões voz, escolha, coprodução, integração e respeito), integrando-as às dimensões de acesso, cobertura e qualidade da prestação de serviços, bem como aos elementos estruturais relacionados a recursos e características dos sistemas. A estrutura também incorpora dimensões transversais, como eficiência, equidade, resiliência e sustentabilidade, considerando os resultados em nível individual e populacional, além dos contextos social, demográfico, econômico e ambiental (OECD, 2024).

Alinhadas a essa nova abordagem, têm ganhado destaque nos serviços de saúde as Medidas de Resultados Relatados pelo Paciente (PROMs) e as Medidas de Experiência Relatada pelo Paciente (PREMs) adaptadas a doenças específicas (OECD, 2024), que permitem capturar de forma sistemática a percepção das pessoas sobre seu estado de saúde, evolução clínica e vivência no cuidado recebido. Essas métricas reforçam a centralidade do paciente e oferecem subsídios valiosos para orientar decisões clínicas, aprimorar a qualidade do cuidado em saúde e apoiar comparações internacionais de desempenho dos sistemas de saúde.

A incorporação de métricas que capturam resultados e experiências relatadas pelos pacientes, associada a estruturas analíticas abrangentes como a recentemente proposta pela OCDE, evidencia que a qualidade deixou de ser um atributo periférico para se tornar um eixo estruturante das políticas de saúde. Esse avanço fornece um referencial robusto para que países, incluindo o Brasil, possam repensar seus arranjos institucionais e estratégias de monitoramento e avaliação, alinhando-se a padrões globais e fortalecendo a capacidade de resposta às demandas presentes e futuras do cuidado em saúde.

## 4.2 Entre programas e práticas: a qualidade em saúde no Brasil

No Brasil, a qualidade na área de saúde, no âmbito hospitalar, começou a ser discutida nos anos 70, tomando mais vulto apenas nos anos 90. Ainda assim, ao final dos anos 90, elevada porcentagem de hospitais públicos, filantrópicos, não filantrópicos e universitários, ainda não tinham iniciativas de qualidade implantadas, fato este, na maioria das vezes, atribuído aos custos dos programas de gestão da qualidade, à demora na obtenção de resultados e à percepção de falta de necessidade (Malik; Teles, 2001).

O processo tardio de inserção da gestão da qualidade nas unidades hospitalares e a falta de reconhecimento de sua importância denotam não apenas barreiras operacionais, mas também a necessidade de se trabalhar com a cultura da qualidade nessas instituições.

Em que pesem as recomendações da OMS, inexistente, até o momento, uma política específica nacional de qualidade em saúde no Brasil. Como aponta Carvalho (2022), historicamente, a melhoria da qualidade da atenção hospitalar não vem sendo considerada uma prioridade na formação da agenda do governo federal.

Apesar disso, ao longo dos últimos anos, identificam-se políticas e programas nacionais que expressam em suas diretrizes a busca pela qualidade dos serviços de saúde. Como será apresentado a seguir, o Programa de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH), o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS), a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e, mais recentemente, a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES) e o Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada, constituem marcos importantes na consolidação de uma cultura de avaliação e melhoria contínua. Essas estratégias introduzem diretrizes, padrões e instrumentos de monitoramento e avaliação que orientam gestores e profissionais na promoção da qualidade dos serviços prestados. Entretanto, ainda são soluções “fragmentadas, isoladas e algumas não tiveram continuidade, não podendo ser consideradas, portanto, políticas nacionais estratégicas e sistêmicas” para a melhoria da qualidade da atenção hospitalar (Carvalho, 2022).

O PNASH, criado em 1998, envolveu, em 2001 e 2002, pesquisas de satisfação dos usuários nas unidades de pronto-socorro, ambulatório e internação, bem como a aplicação de um roteiro técnico de avaliação pelos gestores estaduais e municipais em hospitais públicos e privados vinculados ao SUS, referente à estrutura existente e os principais processos nesses locais.



Reformulado em 2003, deu origem ao PNASS em 2004, com quatro eixos avaliativos: roteiro de padrões de conformidade; indicadores; pesquisa de satisfação dos usuários; e pesquisa das relações e condições de trabalho (Brasil, 2007a). Entre 2004 e 2006 e entre 2015 e 2016, o PNASS avaliou diversos serviços de saúde, incluindo 2.584 estabelecimentos: 1.761 hospitais (gerais e especializados), 295 unidades de pronto atendimento (UPA), 89 centros especializados de reabilitação e 439 de terapia renal substitutiva (Chaves et al., 2021). Apesar da relevância do programa como importante instrumento de avaliação no SUS para geração de dados com potenciais de uso em estudos de desempenho dos hospitais brasileiros e para reorientação dos processos nessas instituições, subsidiando a tomada de decisão para melhoria da gestão, da estrutura e da assistência à saúde (Chaves et al., 2021), não se verifica a continuidade do programa nos últimos anos.

Em 2009, foi criado o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) que visa contribuir para o fortalecimento do SUS por meio da execução de projetos estratégicos nas áreas de capacitação profissional, pesquisa, avaliação e incorporação de tecnologias em saúde, gestão e atenção especializada. Envolve a cooperação entre o Ministério da Saúde e seis hospitais sem fins lucrativos de referência no Brasil (Hospital Alemão Oswaldo Cruz, BP – A Beneficência Portuguesa de São Paulo, Hcor, Hospital Israelita Albert Einstein, Hospital Moinhos de Vento e Hospital Sírio-Libanês) que utilizam recursos de imunidade fiscal para financiar os projetos. Entre os projetos relacionados à qualificação da atenção hospitalar, destacam-se: Eficiência e melhorias em hospitais, Lean nas Emergências, Saúde em nossas mãos, RHP – Reestruturação de Hospitais Públicos (PROADI-SUS, 2025). O Programa continua vigente com indicativa de manutenção nas próximas décadas, contando, em 2025, com a participação de HUF.

Em 2011, o MS implementou, em parceria com estados e municípios, o Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Atenção à Saúde (QualiSUS-Rede). No entanto, o projeto não incorporou incentivos à adoção de programas de acreditação hospitalar nem estabeleceu metas estratégicas diretamente voltadas à segurança do paciente (Capucho; Cassiani, 2013). Ademais, não se verifica atualmente a continuidade do projeto.

Outra iniciativa do MS foi o Índice de Desempenho do SUS (ID-SUS), criado em 2011 para avaliar o desempenho do sistema em termos de acesso e efetividade nos diferentes níveis de atenção. Apesar de utilizar indicadores de qualidade, o ID-SUS não contempla diretamente a segurança do paciente entre suas métricas (Capucho; Cassiani, 2013). Ainda assim, inclui

indicadores indiretos, como a proporção de óbitos por infarto agudo do miocárdio durante internações, o que pode refletir falhas no atendimento pré-hospitalar e na detecção precoce (Capucho; Cassiani, 2013). O índice utilizava dados nacionais padronizados e permitia comparar municípios, estados e regiões, oferecendo subsídios para o planejamento e aprimoramento das políticas públicas de saúde.

No contexto de reorganização da atenção hospitalar no SUS, dando enfoque às diretrizes para organização do componente hospitalar na RAS, em 2013, foi publicada a PNHOSP (Brasil, 2017a). Pode-se considerar esta a primeira política nacional unificada e estruturada especificamente para a atenção hospitalar que buscou congregar uma série de normas e programas fragmentados existentes anteriormente para esse setor. Nessa política, a contratualização figura-se como eixo estruturante.

A garantia da qualidade da atenção hospitalar, a segurança do paciente, o monitoramento e a avaliação são diretrizes da PNHOSP (Brasil, 2017a). Conforme estabelecido nessa política, estão entre as responsabilidades dos hospitais o desenvolvimento de estratégias para “monitoramento e avaliação dos compromissos e metas pactuados na contratualização e da qualidade das ações e serviços de forma sistemática e em conjunto com as instâncias gestoras do SUS, utilizando-se dos resultados para subsidiar o processo de planejamento e gestão” (Brasil, 2017a).

Enquanto a PNHOSP visava organizar o funcionamento dos HUF e dos demais hospitais na RAS, a Ebserh, de forma complementar, buscava modernizar a gestão dos HUF, garantindo mais eficiência e ampliando o acesso. Tais iniciativas representavam um esforço governamental para consolidar um modelo hospitalar mais integrado, qualificado e sustentável.

Em 2013, também foi instituído o PNSP, com o objetivo geral de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional (Brasil, 2017b). O PNSP complementa a PNHOSP, trazendo um foco específico em segurança e qualidade nos serviços de saúde. Tal programa contempla diferentes estratégias e ações direcionadas aos usuários, gestores e demais profissionais de saúde para promoção da mitigação da ocorrência de eventos adversos na atenção à saúde. Dentre essas, figura-se a obrigatoriedade de criação de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) nos serviços de saúde.

Entre as competências das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e do Distrito Federal estabelecidas na PNHOSP, está o estabelecimento, de forma pactuada com os Municípios,

dos mecanismos de monitoramento e avaliação das ações realizadas no âmbito hospitalar, por meio de indicadores de desempenho e qualidade (Brasil, 2017a).

A construção de indicadores quali e quantitativos é fundamental para fornecer informações quanto ao programa e enfrentar complexidades e incertezas. Os indicadores podem ser classificados, portanto, como instrumentos de monitoramento. Para cumprirem adequadamente seu papel, devem ser: específicos, mensuráveis, atingíveis, relevantes e baseados no tempo (acrônimo SMART).

Alguns indicadores gerais já foram definidos na PNHOSP, sendo estes: taxa de ocupação de leitos, tempo médio de permanência para leitos de clínica médica, tempo médio de permanência para leitos cirúrgicos e taxa de mortalidade institucional. Para os hospitais que possuem Unidade de Terapia Intensiva (UTI), esse rol mínimo inclui também os seguintes indicadores: taxa de ocupação de leitos de UTI e densidade de incidência de infecção por cateter venoso central (CVC). Prevê-se ainda, pela PNHOSP, que outros indicadores sejam monitorados, alinhados aos compromissos pactuados pelos hospitais e à segurança do paciente. Entretanto, há ainda dificuldades para estabelecimento efetivo do monitoramento nas unidades hospitalares.

Embora também estabelecida na PNHOSP a criação de ferramenta pelo MS para monitoramento desses indicadores, bem como dos indicadores das redes temáticas e de segurança do paciente, não se identifica claramente a execução e divulgação desse instrumento.

A avaliação também se configura como um dos quatro eixos<sup>11</sup> de responsabilidade dos hospitais no âmbito da PNHOSP (Brasil, 2017a). Nesse sentido, estão previstas atividades para essas instituições como o acompanhamento dos resultados internos, a avaliação do cumprimento das metas e a resolutividade das ações e serviços por meio de indicadores quali e quantitativos estabelecidos no instrumento formal de contratualização (IFC), a avaliação da satisfação dos usuários e dos acompanhantes, a participação dos processos de avaliação estabelecidos pelos gestores do SUS, a auditoria clínica para monitoramento da qualidade da assistência e do controle de riscos, e o monitoramento da execução orçamentária.

---

<sup>11</sup> Os demais eixos são: assistência, gestão, ensino e pesquisa (Brasil, 2017a).

Recentemente, outra política pública veio complementar a PNHOSP no âmbito do SUS, a PNAES<sup>12</sup>, instituída em 2023. Dentre as diretrizes da PNAES, identificam-se aquelas que claramente indicam a busca pela qualificação do cuidado em saúde:

I - ampliação e garantia do acesso da população a serviços especializados, em tempo oportuno, com referência territorial e considerando as necessidades regionais, garantindo a equidade no atendimento, a **qualidade assistencial**, a integralidade e a maior efetividade e eficiência na aplicação dos recursos financeiros;

(...)

VI - promoção da cultura de segurança do paciente nos serviços especializados, de acordo com suas especificidades, por meio de monitoramento, avaliação e controle de estruturas, processos e resultados assistenciais, para garantir a **qualidade no cuidado**;

VII - estímulo à adoção de estratégias de formação, educação permanente, valorização, provimento e fixação de profissionais de saúde, visando a melhoria da atenção e a oferta de serviços com **qualidade** e em quantidade suficiente para garantir o acesso da população, em especial aquela de territórios mais vulneráveis e com vazios assistenciais;

(...)

X - estímulo ao uso oportuno e adequado de soluções e inovações de saúde digital para compartilhar e interoperar informações e sistemas, tornar mais ágil e oportuna a comunicação entre os pontos de atenção, melhorar a **qualidade**, a agilidade, a segurança, a efetividade e a eficiência dos serviços presenciais e remotos e engajar usuários, visando assegurar continuidade do cuidado, bem como evitar deslocamentos e procedimentos desnecessários;

(...)

XVIII - oferta de cuidado especializado orientado pelo princípio da equidade, promovendo a elaboração e implementação de estratégias que garantam o acesso e a **qualidade da assistência** aos grupos vulnerabilizados nos serviços e equipamentos da RAS, reconhecendo e respeitando as diversidades socioculturais e o enfrentamento do racismo estrutural; e [grifo nosso] (Brasil, 2023c).

As medidas exemplificativas apontadas na PNAES para garantia da atenção e da gestão do cuidado incluem “educação permanente e auditoria clínica, visando o aumento da resolubilidade e da satisfação das pessoas” (Brasil, 2023c).

O Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada, instituído no âmbito da PNAES, segue as diretrizes da política e reforça a importância do monitoramento e da gestão por resultados, focando na ampliação do acesso e na qualificação da atenção. Apresenta, dentre os seus objetivos: o aprimoramento da “governança da RAS com centralidade na garantia do acesso, qualificação da atenção, gestão por resultados e financiamento estável” e o fomento ao monitoramento e à avaliação “das ações e dos serviços de saúde, visando melhorar a qualidade da atenção especializada e ampliar o acesso à saúde” (Brasil, 2024d).

<sup>12</sup> Segundo essa política, “entende-se como Atenção Especializada o conjunto de conhecimentos, práticas assistenciais, ações, técnicas e serviços envolvidos na produção do cuidado em saúde marcados, caracteristicamente, por uma maior densidade tecnológica”, sendo a rede hospitalar parte integrante desta (Brasil, 2023c).

Adicionalmente, no âmbito da saúde suplementar, tem-se o Programa de Monitoramento da Qualidade (PM-QUALISS) Hospitalar, coordenado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que visa “monitorar, avaliar e divulgar o desempenho dos prestadores de serviços hospitalares que atuam na saúde suplementar por meio de indicadores de qualidade” (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2024).

### **4.3 Um olhar sobre a qualidade em saúde na Rede Ebserh**

A Rede Ebserh congrega a maior rede de hospitais públicos do Brasil e, mesmo sendo gerenciada pela quarta maior estatal do país, enfrenta constantes desafios à medida que a demanda por serviços de saúde aumenta. O déficit de capacidades agrava esse cenário, manifestando-se em diversos aspectos: limitações de infraestrutura e recursos; carência de profissionais capacitados para gestão hospitalar e qualidade assistencial; rotinas, práticas e procedimentos pouco institucionalizados; dificuldades na governança e integração de dados; resistência à adoção de ferramentas de gestão da qualidade; e cultura organizacional pouco orientada à melhoria contínua. Tais aspectos, associados à fragmentação da RAS, impactam a segurança do paciente, contribuindo para a ocorrência de eventos adversos, e reforçam a necessidade de soluções estruturadas para superá-los e fortalecer a qualidade do cuidado em saúde.

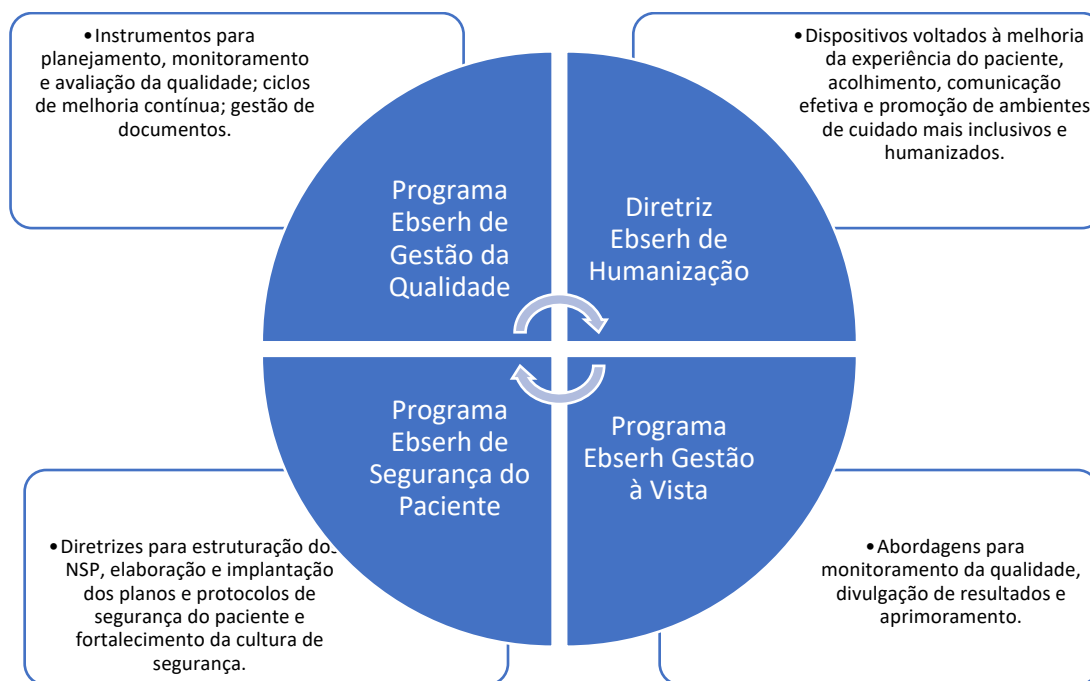
Diversas situações podem indicar que a qualidade do cuidado em saúde nos HUF ainda é um desafio para a Ebserh e para o SUS de forma geral, assim como ocorre em outros hospitais públicos: longo tempo de espera para consultas e cirurgias; erros diagnósticos; casos de negligência nos atendimentos assistenciais; eventos adversos em procedimentos; problemas na estrutura e gestão das unidades hospitalares; ineficiência na aplicação dos recursos; entre outros (Carvalho, 2022). Além do impacto direto na saúde e na vida dos pacientes, a qualidade deficitária da prestação de serviços nos HUF incorre em desperdício de recursos públicos e põe em risco a sustentabilidade financeira do SUS (Carvalho, 2022).

A gestão da qualidade na Rede Ebserh também traz suas especificidades. Dentre as atribuições da Ebserh Sede, estão a proposição de diretrizes e premissas para funcionamento dos serviços de acordo com as melhores práticas reconhecidas pela comunidade científica e instituições hospitalares de ensino, e o estímulo às equipes no aprimoramento contínuo dos serviços afetos à

área. No Mapa Estratégico da Ebserh de 2018, a qualidade e a segurança assistenciais foram apresentados dentre os direcionadores estratégicos, apesar de não constarem no mapa vigente em 2025 (Ebserh, 2018).

A atuação da empresa tem incorporado instrumentos para atendimento das diretrizes nacionais, além de adotar programas próprios para fortalecimento da segurança do paciente e da gestão da qualidade, a qual está incluída na cadeia de valor da estatal. Como exemplo, destacam-se o Programa Ebserh de Segurança do Paciente (PESP), a Diretriz Ebserh de Humanização, o Programa Ebserh de Gestão da Qualidade (PGQuali) e o Programa Ebserh Gestão à Vista, que contam com diretrizes a serem seguidas por todos os HUF da Rede Ebserh (**Figura 5**).

**Figura 5** – Programas e diretrizes da Rede Ebserh voltados para a gestão da qualidade do cuidado em saúde



Fonte: elaboração própria (2025).

O PESP, lançado em 2014, tem como finalidade fortalecer as práticas de segurança do paciente nos HUF, incluindo a consolidação de práticas de monitoramento e notificação de incidentes, alinhando-se às normativas nacionais, como o PNSP e a RDC Anvisa nº 36/2013, para redução de riscos e eventos adversos.

Complementarmente, a Diretriz Ebserh de Humanização da Rede Ebserh, instituída em 2017, inspirada em referenciais do SUS e da Política Nacional de Humanização, reforça a

centralidade do cuidado no usuário e a valorização dos profissionais de saúde na busca pela qualidade do cuidado. Sua integração com o PGQuali e o PESP fortalece a visão da qualidade como processo multidimensional, que envolve resultados clínicos, segurança, satisfação do usuário e condições adequadas de trabalho para as equipes.

O PGQuali, desenvolvido em 2018, envolve um sistema próprio de avaliação periódica da Ebserh, que visa promover a excelência na gestão, educação, pesquisa, extensão e inovação em saúde na rede de HUF geridos pela empresa (Ebserh, 2022a). Com o PGQuali, busca-se que os HUF efetivamente implantem sistemas de gestão da qualidade em suas instituições. Tal Programa vai ao encontro do Acórdão nº 1610/2013 do TCU, que estimula a Ebserh a adotar mecanismos para a gestão da qualidade nos HUF ao recomendar que a empresa avalie a possibilidade de contemplar mais HUF com o processo de Acreditação ou, alternativamente, caso a inclusão não fosse considerada viável, que, na medida do possível, estimulasse a implementação das atividades consideradas de excelência nos HUF não contemplados no processo (Brasil, 2013b).

Ainda que haja importantes avanços normativos e a ampliação do uso de ferramentas de gestão da qualidade, persistem desafios significativos no que se refere à institucionalização da cultura de avaliação, à produção e uso de dados abertos, à integração entre sistemas de informação e à ativação de capacidades organizacionais voltadas à melhoria contínua na Rede Ebserh.

A análise da qualidade do cuidado em saúde, especialmente no contexto HUF, revela a importância de políticas públicas que articulem objetivos normativos com capacidade institucional para sua realização. A efetividade dessas políticas não depende apenas da definição de diretrizes e metas, mas da capacidade do Estado em implementá-las por meio de arranjos institucionais coerentes, coordenados e responsivos à complexidade do setor saúde. Como aponta a OMS (2021), o mapeamento e o envolvimento das partes interessadas fazem parte das estratégias para a qualidade dos cuidados em saúde.

Assim, mais do que adotar modelos e indicadores, é fundamental compreender como os arranjos de implementação afetam a qualidade do cuidado em saúde nos HUF, quais capacidades são mobilizadas em contextos diversos, e como as políticas públicas podem induzir transformações estruturantes nos serviços de saúde. Nesse sentido, a compreensão sobre como a Ebserh organiza e ativa capacidades para entregar resultados em qualidade exige uma análise mais aprofundada quanto às capacidades estatais e arranjos de implementação existentes. Essas categorias analíticas são fundamentais para compreender o desempenho institucional em contextos de elevada

complexidade organizacional, como é o caso da governança dos HUF no Brasil. Essa perspectiva orienta a análise desenvolvida nesta tese, com foco na atuação da Ebserh e na relação entre dados abertos, arranjos institucionais e resultados em qualidade assistencial.



## **5 DADOS PARA A QUALIDADE EM SAÚDE: governança, abertura e transparência**

### **5.1 Delimitação conceitual**

Vivemos em uma era caracterizada pela produção massiva e contínua de dados (World Bank, 2021). A digitalização de processos, o avanço das tecnologias de informação e a popularização de dispositivos conectados criaram um ambiente em que dados são gerados continuamente e em volumes sem precedentes.

O relatório "Dados para uma vida melhor" do Banco Mundial aborda a revolução dos dados e seu potencial transformador para melhorar a vida das pessoas, especialmente as mais pobres (World Bank, 2021). Nessa lógica, os dados deixam de ser subprodutos administrativos para se tornarem ativos estratégicos capazes de sustentar a (re)formulação de políticas, a inovação em serviços e a tomada de decisões baseadas em evidências (OECD, 2019).

Contudo, como ressaltado pelo Banco Mundial, muito desse valor dos dados permanece inexplorado devido a obstáculos como o desalinhamento de incentivos, a incompatibilidade entre sistemas de dados e a falta de confiança generalizada (World Bank, 2021). Nesse cenário, ganha relevância a governança de dados, entendida como o conjunto de processos, estruturas e mecanismos que asseguram a disponibilidade, a integridade, a segurança e a interoperabilidade das informações para apoiar objetivos organizacionais e públicos. A governança de dados implica definir papéis e responsabilidades, padrões de qualidade e políticas de acesso e uso, criando as condições para que os dados gerem valor com responsabilidade e transparência.

Nesse contexto, também emergem os dados abertos. Dados abertos são aqueles “que podem ser livremente usados, reutilizados e redistribuídos por qualquer pessoa – sujeitos, no máximo, à exigência de atribuição da fonte e compartilhamento pelas mesmas regras” (Open Knowledge International, [S.d.]). Quando esses dados “são produzidos, coletados ou custodiados por autoridades públicas e disponibilizados em formato aberto, considera-se que são dados abertos governamentais” (DAG) (Brasil, 2015a).

DAG configuram-se como uma modalidade de transparência ativa, pela qual o Estado disponibiliza dados em formato digital aberto e livre, isto é, acessíveis por softwares não proprietários e sem restrições jurídicas relevantes. Essa disponibilização amplia o potencial de uso dos dados, permitindo que pesquisadores, desenvolvedores e outros atores sociais os reaproveitem

para finalidades diversas daquelas que motivaram sua coleta original, como a produção de pesquisas científicas, o desenvolvimento de aplicativos ou a criação de novos serviços e análises (Ruas et al., 2022). Os DAG podem, assim, permitir comparações entre unidades e territórios, reduzir lacunas de informação, melhorar a tomada de decisão e contribuir para maior transparência e controle social sobre políticas, programas e serviços de saúde (WHO, 2021).

A tendência mundial de abertura de dados conecta-se a movimentos mais amplos de ciência aberta e governo aberto que se entrelaçam em algum momento. Inspirado em princípios de acesso aberto, colaboração e reutilização, a ciência aberta inclui não apenas dados abertos, mas também acesso aberto a publicações, compartilhamento de metodologias e códigos, infraestrutura interoperável e participação cidadã na produção do conhecimento para acelerar a pesquisa, promover a transparência e a colaboração, e fomentar a inovação (Paic, 2021). Trata-se de um novo paradigma, cujas bases políticas e estruturais vêm sendo desenvolvidas em âmbito nacional e internacional por diferentes frentes e iniciativas, e que reforça a importância dos dados abertos para o ecossistema de inovação, o desempenho das políticas públicas e a qualidade em saúde.

Esse movimento articula-se, por sua vez, com as agendas de governo aberto e governança digital. O governo aberto, promovido por iniciativas como a *Open Government Partnership* (OGP), defende transparência, participação cidadã e *accountability* como princípios estruturantes da ação estatal. A governança digital amplia esse escopo ao incorporar tecnologias digitais, dados e processos inovadores para redesenhar políticas e serviços públicos, enfatizando interoperabilidade, inovação e geração de valor público (OECD, 2021).

Em suma, a governança de dados é o pilar que estabelece as regras e a confiança para o uso de dados. Ela viabiliza os dados abertos, que, por sua vez, são um componente chave do governo aberto para a transparência e responsabilização. A governança digital fornece a infraestrutura e as políticas para integrar e tornar os dados interoperáveis. A ciência aberta se beneficia dessa infraestrutura e políticas para promover a pesquisa e o compartilhamento de conhecimento. Coletivamente, esses elementos garantem a qualidade dos dados e, consequentemente, impulsionam a melhoria da qualidade em saúde, resultando em serviços mais eficientes, equitativos e centrados no paciente. Os desafios ainda incluem a necessidade de superação de barreiras regulatórias, éticas, culturais e tecnológicas.

Assim, a emergência de dados como ativo estratégico, a consolidação de práticas de dados abertos, a centralidade da qualidade em saúde, a difusão de princípios de ciência aberta e governo

aberto e o avanço da governança digital configuram um contexto dinâmico e desafiador para instituições públicas. Compreender como esses elementos se expressam no ordenamento normativo brasileiro e como se concretizam em setores específicos, como a saúde, é um passo necessário para avaliar e aprimorar a implementação de políticas públicas. É nesse quadro que se insere a apresentação, nas seções seguintes, dos marcos regulatórios nacionais e, posteriormente, do uso de dados abertos como recurso para monitoramento e avaliação no setor saúde, especificamente, na Rede Ebserh.

## 5.2 Principais marcos regulatórios brasileiros

A regulação do acesso à informação e a institucionalização da política de dados abertos no Brasil resultam de um processo normativo e político que se desenvolveu desde a Constituição de 1988. A partir desse marco, sucessivas iniciativas legais, decretos e instrumentos infralegais estabeleceram diretrizes, mecanismos e estruturas voltados à promoção da transparência, da participação social e da gestão da informação pública em formato aberto (**Quadro 7**).

**Quadro 7** – Principais dispositivos regulatórios brasileiros que se relacionam a transparência e dados abertos

Dispositivo	Ementa	Pontos principais
Constituição da República Federativa do Brasil (1988)	Organiza o Estado brasileiro, define direitos e deveres dos cidadãos, estrutura os poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, estabelece princípios de organização federativa e normas sobre direitos sociais, políticos e individuais.	Estabelece o acesso à informação como direito fundamental. - Art. 5º, XXXIII: acesso a informações de interesse particular, coletivo ou geral como direito de todos. - Art. 37, §3º, II: acesso a registros administrativos e informações sobre atos de governo. - Art. 216, §2º: administração pública como responsável pela gestão da documentação governamental e para sua disponibilização. - Sigilo apenas em casos imprescindíveis à segurança da sociedade e do Estado.
Lei Complementar nº 131, de 27/05/2009	Acrescenta dispositivos à Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, que estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências, a fim de determinar a disponibilização, em tempo real, de informações pormenorizadas sobre a execução orçamentária e financeira da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.	- Preconiza realização de audiências públicas e incentivo à participação popular para elaboração e discussão dos planos, LDO e orçamentos.

<b>Dispositivo</b>	<b>Ementa</b>	<b>Pontos principais</b>
Lei nº 12.527, de 18/11/2011 (Lei de Acesso à Informação – LAI ou Lei da Transparência)	Regula o acesso à informação previsto na Constituição Federal e dá outras providências.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Publicidade como regra, sigilo como exceção, previsto em casos imprescindíveis à segurança da sociedade ou do Estado.</li> <li>- Aplicável a todos os entes da federação, empresas públicas e sociedades de economia mista.</li> <li>- Obrigatoriedade de divulgação de informações mínimas na internet (competências, despesas, transferências, licitações, programas, contratos etc.).</li> <li>- Estabelece requisitos técnicos para sítios eletrônicos (formatos abertos, acessibilidade, pesquisa, autenticidade, atualização).</li> <li>- Proteção de dados pessoais com prazos e exceções específicas.</li> </ul>
Decreto nº 7.724, de 16/05/2012	Regulamenta a LAI.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estabelece padronização de portais eletrônicos (banners para acesso à seção de divulgação de dados públicos, identidade visual, redirecionamento ao Portal Brasil e para o site da LAI).</li> <li>- Designação de autoridade responsável em cada órgão para monitorar e implementar a LAI.</li> <li>- Obrigatoriedade de relatórios anuais à CGU.</li> <li>- Adequação das políticas de gestão da informação nos órgãos públicos.</li> </ul>
Instrução Normativa SLTI/MP nº 4, de 12/04/2012	Institui a Infraestrutura Nacional de Dados Abertos (INDA).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Define política de dados abertos e padrões técnicos.</li> <li>- Organiza e coordena compartilhamento de dados entre órgãos e sociedade.</li> <li>- Estimula reuso de dados, inovação e governança pública.</li> <li>- Portal Brasileiro de Dados Abertos como referência central.</li> <li>- Cada órgão deve publicar e integrar seus dados ao portal.</li> <li>- Gestão pela SLTI/MP com comitê gestor interministerial e participação da sociedade civil e academia.</li> </ul>
Decreto nº 8.243, de 23/05/2014	Institui a Política Nacional de Participação Social (PNPS) e o Sistema Nacional de Participação Social (SNPS).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fortalece mecanismos de diálogo e participação social.</li> <li>- Apoia a disponibilização de dados abertos e a transparência governamental.</li> <li>- Art. 18, VII: prioriza exportação de dados em formatos abertos e legíveis por máquinas em ambientes virtuais de participação.</li> </ul>
Decreto nº 8.777, de 11/05/2016	Institui a Política de Dados Abertos (PNDA) do Poder Executivo Federal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estabelece objetivos: cultura de transparência, acesso amplo, intercâmbio entre órgãos, fomento à pesquisa, inovação e novos negócios.</li> <li>- Implementação por meio de Planos de Dados Abertos (PDA).</li> <li>- PDA deve conter: inventários e catálogos, critérios de priorização, cronogramas, definição de responsabilidades, engajamento cidadão.</li> <li>- Gestão centralizada pela INDA.</li> </ul>
Lei nº 13.709, de 14/08/2018	Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estabelece regras para coleta, uso, armazenamento e compartilhamento de dados pessoais.</li> <li>- Direitos dos titulares de dados, bases legais para tratamento e responsabilidade de agentes.</li> <li>- Criação da Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD).</li> </ul>
Lei nº 13.853, de 08/07/2019	Altera a Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, para dispor sobre a proteção de dados pessoais e	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Define competências da ANPD.</li> <li>- Regulamenta fiscalização e aplicação de sanções.</li> </ul>

Dispositivo	Ementa	Pontos principais
	para criar a Autoridade Nacional de Proteção de Dados; e dá outras providências.	- Reforça proteção de dados pessoais em órgãos públicos e empresas.
Decreto nº 9.903, de 08/07/2019	Altera o Decreto nº 8.777, de 11 de maio de 2016, que institui a Política de Dados Abertos do Poder Executivo federal, para dispor sobre a gestão e os direitos de uso de dados abertos.	- Estabelece que os dados abertos são de livre utilização pelos Poderes Públicos e pela sociedade. - CGU, por meio da INDA, como coordenadora da gestão da Política de Dados Abertos. - Cronograma de publicação dos PDA definido pela CGU.
Decreto nº 10.046, de 09/10/2019	Dispõe sobre a governança no compartilhamento de dados no âmbito da administração pública federal e institui o Cadastro Base do Cidadão e o Comitê Central de Governança de Dados.	- Estrutura a governança de dados na administração federal. - Criação do Cadastro Base do Cidadão como referência única de informações.
Decreto nº 10.160, de 09/12/2019 <sup>13</sup>	Institui a Política Nacional de Governo Aberto e o Comitê Interministerial de Governo Aberto.	Estabelece que a Política Nacional de Governo Aberto, no âmbito federal, será operacionalizada por meio dos Planos de Ação para o Governo Aberto constituídos por iniciativas, ações, projetos, programas e políticas públicas que ampliem a transparência, o acesso à informação, a melhoria na prestação de serviços públicos e o fortalecimento da integridade. Esses planos operacionalizam as ações relativas à Parceria para o Governo Aberto ( <i>Open Government Partnership</i> – OGP <sup>14</sup> ).
Decreto nº 10.332, de 28/04/2020	Institui a Estratégia de Governo Digital para o período de 2020 a 2022.	- Define diretrizes e metas para digitalização, interoperabilidade e governança de dados.
Lei nº 14.129, de 29/03/2021	Dispõe sobre princípios, regras e instrumentos para o Governo Digital e para o aumento da eficiência pública.	- Alinha regras da LGPD, LAI e demais legislações à estratégia de governo digital. - Fomenta eficiência e interoperabilidade.
Decreto nº 11.529, de 16/05/2023	Institui o Sistema de Integridade, Transparência e Acesso à Informação (Sitai) e a Política de Transparência e Acesso à Informação da Administração Pública Federal.	- Sitai: coordena e articula ações de integridade, transparência e acesso à informação, definindo padrões nessas áreas e ampliando a simetria de dados entre governo federal e sociedade. - Política de Transparência e Acesso à Informação: busca fortalecer o acesso público a dados, orientar estratégias de transparência ativa com foco no cidadão e ampliar a participação social na formulação, execução e monitoramento de políticas, serviços e uso de recursos públicos.

Fonte: elaboração própria (2025) a partir de revisão documental.

A análise dos marcos regulatórios evidencia uma evolução normativa que vai da consagração constitucional do direito de acesso à informação até a institucionalização de políticas

<sup>13</sup>Revogou o Decreto de 15/09/2011 que instituiu o Plano de Ação Nacional sobre Governo Aberto e dá outras providências; e o Decreto de 12/03/2013 que alterou esse decreto, que foram os marcos iniciais de Governo Aberto.

<sup>14</sup>A OGP reúne 74 países para a implantação de práticas para uma governança transparente, participativa, inclusiva e responsável (OGP, 2025)

específicas para dados abertos e transparência. A Constituição de 1988 inaugurou a base legal, posteriormente reforçada pela LAI (Lei nº 12.527/2011), que consolidou a publicidade como regra e o sigilo como exceção e detalhou mecanismos de implementação. A INDA, a PNPS, a PNDA, Política Nacional de Governo Aberto e a Política de Transparência e Acesso avançaram para a padronização técnica e a criação de instrumentos de planejamento e operacionalização de atividades voltadas à abertura de dados (ex.: Plano de Dados Abertos) e a transparência. Em conjunto, esses instrumentos não apenas garantem o acesso formal à informação, mas também buscam fomentar uma cultura de abertura, inovação e controle social.

A participação brasileira na OGP como membro cofundador desde 2011 tem corroborado para essa trajetória. No âmbito desta Parceria e da Política Nacional de Governo Aberto, em 2023, foi construído o 6º Plano de Ação Nacional em Governo Aberto brasileiro de forma coletiva por meio de oficinas de cocriação envolvendo 155 pessoas de 80 instituições, com participação da sociedade e validação do Comitê Interministerial de Governo Aberto e do Grupo de Trabalho da Sociedade Civil. Neste plano, constam oito compromissos assumidos para implantação de ações de 2023 a 2027 (Brasil, 2023a).

Os compromissos 3 e 4 do 6º Plano de Ação Nacional para o Governo Aberto brasileiro caminham nesse sentido, embora não sejam focados exclusivamente na saúde (Brasil, 2023a). O Compromisso 3, ao promover práticas colaborativas para a ciência e a tecnologia, estabelece as bases para a produção, gestão e reuso de dados científicos, incluindo os dados de pesquisa em saúde, de forma mais transparente e interoperável. O Compromisso 4, ao fortalecer a cultura de acesso à informação e aprimorar o cumprimento da LAI, garante que o direito à informação seja efetivo em todas as esferas, impactando diretamente a disponibilização de dados governamentais de saúde (Brasil, 2023a).

Todavia, a efetividade desses marcos depende da capacidade estatal de implementação, da infraestrutura tecnológica e da mobilização da sociedade civil e do setor acadêmico. Em muitos casos, ainda persistem desafios relacionados à qualidade, atualização, interoperabilidade e usabilidade dos dados disponibilizados. Assim, a trajetória regulatória brasileira demonstra avanços consistentes, mas ainda requer esforços para consolidar os dados abertos como prática cotidiana de governança democrática e como insumo estratégico para a formulação, monitoramento e avaliação de políticas públicas.

### 5.3 Qualidade em saúde guiada por dados: dados abertos como recurso para monitoramento e avaliação

*Quando você coleta os seus dados, reúne informações que, no futuro, poderão ser analisadas de formas muito diferentes. São coisas que terão um valor enorme para cientistas que nem nasceram.*  
(POLIAKOFF, 2013, p. 1).

A transparência em todo o sistema de saúde é um elemento fundamental para a qualidade do cuidado em saúde, a segurança do paciente e a redução de danos evitáveis, constituindo a base para o aprendizado organizacional, a prestação de contas e a melhoria contínua (Slawomirski; Klazinga, 2022; World Health Organization, 2021).

A publicação de dados de desempenho hospitalar pode estimular melhorias na qualidade ao permitir que pacientes façam escolhas mais informadas, que profissionais de saúde se mobilizem por melhores práticas e que gestores e formuladores de políticas sejam responsabilizados por resultados (Werner; Asch, 2005). Tornar os resultados visíveis amplia a *accountability* do sistema e atua como catalisador para mudanças organizacionais voltadas à melhoria contínua da assistência. Nesse sentido, os dados abertos se apresentam como um instrumento central para a consolidação de um sistema de saúde mais transparente, responsivo e orientado à qualidade.

A disponibilização e o uso inteligente de dados abertos podem também atuar como um mecanismo de ativação de capacidades estatais, fortalecendo a capacidade analítica e decisória das instituições públicas, alinhando-se às agendas de governo aberto, governança de dados e governança digital. Quando disponibilizados de forma estruturada e atualizada, esses dados podem possibilitar: monitoramento da execução das políticas; análises mais detalhadas, comparativas e transparentes dos serviços prestados à população, tais como análises comparativas entre unidades federativas, instituições e períodos históricos; produção e monitoramento de indicadores de desempenho e qualidade; fortalecimento da transparência e do controle social.

Entretanto, para que os dados abertos sejam de fato úteis na avaliação da qualidade e na formulação de políticas baseadas em evidências, é necessário o fortalecimento da capacidade informacional do Estado. Essa capacidade, conforme Cintrão (2016), refere-se à aptidão institucional de produzir, armazenar, integrar e interpretar dados administrativos de maneira confiável, válida e estratégica. Para isso, é preciso definir previamente as informações a serem obtidas, estabelecer padrões de coleta e armazenamento, e garantir a qualidade metodológica dos

registros, especialmente no que diz respeito à sua confiabilidade e validade. Somente com dados qualificados é possível gerar indicadores robustos e comparáveis, capazes de subsidiar decisões e orientar a melhoria contínua dos serviços públicos.

Além disso, Cintrão (2016) alerta para os desafios estruturais enfrentados pela administração pública brasileira, como sistemas fragmentados, cadastros desatualizados, ausência de rotinas de verificação e bases inacessíveis ou fechadas, que comprometem a utilidade dos dados para fins de avaliação. Superar essas limitações exige uma modernização dos sistemas de informação e uma mudança na cultura organizacional dos órgãos públicos, com vistas à promoção de uma arquitetura informacional voltada à transparência e ao uso estratégico de dados abertos.

Para o setor saúde, há ainda a questão emblemática da dualidade dos dados: de um lado, são insumos essenciais para a vigilância epidemiológica, a gestão de sistemas, a formulação de políticas baseadas em evidências, o monitoramento e a avaliação da qualidade em saúde; e, de outro, envolvem questões críticas de privacidade e proteção de informações pessoais (World Bank, 2021).

Nesse contexto, destaca-se a Recomendação do Conselho da OCDE de 2017 sobre Governança de Dados de Saúde, que propõe uma estrutura abrangente para orientar os países membros na formulação de políticas de dados de saúde. A Recomendação estabelece 12 princípios de alto nível que devem guiar o desenvolvimento, o conteúdo e a avaliação das estruturas nacionais de governança de dados de saúde:

- a) participação das partes interessadas no desenvolvimento da estrutura nacional;
- b) coordenação intergovernamental e entre processadores de dados para garantir padrões comuns;
- c) análise da capacidade dos sistemas públicos de dados para atender ao interesse público;
- d) comunicação clara aos cidadãos sobre o uso de seus dados de saúde;
- e) processamento de dados com base em consentimento ou em bases legais adequadas;
- f) procedimentos formais de análise e aprovação para uso dos dados;
- g) transparência por meio da divulgação pública de informações sobre o uso dos dados;
- h) desenvolvimento e uso de tecnologias que garantam tanto a eficiência quanto a proteção dos dados;
- i) monitoramento e avaliação da efetividade da estrutura nacional de governança de dados;



- j) capacitação contínua dos profissionais que lidam com dados pessoais de saúde;
- k) estabelecimento de controles e salvaguardas nos sistemas e processos de dados; e
- l) responsabilização dos processadores de dados pelo cumprimento das diretrizes da estrutura nacional (OECD, 2021).

Esses princípios fornecem diretrizes fundamentais para a consolidação de uma política informacional integrada, orientada à proteção de dados sensíveis, à eficiência administrativa e à geração de valor público por meio da utilização estratégica da informação. A adoção de diretrizes voltadas à governança de dados e dados abertos pode fortalecer a capacidade analítica do sistema de saúde e, especialmente, contribuir para a melhoria da qualidade do cuidado prestado nos HUF, ampliando a confiança da sociedade e o impacto das políticas públicas.

No caso dos HUF geridos pela Ebserh, o uso de dados abertos é particularmente relevante dada a pluralidade de funções que cumprem simultaneamente (assistenciais, formativas e científicas) e à integração ao SUS, SNCTIS e Sistema de Educação. Grande parte do debate sobre a criação e manutenção da estatal poderia ser mais bem substanciado com a análise de indicadores de desempenho dos planos de reestruturação dos HUF e com a avaliação do impacto dos contratos de gestão estabelecidos com essa empresa pública na melhoria da qualidade da assistência à saúde nessas instituições.

A ampliação dos contratos de gestão estabelecidos entre as IFES e a Ebserh para gestão dos HUF enseja esforços crescentes nesse sentido. Considerando que a Ebserh busca implementar padrões assistenciais e gerenciais para os HUF sob sua gestão, o monitoramento contínuo de indicadores de assistência à saúde e gestão hospitalar permite verificar se esses padrões estão sendo seguidos e identificar *gaps* nessas dimensões, o que é crucial para a segurança do paciente e a efetividade dos serviços de saúde no âmbito da RAS. Além disso, os HUF têm um papel central na formação de profissionais de saúde e na produção de conhecimento científico. Um monitoramento eficaz de indicadores relacionados ao ensino, à pesquisa e à extensão pode contribuir para avaliar a integração dessas vertentes à assistência nesses hospitais.

Além disso, a ampliação dos contratos traz um volume maior de recursos humanos, financeiros e tecnológicos sob administração da Ebserh. O monitoramento e a avaliação permitem otimizar esses recursos, evitando desperdícios e garantindo que estes sejam alocados de forma estratégica para eficiência e maior qualidade dos serviços prestados. Monitorar e avaliar a qualidade do cuidado em saúde nos HUF exige dados que reflitam essa complexidade.

A abertura de dados pela Ebserh e pelos HUF contribuiria nesse sentido, fornecendo meios para a transparência e o controle social e, de forma mais abrangente, para a ampliação do conhecimento sobre as políticas de ensino e saúde, e para a geração de mais confiança das partes interessadas (Campagnucci, 2021).

Nesse contexto, o reconhecimento do que tem sido classificado como dados abertos pelos HUF e a análise do alinhamento aos princípios da Política Nacional de Dados Abertos (PNDA) corroboram para a avaliação da transparência dada pela Rede Ebserh e as potencialidades para o controle social, redução da assimetria de informação e aplicação como insumo para práticas de monitoramento e avaliação.

Apesar dos desafios enfrentados para reconhecimento de suas potencialidades, as atividades de monitoramento têm ganhado maior destaque na administração pública como um mecanismo de aprendizagem institucional e organizacional, bem como de controle social e *accountability* (Rodrigues; Boullosa, 2014). Por meio delas, é possível verificar se a implementação de uma política pública ou outra intervenção está ocorrendo a contento, quais produtos, resultados e impactos têm sido gerados (Lassance, 2023). Ademais, permite o reconhecimento do alcance de metas e objetivos, possibilitando a correção de falhas durante a execução das ações (Rodrigues; Boullosa, 2014).

Em que pese o reconhecimento de sua importância, a cultura de monitoramento e avaliação é, muitas vezes, inexistente nas organizações (Jannuzzi, 2011). Embora deveriam ser publicizados os resultados dos indicadores de qualidade em saúde e segurança do paciente dos HUF, ainda não se identifica instrumento de divulgação ampla e centralizada desses dados da Rede Ebserh.

Também não estão facilmente identificáveis as formas de monitoramento dos projetos de reestruturação dos HUF, não estando disponíveis informações quanto ao alcance das metas definidas nesses projetos. Como aponta Cintrão (2016, p. 268):

A maioria dos órgãos governamentais trabalha na coleta e armazenamento de uma grande quantidade de registros administrativos, sem, no entanto, dispor de metodologias capazes de transformar esses registros administrativos em registros científicos e estatísticos capazes de produzir informações para norteameto da gestão governamental.

Como apontam os “Estudos da OCDE sobre os Sistemas de Saúde: Brasil 2021”, um sistema de saúde eficiente e sustentável só pode ser alcançado pelo uso inteligente de dados e tecnologias digitais. Uma coleta de dados mais ampla e aprimorada traria ganhos significativos para o planejamento e a gestão do SUS, permitindo uma melhor compreensão do custo e da

efetividade dos tratamentos, reduzindo gastos desnecessários e lacunas na qualidade (OECD, 2021).

A introdução de um debate sobre a qualidade do cuidado em saúde e os dados abertos na Rede de HUF, após a Ebserh, leva à necessidade de se compreender o novo modelo de governança instituído com esse novo instrumento de política pública, especificamente como os arranjos de implementação e a ativação de capacidades influenciam nesses aspectos. A compreensão desse modelo auxilia na avaliação da implementação desse instrumento e possibilita a identificação de oportunidades de melhoria.

## **ATO 2 – OS CONCEITOS E FERRAMENTAS: as lentes para enxergar o fenômeno**

Investigar políticas públicas e qualidade em saúde exige mais que dados, requer lentes analíticas capazes de revelar o que está por trás das práticas e arranjos institucionais. É por meio dessas lentes que será possível compreender como os arranjos de governança dos HUF modificaram após a criação da Ebserh e como as capacidades foram (des)ativadas para o alcance de resultados na melhoria da qualidade em saúde e na disponibilização de dados abertos. Este ato apresenta o “kit de ferramentas” utilizado, com destaque para as teorias sobre capacidades estatais e arranjos de implementação.

### **6 CAPACIDADES**

Nos estudos de implementação de políticas públicas, as capacidades estatais têm sido elemento fundamental para a compreensão dos resultados das políticas. Mesmo políticas bem desenhadas podem fracassar na ausência de capacidades institucionais adequadas, especialmente em contextos de alta complexidade como o da saúde pública.

O conceito de capacidades está relacionado ao de governança, podendo ser definido como o modo que a governança ativa ou desativa capacidades, como se dá o fluxo e quem faz o que. Diferentemente de abordagens que focalizam apenas a qualidade do desenho institucional ou a vontade política, o conceito de capacidade estatal permite examinar o que o Estado efetivamente consegue fazer, com quais recursos, instrumentos e arranjos organizacionais.

Entende-se, de acordo com essa abordagem, que a interferência nas configurações dos atores modifica a forma de ativação ou desativação de capacidades, bem como a eficiência da organização ou do Estado (a depender do objeto de estudo). Dessa forma, capacidades são um elemento crítico para atuação dos participantes, exercício do poder, geração e entrega de resultados. Dito de outro modo, para uma boa governança, é primordial a construção de capacidades, ou seja, a aquisição e o fortalecimento de competências e habilidades necessárias para o alcance dos objetivos estabelecidos de forma efetiva. Capacidades também podem ser utilizadas como categoria analítica da governança, de modo a reconhecer como estas afetam o desempenho e os resultados observados, bem como quais fatores as determinam e de que forma podem ser fortalecidas para elevar os níveis de entrega e de qualidade.

Não se trata apenas de dispor de recursos humanos, financeiros ou normativos (capacidades estáticas), mas também da capacidade de coordenar atores, mobilizar informações, produzir conhecimento e responder a contextos em mudança (capacidades dinâmicas).

Na perspectiva de governança pública<sup>15</sup> e das capacidades estatais, Pierre e Petters (2005) associam governança ao conjunto de arranjos e mecanismos por meio dos quais os governos buscam formular e implementar políticas públicas, coordenando atores e recursos para orientar a sociedade. Nesse sentido, a governança está diretamente relacionada à capacidade estatal de direção, articulação de interesses e promoção da coerência entre políticas, reforçando o papel do Estado como ator central na mediação entre demandas sociais e respostas institucionais.

As transformações do Estado, em suas funções e papéis, requereram (e ainda requerem) o debate sobre capacidades embutidas na discussão sobre novos modos de governança (Gaetani; Palotti; Pires, 2021). A partir do século XX, na lógica de privatização do papel do Estado, o conceito de capacidade estatal passa a se relacionar com o conceito de governança já que a relação entre as organizações dos setores público e privado, da sociedade civil e do terceiro setor passa a ser fundamental para a efetividade do governo, mais do que a existência de uma burocracia estatal competente e corporativamente coerente (relevância do “governar com”) (Pires; Gomide, 2016).

Como aponta o Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial (1997), para um Estado efetivo, as atividades estatais precisam estar de acordo com sua capacidade, sendo necessário encontrar o equilíbrio entre os resultados que se pretende atingir e os meios (recursos e capacidades) que se tem para alcançá-los. Portanto, o aprimoramento das capacidades corrobora para o aprimoramento da governança como apontam estudos (Gaetani, 2022a; Pires; Gomide, 2016). Podemos dizer que o aprimoramento das capacidades, assim como das instituições, envolve a preparação para o melhor atendimento ao interesse público, a criação de um ambiente capaz de gerar resultados e de um modelo de governança adequado ao contexto (Brasil, 2018a).

Nesse sentido, contextos também importam para o debate. A interferência nas configurações dos atores (quem faz o quê?) e nos recursos que mobilizam (como fazem?) modifica a forma de ativação ou desativação de capacidades, bem como a eficiência das ações (Capano;

---

<sup>15</sup>Governança pública é o “conjunto de mecanismos de liderança, estratégia e controle postos em prática para avaliar, direcionar e monitorar a gestão, com vistas à condução de políticas públicas e à prestação de serviços de interesse da sociedade” (Brasil, 2017c).

Howlett; Ramesh, 2015). Diferentes arranjos produzem diferentes capacidades, influenciando a governança, desempenho e resultados de políticas públicas. Dependendo dos atores envolvidos, da sua forma de interação, da distribuição de papéis e funções entre eles, a governança pode estar associada a Estados mais capazes (Pires; Gomide, 2016).

Na atualidade, no mundo VUCA<sup>16</sup> e BANI<sup>17</sup>, em que se vivenciam constantes transformações nos ambientes econômico e social, a evolução tecnológica e das mídias sociais (transformação digital) e a reestruturação dos processos de trabalho, o debate sobre capacidades é cada vez mais importante para a discussão de governança, principalmente diante do cenário de pouca atenção dada à construção de capacidades (Cavalcante; Pires, 2018). Construção de capacidades envolve, dentre outros aspectos, mobilização de plataformas tecnológicas, recursos financeiros e de infraestrutura; desenvolvimento de instrumentos normativos e procedimentais; aprimoramento de competências e articulações interinstitucionais; e inovação (Cavalcante; Pires, 2018).

A combinação de diferentes capacidades contribui para o desempenho e para a geração de inovações, sendo possível reconhecer capacidades técnico-administrativas, tais como o nível de profissionalização no serviço público, capacidades digitais, mecanismos de coordenação intragovernamental e procedimentos de monitoramento da implementação de políticas públicas; além das capacidades político-relacionais, reconhecidas pelas interações institucionalizadas entre atores burocráticos e agentes políticos, canais de participação social (ex.: conselhos e audiências públicas), *networking* e mecanismos de articulação com órgãos de controle (Pires; Gomide, 2016). Todas essas capacidades estão inter-relacionadas, precisam ser construídas/fortalecidas em arranjos de governança em um ambiente nem sempre propício, permeado por desafios e gerenciamento de conflitos.

Pires e Gomide (2016) analisaram os arranjos institucionais relacionados à implementação de oito políticas públicas do governo federal do período de 2003 a 2013, de modo comparativo, quanto às capacidades estatais e à geração de resultados (produtos e inovação), utilizando a metodologia de *Quality Comparative Analysis* (QCA). Para sustentar a análise desses arranjos institucionais, os autores trouxeram o conceito de capacidade estatal, a argumentação das três gerações de estudos deste campo, o conceito de governança que passa a se relacionar à capacidade

---

<sup>16</sup> Sigla referente a *Volatility, Uncertainty, Complexity e Ambiguity*.

<sup>17</sup> Sigla referente a *Brittle, Anxious, Nonlinear e Incomprehensible*.

estatal e as matrizes desta, sintetizados no **Quadro 8**. Apresentaram ainda as três ondas de governança e a relação com as capacidades estatais, como apresentado por Matthews (2012): 1ª onda – esvaziamento do Estado, 2ª onda – deslocamento das capacidades do Estado, 3ª onda – ampliação da capacidade estatal com as mudanças associadas à noção de governança.

**Quadro 8** – Conceitos de capacidade estatal e governança

Termo		Conceito
Capacidade estatal		Criação e manutenção da ordem em um determinado território, o que exige um conjunto de medidas para a proteção da soberania, como administrar um aparato coercitivo, arrecadar tributos e administrar um sistema de justiça.
	1ª geração	Explicar as situações em que os Estados emergem, gerenciam conflitos internos e externos e transformam as suas sociedades e economias.
	2ª geração	Capacidades que os Estados possuem (ou não) para atingir, de forma efetiva, os objetivos que pretendem por meio de suas políticas públicas, como a provisão de bens e serviços públicos. Capacidades do “Estado em ação”: capacidades de identificação de problemas, formulação de soluções, execução de ações e entrega dos resultados
	Séc. XX	Capacidade estatal passa a se relacionar com o conceito de governança, já que a relação entre as organizações do setor público, do setor privado e da sociedade civil passa a ser fundamental para a efetividade do governo, mais do que a existência de uma burocracia estatal competente e corporativamente coerente.
Governança		“mudança no sentido da atividade governamental, referindo-se a novos processos de governo, ou a renovadas condições para o exercício do poder e para a organização estatal, ou a novos métodos por meio dos quais a sociedade é governada” (Rhodes, 1996).
	Hierarquia	Princípio de integração e coordenação marcado pela imposição por meio de leis e de estruturas organizacionais (com alta formalização/rotinização e pouca flexibilidade e criatividade)
	Mercado	Interações entre os atores se baseiam em trocas autointeressadas que se organizam em relações contratuais, as quais poderiam ser aplicadas às atividades de governo
	Rede	Relações entre os atores envolvem interdependência, confiança, identidade, reciprocidade e compartilhamento de valores ou objetivos (alta flexibilidade e solidariedade, mas baixa sustentabilidade).

Fonte: elaborado com base em Pires e Gomide (2016).

É na perspectiva da 3ª onda de estudos sobre governança e sua conexão com a capacidade estatal que Pires e Gomide (2016) conduziram seu estudo, distinguindo dois tipos de capacidades do Estado: técnico-administrativas e político-relacionais. Essa abordagem amplia a compreensão sobre a implementação de políticas públicas, ao reconhecer que a efetividade estatal não depende apenas da eficiência burocrática, mas também da habilidade do Estado em interagir com múltiplos atores e produzir legitimidade e aprendizado ao longo do processo.

A capacidade técnico-administrativa é derivada da burocracia existente para conduzir as ações de forma coordenada, associada a noções de eficiência e eficácia. Essa dimensão expressa-se em três aspectos principais:

- a) a presença de burocracias governamentais profissionalizadas;
- b) o funcionamento de mecanismos de coordenação intragovernamental, que asseguram coerência e integração entre políticas e órgãos; e
- c) a existência de procedimentos sistemáticos de monitoramento e avaliação da implementação.

Já a capacidade político-relacional refere-se às habilidades e interações de múltiplos atores de forma articulada para construção de consensos mínimos e formação de coalisões, relacionada com as ideias de legitimidade, aprendizagem e inovação nas ações dos governos. Essa dimensão se manifesta em três aspectos:

- a) interações institucionalizadas entre atores burocráticos e agentes políticos (parlamentares de diversos partidos);
- b) existência e funcionamento de mecanismos de participação social (como conselhos e audiências públicas); e
- c) presença da fiscalização de agências de controle.

A articulação dessas duas dimensões é central para compreender a capacidade de entrega das políticas públicas. Pires e Gomide (2016) identificaram que altas capacidades técnico-administrativas estão relacionadas com a alta entrega de produtos (maior eficiência) e que médias e altas capacidades político-relacionais estão relacionadas com a alta inovação, ao ampliar os espaços de debate, aprendizagem e ajuste contínuo. A interação entre burocracias profissionalizadas, atores políticos e mecanismos participativos cria, portanto, um ambiente propício à reflexividade institucional, em que a implementação se torna também um processo de experimentação e aprimoramento das políticas.

Pires e Gomide (2016) discutem ainda esses achados mediante à avaliação dos elementos dos arranjos institucionais existentes e sumarizam:

a análise no interior dos casos revela os mecanismos que explicam as ligações entre as diferentes dimensões das capacidades e os distintos tipos de resultados. Como se pôde ver, a maior interação das burocracias estatais com os agentes políticos, a incorporação de canais participativos e a exposição dos programas à fiscalização criaram oportunidades, debates e negociações, que geraram elementos para revisão e inovação de processos durante a implementação das políticas – o que não aconteceu nos casos em que essas condições estavam ausentes (Pires; Gomide, 2016).

Essa interpretação dialoga com a pesquisa de Bersch, Praça e Taylor (2017) que analisou dados administrativos de mais de 326 mil servidores de 95 órgãos federais brasileiros, focando em três dimensões: capacidade, autonomia (liberdade da burocracia de influências externas,



especialmente de políticos de apadrinhamento) e domínio partidário (concentração de indivíduos do mesmo partido na agência). O estudo serve como uma "prova de conceito" para medir estas variáveis e examinar como estas se relacionam com resultados de governança, especificamente a corrupção relatada. Os achados demonstraram a enorme variação entre as burocracias dentro do governo nacional contemporâneo no Brasil, e a associação entre o domínio partidário e a diminuição substancial da capacidade, sugerindo um efeito corrosivo da politização intensa. Seu impacto prejudicial também é mais pronunciado em órgãos com alta autonomia, onde há menos partidários rivais presentes para servirem como potenciais denunciadores de irregularidades. O estudo encontrou ainda que baixa capacidade e baixa autonomia dos órgãos (ou seja, alta politização geral) estão fortemente associadas a níveis mais elevados de corrupção relatada. Essas descobertas fornecem uma estrutura empírica para entender como a estrutura e o controle político das burocracias influenciam a corrupção em democracias multipartidárias.

Essa dinâmica evidencia que as capacidades estatais não são atributos fixos, mas fenômenos relacionais e ativáveis, moldados pelas configurações institucionais e pelos modos de governança adotados.

## 7 ARRANJOS DE IMPLEMENTAÇÃO

Os arranjos de implementação referem-se à forma como diferentes atores, regras, recursos e mecanismos de coordenação são organizados para operacionalizar políticas públicas em um determinado contexto (Lotta; Vaz, 2015). Esses arranjos envolvem a configuração relacional entre *stakeholders* que moldam a atuação do Estado na implementação de políticas públicas. São estruturas dinâmicas, que emergem de processos políticos e administrativos e que influenciam, de forma decisiva, a capacidade estatal de transformar objetivos políticos em resultados concretos (Howlett, 2014; Lotta, 2021; Pires; Gomide, 2016).

A análise dos atores nesses arranjos de implementação permite conhecer os protagonistas do processo político e os motivos de suas ações (Jordana, 2009). Segundo Howlett (2014), as políticas públicas são:

resultado dos esforços dos governos para alterar aspectos de seu próprio comportamento ou social, a fim de realizar algum fim ou objetivo e são compostas por arranjos (tipicamente complexos) de metas e meios políticos. Esses esforços podem ser mais ou menos sistematicamente projetados, e os fins e objetivos a serem alcançados por meio desses projetos são diversos e abrangentes [tradução livre].

Os processos dos quais emergem as políticas também são variados e refletem a configuração dos diferentes atores, problemas e soluções de cada setor específico. Nesse sentido, o conceito de governança também se refere a manter a coordenação e coerência entre uma ampla variedade de atores com diferentes propósitos e objetivos, superando a visão de participação estrita do Estado (Pierre, 2000). Associa-se, assim, à organização desses atores, de modo a dar forma organizacional na condução de um projeto ou ação, considerando a natureza dinâmica dos arranjos e o ambiente político-institucional em que se inserem. Tais arranjos incluem as configurações relacionais entre instituições e diversos atores (tanto internos à organização quanto externos à administração pública – partes interessadas), e são influenciados pelos interesses desses atores, bem como pelas interações promovidas para a tomada de decisão e para a implementação das políticas. Como resultado, os arranjos institucionais assumem papel central na explicação das variações de desempenho e dos resultados das políticas públicas em diferentes contextos.

A implementação de políticas públicas é, na prática, um processo interativo e negociado entre múltiplos atores situados em diferentes níveis institucionais. Esses atores operam dentro de redes de políticas e adaptam as decisões às condições locais, aos recursos disponíveis e às suas próprias crenças e interesses. No caso brasileiro, a governança no SUS é complexificada pela

existência de diferentes esferas de governo (federal, estadual, municipal) e pelo papel de instituições intermediárias, como consórcios, fundações e empresas públicas, a exemplo da Ebserh. Essas estruturas compõem arranjos de governança multinível, nos quais a articulação e a coordenação entre níveis e atores institucionais tornam-se cruciais para a efetividade das políticas de saúde, particularmente nos HUF, onde a presença de múltiplas missões institucionais (ensino, pesquisa, assistência) exige mecanismos sofisticados de governança.

Ademais, a Constituição Federal de 1988 estabeleceu novas instituições democráticas, exigindo novas capacidades de ação para o Estado e deixando mais complexo e desafiador o ambiente político-institucional em que são construídas e implementadas as políticas públicas (Brasil, 1988; Pires; Gomide, 2016). Tal ambiente pode ser decomposto em três dimensões principais:

- a) político-representativa: envolve a governabilidade e produção de políticas nacionais em um sistema federativo, presidencialista e multipartidário, que demanda a construção e sustentação de governos de coalizão;
- b) controles horizontais da ação governamental: exercidos por instituições e atores formalmente empoderados para a fiscalização, promoção da transparência e defesa do interesse público, como Tribunais de Contas, Controladorias e Ministério Público; e
- c) participativa: que remete à participação social na formulação e monitoramento das políticas nos três níveis de governo por meio de conselhos, conferências, audiências e consultas públicas (Pires; Gomide, 2016).

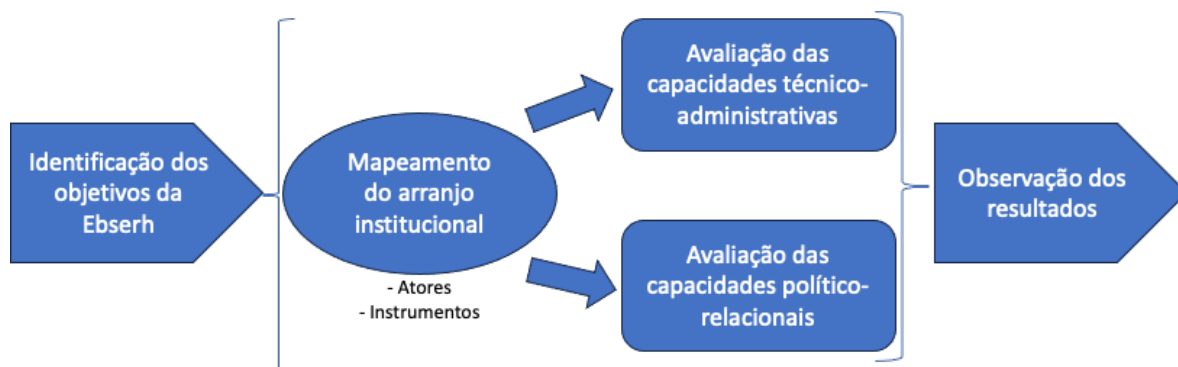
Essa nova conformação passa, então, a exigir arranjos específicos para a produção e implementação das políticas públicas. Tais arranjos estão dentro do ambiente político institucional e utilizam instrumentos de ação pública para “promover o envolvimento e a coordenação horizontal (entre os setores de políticas), vertical (entre entes federativos) ou com outras organizações ou sociedade para alcançar a efetividade das políticas públicas” (Lotta; Vaz, 2015). Considera-se que mudanças no ambiente podem conduzir a alterações nos arranjos e instrumentos utilizados, ou seja, o ambiente interfere nos arranjos (Pires; Gomide, 2016). Ademais, considerando uma relação fluida entre os atores, as diversas possibilidades de configurações podem ativar ou desativar capacidades necessárias à efetivação das políticas (Howlett, 2014).

A implementação de políticas públicas, portanto, não depende exclusivamente dos objetivos previamente definidos dos programas que as compõem. Ela está condicionada à estrutura e à qualidade dos arranjos institucionais estabelecidos, bem como à forma como os atores interagem entre si durante esse processo. Essas interações são determinantes para os resultados das políticas e influenciam diretamente a qualidade dos serviços prestados à população (Lotta, 2021).

Com base no referencial teórico-conceitual apresentado, como lente analítica para este estudo, optou-se pela abordagem dos arranjos de implementação de políticas públicas e ativação de capacidades estatais (**Figura 6**), a qual possibilita compreender a condução de políticas e serviços públicos em ambientes político-institucionais complexos (envolvendo relações federativas, participação social, controle interno e externo, relações com os Poderes Executivo e Legislativo etc.) (Pires; Gomide, 2018).

Tal abordagem oferece benefícios tanto para o desenho de novos programas e projetos quanto para a gestão de políticas em andamento ou para a avaliação de projetos já concluídos, pois permite mapear os atores, os processos e os instrumentos necessários, além de antecipar os gargalos, as lacunas e as insuficiências em termos de capacidades estatais que podem prejudicar o desempenho e os impactos almejados pelas políticas. Em suma, a abordagem dos arranjos e dos instrumentos da ação pública favorece a reflexão sobre as diferentes estratégias possíveis para a análise e a modelagem da condução de políticas públicas (Pires; Gomide, 2018).

**Figura 6** – Modelo analítico da abordagem dos arranjos de implementação e ativação de capacidades



Fonte: adaptado de Pires e Gomide (2018).

Por meio desse modelo analítico, é possível identificar caminhos práticos para que os agentes governamentais possam pensar a (re)construção de seus programas e projetos, considerando as características específicas de cada política pública, do contexto e dos ambientes político-institucionais nos quais são executadas (Pires; Gomide, 2018).

## 7.1 Mecanismos de governança

Mecanismos de governança referem-se às diferentes formas pelas quais a coordenação, a tomada de decisão e a implementação das políticas públicas são organizadas e geridas em um sistema político-administrativo. Tradicionalmente, três grandes mecanismos são identificados: hierarquia, mercado e redes (Howlett; Ramesh, 2016).

Antigamente, sobrepunha-se o modelo de supremacia da hierarquia, baseado em um único comando de regência, em que a coordenação e a integração eram marcadas pela imposição de leis e estruturas organizacionais altamente formais. A partir dos anos 80 e 90, com os círculos de reforma administrativa, esse modelo passa a ser questionado, dando início a um panorama organizacional mais fragmentado, sem uma unidade de comando hierárquico, com o envolvimento de múltiplos atores. Novos modos de organização ou mecanismos de governança passam a existir: mercado, em que as interações entre os atores se baseiam em trocas auto interessadas que se organizam em relações contratuais (organização da ação coletiva, contrato de mútuo interesse); e rede, na qual as relações entre os atores envolvem interdependência, confiança, identidade, reciprocidade e compartilhamento de visão, valores ou objetivos (ação cooperativa baseada na solidariedade) (Howlett; Ramesh, 2016).

Nessa perspectiva, a governança passa a ser compreendida como o conjunto de arranjos institucionais e mecanismos de coordenação que possibilitam a ação pública. Assim, analisa-se como diferentes cenários e estruturas podem ser organizados de modo a gerar resultados coletivos desejáveis, mesmo em ambientes marcados por fragmentação, ambiguidade e interdependência. O conceito de governança remete, portanto, à ideia de arquitetura institucional, ao desenho de regras e à configuração de arenas decisórias, variando conforme o contexto e admitindo múltiplas formas de boa governança<sup>18</sup>.

Dentre os mecanismos de governança, as redes podem ser de grande relevância para uma boa governança, ao possibilitarem, com a participação de diferentes atores, a melhor interação Estado-sociedade e a ampliação da capacidade estatal na formulação e implementação efetiva de

---

<sup>18</sup>Um dos conceitos mais conhecidos de boa governança foi desenvolvido pelo Banco Mundial, sendo este: “a maneira pela qual o poder é exercido na gestão dos recursos econômicos e sociais de um país para o desenvolvimento” (World Bank, 1989). O termo tem sido associado à busca pela eficiência e efetividade para alcance dos resultados almejados – o que Rothstein e Teorell (2012) definem como *quality government* – de forma imparcial, transparente e responsabilizável.

políticas públicas sólidas. Segundo Rhodes (1997), a governança em rede representa um deslocamento do modelo de governo baseado no comando e controle (direção centralizada) para um modelo baseado na negociação, na diplomacia e na interdependência mútua entre atores públicos e privados. Esse deslocamento envolve não apenas mudanças na forma de coordenar ações, mas também na lógica de autoridade, que deixa de ser unicamente vertical para incorporar estruturas horizontais de cooperação entre Estado e sociedade. Para Rhodes (1997), redes políticas são "formas de regulação onde há interdependência entre organizações, continuidade nas interações, e regras próprias, que resultam em padrões regulares de troca de recursos e confiança mútua".

Na mesma linha, Jordana (1995) aponta que a transição da administração pública para modelos de governança em rede está relacionada ao reconhecimento de que a autoridade do Estado não é mais suficiente para sozinha, garantir a implementação eficaz de políticas. Em vez disso, é necessário recorrer a estruturas híbridas, onde a ação coordenada emerge de múltiplas fontes de autoridade, incluindo organizações privadas, ONG, entes subnacionais e organismos multilaterais. Nesse arranjo, o Estado atua menos como controlador e mais como articulador de interesses, desagregando as formas hierárquicas e centralizadas em favor de formas horizontais e em rede de tomada de decisão, e desenvolvendo novas competências institucionais e relacionais.

No setor público, o uso de redes é ainda mais complexo do que no setor privado, em virtude do pluralismo e do cenário democrático em que se inserem, da interdependência entre aspectos socioeconômicos, restrições e arenas de políticas públicas. Nesse ambiente, a coordenação em rede revela-se mais eficaz do que a imposição hierárquica, exigindo competências específicas como negociação, conhecimento tácito e estratégias de gerenciamento (Koppenjan; Klijn, 2004). Trata-se, portanto, de construir arranjos mais flexíveis e responsivos, com participação de governos, setor privado, sociedade civil e terceiro setor, por meio de consórcios, alianças, gestão compartilhada ou parcerias público-privadas. A atuação em rede pode auxiliar na condução das ações, na maior eficiência destas e no alcance de melhores resultados, contribuindo para a boa governança. Embora não sejam determinísticas quanto aos produtos e impactos gerados em políticas públicas, podem influenciar estes, a depender da sua extensão e robustez (Gaetani, 2022b).

A governança em rede permite ao Estado atuar de maneira mais horizontal, ampliando sua permeabilidade às demandas sociais e favorecendo a participação cidadã nos processos decisórios. Isso contribui para o fortalecimento da confiança pública e para a legitimidade da ação estatal.

Como destaca Rhodes (1996), a governança em rede substitui o comando e o controle por negociação e persuasão; reconhece a fragmentação do poder e a interdependência dos atores e pressupõe que a governabilidade depende de habilidades para gerir relacionamentos e não impor decisões.

A atuação em rede também favorece o aumento da eficiência, a inovação e a responsividade das políticas públicas, contribuindo para a boa governança. Ainda que não sejam determinísticas em relação aos resultados, redes robustas e bem articuladas podem ampliar significativamente a capacidade estatal (Gaetani, 2022a). Elas envolvem múltiplos níveis de governo, agências e atores sociais, cujas interações coordenadas aumentam a probabilidade de soluções mais eficazes, de menor custo e com maior legitimidade (Silvestre, 2019). Esse formato de organização possibilita a formação de resiliência e respostas rápidas ao terem como elementos o estímulo à intersetorialidade, ao desenvolvimento de articulações transversais e interinstitucionais e à atuação de forma interativa.

As redes são caracterizadas pela relação de múltiplos atores, interdependência, troca de recursos e compartilhamento de valores e regras, sem uma estrutura de comando hierárquico, em que a produção de ordem é realizada de acordo com outros princípios: confiança como base para a governança, diplomacia como meio para coordenação e resolução de conflitos, cultura sustentada na reciprocidade, alta flexibilidade e solidariedade, e baixa sustentabilidade (Rhodes, 1996). Tais princípios demandam constante manutenção e renovação dos vínculos e acordos.

Além disso, no âmbito de redes, o envolvimento de diferentes atores propicia mais alternativas e aporta maior credibilidade às ações, aumentando as capacidades político-relacionais. A participação do setor privado, integrado a outras organizações nas redes, pode auxiliar na alavancagem de recursos e nos avanços tecnológicos e conferir maior capacidade técnico-administrativa aos arranjos (com consequente maior eficiência às ações e geração de inovações). Essa integração é particularmente eficaz no enfrentamento de problemas complexos (*wicked problems*), que ultrapassam a capacidade de ação isolada de qualquer ator ou instituição (Koppenjan; Klijn, 2004).

A pandemia de Covid-19 exemplifica a relevância das redes para a boa governança. As parcerias (acordos de transferência de tecnologia) realizadas entre os laboratórios farmacêuticos públicos brasileiros (Butantan e Fiocruz) com empresas e instituições de pesquisa e desenvolvimento internacionais possibilitaram a obtenção de vacinas contra Covid-19 em tempo

recorde. Com a colaboração da Anvisa, para celeridade no processo de análise regulatória, e da experiência consolidada do Programa Nacional de Imunizações, coordenado pelo Ministério da Saúde com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde no âmbito do SUS, as vacinas desenvolvidas puderam ser disponibilizadas no país. Mesmo sem forte protagonismo do Executivo Federal, esses esforços articulados em rede reforçaram a capacidade estatal e permitiram uma resposta mais eficaz à emergência sanitária.

Redes de política (*policy networks*) ou coalizões de defesa<sup>19</sup> também desempenham papel relevante na mudança de políticas públicas ao reunirem atores com crenças comuns que coordenam seu comportamento para traduzir essas crenças em políticas efetivas (Weible; Nohrstedt, 2013). A ênfase nas redes de políticas também aponta para uma mudança no papel do Estado, que passa de executor direto para coordenador e regulador de atores diversos, reforçando a importância da governança colaborativa (Ansell; Gash, 2008).

Tais redes são dinâmicas e envolvem intermediações de grupos de interesses que integram o nível micro (interesses particulares de grupos específicos, setores econômicos) ao macro (perspectiva mais ampla da sociedade). Por meio delas, é possível que o governo envolva cada vez mais empresas e grupos alvo na elaboração e implementação de políticas públicas, tendo por base outros instrumentos (subsídios, convênios e contratos), baseados em negociações, que permitem o compartilhamento de riscos em contextos de incerteza (Koppenjan; Klijn, 2004).

É importante reconhecer, por fim, que embora se trate de mecanismos distintos, hierarquia, mercado e redes não se excluem mutuamente. Apesar do destaque dado nesta tese para as redes e da diferenciação entre os três mecanismos de governança, na prática, “o funcionamento interno das organizações e as relações interinstitucionais envolvem a combinação dos três elementos, com permanentes tensões advindas da sua coexistência, sendo que raramente é possível falar da substituição completa de um pelo outro” (Pires; Gomide, 2024). Como defende Rhodes (1996), as redes complementam mercados e hierarquias como estruturas de governo para alocação de recursos e instrumento de controle e coordenação.

A análise empírica das redes de atores é importante para o avanço do conhecimento sobre a capacidade de influência de cada ator no arranjo institucional na tomada de decisão que afeta o setor (Jordana, 2009). As análises das redes, incluindo elementos como centralidade e capacidades

---

<sup>19</sup> Também denominadas na obra de Cortes (2015) como *policy community*, triângulos de ferro, nichos temáticos, subsistemas políticos ou redes temáticas, com a definição abarcando uma comunidade de especialistas agindo em políticas setoriais específicas, mas fora do processo político visível.



dos atores, intercâmbio de informações e elementos compartilhados, podem contribuir para explicações de contextos estruturais sobre os processos de articulação, regras informais de poder e tomada de decisão, bem como para a compreensão do papel dos atores nas políticas públicas (Jordana, 2009).

No contexto da implementação de políticas públicas, especialmente aquelas de alta complexidade como as da saúde, a noção de rede institucional é fundamental para compreender os arranjos de cooperação entre órgãos estatais. Diferentemente das redes sociais, centradas em indivíduos, e das redes sociotécnicas, que articulam atores sociais e artefatos tecnológicos (Callon, 2008), as redes institucionais dizem respeito às relações formais, duradouras e estruturadas entre organizações. Segundo Klijn *et al.* (2025), redes institucionais são arenas nas quais múltiplos atores organizacionais interdependentes interagem, compartilham recursos, constroem significados e negociam soluções para problemas públicos complexos, exigindo formas de governança colaborativa. Essas redes operam com base em vínculos legais, normativos e operacionais, estruturando a implementação de políticas por meio de contratos, convênios, termos de execução descentralizada e outros instrumentos de cooperação interorganizacional.

## **7.2 Instrumentos de governança**

Os instrumentos de governança ou instrumentos de política podem ser compreendidos como técnicas ou ferramentas por meio das quais a ação coletiva é estruturada para enfrentar problemas públicos. Howlett (2005) os categoriza em dois grandes tipos: instrumentos procedimentais, que alteram o comportamento dos atores envolvidos nos processos de produção das políticas públicas (ex.: campanha de vacinação), e instrumentos substantivos, que afetam diretamente a produção, distribuição e o consumo de bens e serviços (ex.: a própria vacina). Essa distinção evidencia que os instrumentos não apenas operacionalizam decisões, mas também influenciam a forma de implementação das políticas.

Lascoumes e Le Galès (2004) apresentam também uma tipologia que distingue os instrumentos clássicos (impostos, leis e regulamentações) dos chamados novos instrumentos de política, que se subdividem em: instrumentos baseados em acordos e incentivos (parcerias e contratos); instrumentos baseados em informação e comunicação; e instrumentos “de jure” e “de facto”.

Os instrumentos preenchem os arranjos, provendo organização e procedimentalização. A maioria dos modos de governança combina diferentes tipos de instrumentos, e tanto os arranjos de implementação quanto os modos de governança podem ser transformados por esses instrumentos e pelo seu uso (Howlett, 2005; Le Galès, 2011; Peters, 2015). Dada a complexidade dos arranjos contemporâneos (descrição do modo específico da governança no tempo e espaço), torna-se cada vez mais necessária a combinação de instrumentos diversos para alcançar os objetivos das políticas públicas. A análise dos instrumentos é, assim, crucial para compreender os arranjos de implementação, pois revela como os atores se organizam e interagem na prestação dos serviços.

A escolha desses instrumentos é influenciada pelo contexto ideológico e político-institucional, revelando que são dispositivos simultaneamente técnicos e sociais. Para Le Galès (2011), a escolha dos instrumentos é central para entender as mudanças nas formas de governança, podendo revelar transformações mais profundas nos objetivos, normas e resultados das próprias políticas públicas. Segundo o autor, a criação de um instrumento de política pública pode revelar uma mudança mais profunda na própria política pública, incluindo seus objetivos, normas ou resultados.

Identifica-se, também, a luta política existente em torno dos instrumentos configurada pelas disputas entre os atores, por isso, os instrumentos não são neutros, possuem vieses e, de certa forma, têm poder distributivo (Le Galès, 2011). De outro modo, se consegue alterar os instrumentos, pode-se neutralizar algumas das influências em torno da implementação das políticas. A utilização de instrumentos pode ser considerada como uma forma de fazer política em um nível disfarçado da técnica.

Existe também uma dinâmica própria de cada instrumento, que precisa ser analisada. A ordem que impõem possui um propósito e um desenho definido, mas os atores se adaptam aos instrumentos para alcançar seus objetivos, independentemente do desenho original. Considera-se, assim, que os instrumentos são indutores de comportamento e afetam tanto os resultados imediatos quanto os padrões de governança no longo prazo (Howlett, 2005). Assim, a análise dos instrumentos permite compreender não apenas os efeitos esperados, mas também as repercussões não intencionais da implementação.

### **ATO 3 – A JORNADA DA PESQUISA: escolhas e caminhos metodológicos**

Cada investigação é também uma jornada. Nesta parte, a pesquisa se desloca do plano abstrato para o campo concreto: métodos, fontes, critérios e escolhas analíticas são explicitados como parte de um mapa de navegação. O território estudado, a Rede Ebserh, é complexo e multifacetado; por isso, o percurso metodológico foi construído como um trajeto que atravessa uma abordagem metodológica mista, de natureza quali e quantitativa, com base em diferentes métodos, a fim de garantir maior robustez analítica.

## **8 METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa avaliativa aplicada ao campo da saúde pública, com foco na implementação e nos efeitos de um modelo específico de governança – o instituído pela Ebserh, que busca analisar como esta estatal tem influenciado a qualidade do cuidado em saúde e os dados abertos nos HUF, a partir dos arranjos de implementação e da ativação de capacidades estatais.

### **8.1 Tipos e técnicas de pesquisa**

A pesquisa caracteriza-se como aplicada e de caráter avaliativo. Segundo Jannuzzi (2014, p. 30), as pesquisas avaliativas são uma das perspectivas metodológicas para a avaliação de programas, permitindo “levantamentos primários, quali ou quantitativos, desenhados com objetivos de produção de evidências mais específicas e necessárias ao aprimoramento da intervenção”. Tomando o ciclo de políticas públicas como representação, esta tese concentra-se nas fases de implementação e avaliação como recorte analítico, mas com a ressalva de que a abordagem adotada difere da perspectiva sequencial apresentada nesse modelo (**Figura 7**). Parte-se da premissa de que essas fases são interativas, sobrepostas e interdependentes, e que o processo de produção de políticas públicas é marcado por negociações contínuas e aprendizagem institucional constante (Lima; D’Ascenzi, 2013).

**Figura 7** – Representação do ciclo de políticas públicas

Fonte: elaborado com base em Pires (2021).

Na implementação de políticas públicas, diferentes estratégias podem conduzir a caminhos diversos. Assim, para verificação dos resultados que têm sido alcançados, faz-se importante a condução de pesquisas avaliativas. Segundo a Emenda Constitucional nº 109, de 15 de março de 2021:

Art. 37. (...)

§ 16. Os órgãos e entidades da administração pública, individual ou conjuntamente, devem realizar avaliação das políticas públicas, inclusive com divulgação do objeto a ser avaliado e dos resultados alcançados, na forma da lei (Brasil, 2021b).

A avaliação está intimamente conectada ao monitoramento, pois, quando este existe, fornece insumos essenciais para o processo avaliativo (Lassance, 2023). No entanto, nem sempre as avaliações dependem diretamente de sistemas formais de monitoramento. Trata-se de um dispositivo de produção de informação, sendo fonte de poder para os atores que a controlam (Contandriopoulos et al., 1997). Possui como objetivo “verificar a pertinência, a eficiência, a eficácia, a efetividade, o impacto e a sustentabilidade de uma intervenção, gerando recomendações para aperfeiçoar a gestão desta” (Brasil, 2022a).

Apesar de ser uma atividade complexa, a avaliação de políticas públicas e programas é uma demanda da sociedade e uma responsabilidade da gestão pública (Ximenes; Ximenes, 2016).

Especificamente, a avaliação da qualidade ou do desempenho hospitalar pode contribuir para identificar oportunidades de melhorias nos serviços de saúde (Carvalho *et al.*, 2024).

Como aponta Silva (2005, p. 26), “as análises de implantação são muito relevantes para a avaliação de programas de saúde porque permitem ao investigador estudar os processos relacionados à operacionalização dos mesmos”. A análise de implantação tem como foco a relação entre a intervenção e seu contexto na produção dos efeitos, sendo relevante quando a intervenção é complexa e com múltiplos componentes (Hartz; Silva, 2005).

Ao se conduzir a análise durante a implementação dos contratos de gestão, a chamada avaliação formativa, tem-se uma importante ferramenta para apoiar a melhoria desses contratos (Scriven apud Silva, 2005). Como apresenta Patton (1997), a análise de implantação visa apresentar informações sobre as características do programa e compreender o que ocorre em relação ao programa implantado. Como parte do ciclo de políticas públicas, a avaliação sistemática e contínua de programas é um instrumento essencial para que melhores resultados sejam alcançados, além de propiciar a identificação de falhas e de oportunidades para correção (Costa; Castanhar, 2003).

Considerando o objetivo de analisar os efeitos da atuação da Ebserh sobre os HUF e as diferentes categorias de perguntas que a pesquisa avaliativa busca responder, foram empregados os vários tipos de análise que remetem a este tipo de estudo (Hartz; Silva, 2005). Optou-se por um delineamento que articula pesquisas documental, bibliográfica, exploratória e explicativa, além de análise de conteúdo e documentação como técnicas de pesquisa. Utilizaram-se diferentes fontes de dados e abordagens analíticas quali e quantitativas.

## **8.2 Aprovação e apoio à pesquisa**

Esta pesquisa foi aprovada para condução em 2022 pela Diretoria de Ensino, Pesquisa e Atenção à Saúde (Depas) da Administração Central da Ebserh, após submissão no sistema Rede Pesquisa.

O processo de construção desta tese foi gradual e somativo, envolvendo a consolidação de diferentes estudos e materiais complementares desenvolvidos ao longo das disciplinas do Doutorado Profissional em Políticas Públicas. Esses estudos foram utilizados como elementos analíticos centrais para abordar os arranjos institucionais e os mecanismos de ativação de

capacidades estatais no contexto dos HUF e de implementação de políticas públicas em contextos complexos no campo da saúde pública.

Organizados em uma sequência lógica, os três estudos funcionam como *building blocks* desta tese, permitindo uma análise progressiva e articulada do objeto de estudo. Cada um deles foi concebido com base na interação entre docentes e discentes do Programa de Pós-Graduação<sup>20</sup>, tendo resultado em publicações em periódicos acadêmicos das áreas de administração e saúde pública.

O primeiro estudo, intitulado “Hospital universitário: o dilema de um novo modelo de governança” (**Apêndice A**), foi desenvolvido no formato de caso de ensino e introduz os principais desafios de gestão enfrentados pelos HUF no contexto de transição para um novo modelo de governança (Silva; Abreu, 2024). Tal estudo, publicado no periódico Administração Pública e Gestão Social (APGS), propiciou aos autores o recebimento de prêmio da Escola Nacional de Administração Pública (Enap) no âmbito do Edital de Apoio à Publicação de Artigos nº 54/2023.

O segundo estudo, “Dados abertos: uma análise da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares e de sua rede de hospitais universitários federais” (**Apêndice B**), publicado na Revista da CGU, avança na perspectiva da avaliação da transparência e capacidade informacional, explorando o uso de dados abertos para melhorias na rede de HUF (Silva; Araujo; Filgueiras, 2022).

O terceiro estudo, “Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: uma revisão rápida sobre a melhoria da qualidade dos serviços nos hospitais universitários federais” (**Apêndice C**), em avaliação por periódico na área de saúde coletiva, sistematiza e analisa as evidências disponíveis na literatura sobre os resultados dos contratos de gestão com a Ebserh na qualidade dos serviços nos HUF.

A incorporação desses estudos à tese permitiu tanto a fundamentação empírica quanto o aprofundamento teórico da análise, fornecendo elementos para o encadeamento da pesquisa avaliativa.

---

<sup>20</sup>Os autores envolvidos autorizaram o uso das produções científicas para composição desta tese, tendo registrado o consentimento por e-mail.

### 8.3 Etapas da pesquisa

Com algumas adaptações ao objeto desta tese, os passos metodológicos de Pires e Gomide (2024)<sup>21</sup> – análise dos objetivos estipulados para a política pública em questão, sistematização de evidências sobre os seus resultados, inventário dos estoques de capacidades existentes, descrição do arranjo de implementação, e desenvolvimento de explicação causal centrada na ativação das capacidades pelos arranjos –, relacionam-se às etapas e aos objetivos geral e específicos desta pesquisa, gerando produtos analíticos (**Quadro 9**).

---

<sup>21</sup> Os autores autorizaram a aplicação da abordagem metodológica para estruturação desta pesquisa, tendo registrado o consentimento por e-mail.

**Quadro 9** – Resumo analítico das etapas de pesquisa, objetivos específicos, questões-chave, estratégia metodológica e produtos

Etapas		Objetivos específicos	Questões-chave	Estratégia metodológica	Produtos
1	Análise dos objetivos definidos para a Ebserh	Analisar os objetivos estipulados para a Ebserh, considerando a estatal um instrumento de políticas públicas para reestruturação dos HUF e melhoria da qualidade do cuidado em saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quais os objetivos estipulados para a Ebserh?</li> <li>- Qual o alinhamento desses objetivos com a qualidade do cuidado em saúde?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pesquisa documental e análise normativa dos instrumentos institucionais da Ebserh (Exposição de Motivos, Lei de criação, Estatuto Social, Matriz Estratégica e Plano de Negócios).</li> <li>- Análise de conteúdo orientada pelo referencial de qualidade em saúde.</li> </ul>	Matriz de Direcionamento Institucional da Ebserh
2	Inventário dos estoques de capacidade existentes	Analisar as capacidades técnico-administrativas e político-relacionais existentes da Rede Ebserh que fortalecem ou limitam a qualidade do cuidado em saúde, incluindo a análise da publicação de dados abertos como recurso para monitoramento e avaliação da qualidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quais são as capacidades técnico-administrativas e político-relacionais disponíveis?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pesquisa documental e análise de conteúdo.</li> <li>- Levantamento e classificação das capacidades conforme tipologia de Pires e Gomide (2018).</li> <li>- Análise do grau de alinhamento dos dados abertos pela Ebserh à Política Nacional de Dados Abertos (PNDA)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inventário de estoque de capacidades técnico-administrativas e político-relacionais</li> <li>- Artigo original sobre dados abertos na Rede Ebserh</li> </ul>
3	Descrição do arranjo de implementação	Mapear os principais atores envolvidos no sistema de governança dos HUF, o arranjo de implementação, os instrumentos e o(s) mecanismo(s) de governança da Rede Ebserh, enfocando o envolvimento desses atores com elementos da qualidade em saúde, especialmente na dimensão da segurança do paciente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quais são os atores envolvidos na governança dos HUF após a gestão da Ebserh?</li> <li>- Quais os instrumentos de governança utilizados para coordenar suas interações?</li> <li>- Qual(is) o(s) mecanismo(s) de governança preponderante(s) da Rede Ebserh?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pesquisa documental e análise de conteúdo.</li> <li>- Representações gráficas dos arranjos de implementação.</li> <li>- Identificação dos mecanismos de governança e interações interorganizacionais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mapeamento dos atores na perspectiva de governança da Rede de HUF da Ebserh</li> <li>- Sistema de governança da Rede Ebserh: <i>stakeholders</i> e instrumentos</li> <li>- Grafo da rede de HUF sob a gestão da Ebserh</li> </ul>
4	Sistematização de evidências sobre os seus resultados e inferências causais	<p>Sistematizar as evidências sobre os resultados alcançados em relação à melhoria da qualidade da prestação de serviços nos HUF após a gestão da Ebserh.</p> <p>Apresentar possíveis relações causais que podem explicar os resultados observados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quais os resultados alcançados em relação à melhoria na qualidade dos serviços prestados nos HUF após a adoção dos contratos de gestão com a Ebserh (em comparação com outros HUF ou antes e após a Ebserh)?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisão rápida com abordagem narrativa e quali-quantitativa nas bases BVS e Periódicos CAPES, seguindo as diretrizes PRISMA.</li> <li>- Síntese e categorização dos resultados por dimensões da qualidade (efetividade, eficiência, segurança, equidade, cuidado centrado na pessoa e oportunidade).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Artigo de revisão rápida contendo evidências de resultados alcançados na melhoria da qualidade dos serviços nos HUF após a gestão da Ebserh.</li> <li>- Quadro analítico de congruência de resultados</li> </ul>



Etapas		Objetivos específicos	Questões-chave	Estratégia metodológica	Produtos
			- Quais inferências causais (ou evidências mecanicistas) podem explicar os resultados observados?	- Aplicação do método de congruência de resultados (Beach e Pedersen, 2016) para identificação e explicação das inferências causais.	- Diagrama explicativo de congruência de resultados
5	Análise das reconfigurações do arranjo ao longo do tempo e da ativação das capacidades	Analisar as mudanças dos arranjos de implementação ao longo do tempo e a melhoria da qualidade do cuidado em saúde na Rede Ebserh a partir da ativação de capacidades pelos arranjos.	- Como as interações entre atores e instrumentos ativam as capacidades estatais para melhoria da qualidade do cuidado em saúde? - Como o arranjo de implementação se reconfigurou ao longo do tempo?	- Pesquisas documental e bibliográfica com análise temporal e comparada. - Mapeamento das reconfigurações institucionais e das capacidades (des)ativadas em diferentes governos federais. - Sistematização dos achados em quadro comparativo e análise narrativa.	- Quadro comparativo das reconfigurações do arranjo e (des)ativação de capacidades por governo federal. - Análise narrativa das transformações institucionais e ativação de capacidades estatais.
6	Construção de propostas de desenvolvimento	Apresentar possibilidades de desenvolvimento relacionadas a capacidades técnico-administrativas e político-relacionais para a melhoria da qualidade do cuidado em saúde na Rede Ebserh.	- Quais recursos e competências podem ser ativados para melhoria do cuidado em saúde?	- Pesquisas documental e bibliográfica. - Construção de matriz propositiva com base nas evidências e inferências das etapas anteriores. - Elaboração de produtos aplicados para a gestão da Ebserh e para o ensino.	- Matriz propositiva para o fortalecimento das capacidades da Rede Ebserh. - Minuta de Política da Qualidade - <i>Policy Brief</i> com síntese de evidências da melhoria da qualidade nos HUF após a gestão da Ebserh. - Caso de ensino sobre o dilema do novo modelo de governança dos HUF instituído com a Ebserh.

Fonte: elaboração própria (2025) seguindo os passos metodológicos de Pires e Gomide (2024) com adaptações ao instrumento de política pública em análise.

### 8.3.1 Primeira etapa: análise dos objetivos definidos para a Ebserh

Como ponto de partida para o desenvolvimento desta pesquisa, foi identificada a necessidade de se analisar os objetivos estipulados para a Ebserh, considerando a estatal um instrumento de implementação de políticas públicas para reestruturação dos HUF e melhoria da qualidade do cuidado em saúde, e o direcionamento institucional atual da empresa.

A EM Interministerial MP/MEC nº 001227/2011 que submeteu à Presidência da República o projeto de lei de criação da Ebserh foi utilizada como fonte inicial de dados para identificar o que se almejava com a empresa (Brasil, 2010b). Como fontes de dados complementares para analisar o direcionamento institucional da Ebserh, foram utilizadas a lei de criação e o estatuto social da Ebserh, os contratos de gestão estabelecidos entre a estatal e as universidades para gestão dos HUF, e os documentos de gestão estratégica da empresa (Mapa Estratégico – Estratégia de longo prazo<sup>22</sup>, Plano de Negócios<sup>23</sup>), disponíveis no portal eletrônico do Governo Federal (gov.br).

Para auxiliar na análise, foram elencados os seguintes elementos: finalidade, objeto social, competências, objetivos estratégicos, propósito, visão e valores. Esses elementos, ao serem considerados em conjunto, formam o que se denomina, nesta tese, Matriz de Direcionamento Institucional, uma estrutura analítica que permite verificar a coerência entre a identidade organizacional (finalidade e objeto social estabelecidos para a Ebserh) e a estratégia delineada pela empresa para consecução de seus objetivos. Para cada um desses elementos, foram definidas questões norteadoras para auxiliar no levantamento de informações (**Quadro 10**).

<sup>22</sup> A cada quinquênio, a Ebserh elabora seu Planejamento Estratégico e sua Estratégia de longo prazo, sendo os atuais correspondentes ao período de 2024 a 2028, construídos com base nas metodologias *Balanced scorecard* (BSC), Planejamento Estratégico Situacional (PES) e o *Objectives and Key Results* (OKR). A Estratégia de longo prazo inclui o mapa estratégico da empresa (propósito, visão, valores, pilares e objetivos estratégicos), os direcionadores estratégicos e os principais riscos estratégicos da estatal. Cada HUF elabora seu Plano Diretor Estratégico (PDE) fundamentado nesses dispositivos, seguindo modelo e metodologia padronizados e com o apoio da Administração Central da Ebserh (Ebserh, 2024c). O PDE inclui os macroproblemas identificados pelas equipes dos HUF, os temas prioritários que nortearão a atuação do hospital no período, projetos e objetivos estratégicos, indicadores de monitoramento e metas correspondentes.

<sup>23</sup> O Plano de Negócios é elaborado anualmente pela Administração Central da Ebserh e inclui os projetos estratégicos para o período, indicadores que serão monitorados e metas estabelecidas conforme objetivos estratégicos e pilares da Estratégia de longo prazo.

**Quadro 10** – Elementos de análise do direcionamento institucional da Ebserh

<b>Elemento</b>	<b>Descrição</b>	<b>Questão norteadora</b>	<b>Base legal e estratégica</b>
Finalidade	Razão de existir da entidade, com foco no interesse público	Por que a Ebserh existe?	Lei nº 12.550/2011
Objeto social/ Competências	Atividades autorizadas legalmente à organização (delimitação da ação legal)	O que a Ebserh está autorizada a fazer?	Estatuto social da Ebserh, Lei nº 12.550/2011
Propósito	Motivo da existência da organização no contexto social	Por que a Ebserh faz o que faz?	Mapa Estratégico 2024-2028
Visão	Aspiração de futuro da empresa	O que a Ebserh quer ser?	Mapa Estratégico 2024-2028
Valores	Princípios e crenças que orientam as ações da organização e de seus membros	Quais os princípios que orientam as ações da Ebserh e de seus membros?	Mapa Estratégico 2024-2028
Objetivos estratégicos	Resultados que a organização pretende alcançar a médio e longo prazo (direciona ações)	O que a Ebserh quer alcançar?	Mapa Estratégico 2024-2028, Plano de Negócios 2025

Fonte: elaboração própria (2025).

Após sistematização dessas informações, seguiu-se com a análise dos elementos em estrutura narrativa. Nesta etapa, buscou-se analisar também a clareza e convergência (ou divergência) dos elementos de direcionamento institucional da Ebserh e seu alinhamento com a qualidade do cuidado em saúde, levando-se em consideração que “políticas com objetivos mais complexos requerem arranjos de implementação mais sofisticados” (Pires; Gomide, 2024).

### 8.3.2 Segunda etapa: inventário dos estoques de capacidades existentes

Na segunda etapa da pesquisa, foi realizado o levantamento e a análise das capacidades técnico-administrativas e político-relacionais existentes na Rede Ebserh. O objetivo desta etapa foi identificar os estoques de capacidades que fortalecem ou limitam a qualidade do cuidado em saúde nos HUF, e reconhecer os recursos e competências que poderiam ser ativados para a melhoria da qualidade.

O inventário das capacidades foi estruturado com base nos tipos de capacidades e categorias propostas por Pires e Gomide (2018):

- a) capacidades técnico-administrativas (apresentadas na seção 10): focadas na capacidade burocrática da Ebserh para conduzir ações de forma coordenada, associadas à eficiência e eficácia, incluindo como categorias analíticas:
  - recursos humanos;

- recursos financeiros;
  - recursos tecnológicos;
  - estratégias de monitoramento e avaliação; e
  - publicação de dados abertos.
- b) capacidades político-relacionais (apresentadas na seção 11): relacionadas às habilidades e interações de múltiplos atores para a construção de consensos e formação de coalizões, associadas à legitimidade, aprendizado e inovação, englobando como categorias analíticas:
- interações institucionalizadas entre atores burocráticos e agentes políticos;
  - canais de participação social;
  - *networking* e articulações interinstitucionais; e
  - mecanismos de articulação com órgãos de controle.

O levantamento para composição desse inventário conforme categorias analíticas foi realizado em documentos e painéis disponíveis no portal Gov.br e na intranet da Ebserh, utilizando diferentes estratégias como apresentado no **Quadro 11**.

**Quadro 11** – Estratégias metodológicas segundo tipos de capacidades e categorias analíticas

Categorias analisadas	Estratégia metodológica
<b>Capacidades técnico-administrativas</b>	
<b>Recursos humanos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Realizou-se o levantamento e análise da força de trabalho da Rede Ebserh, com base em dados secundários provenientes do Painel Geral de Gestão de Pessoas (Mapa da Força de Trabalho, 2024) e do Panorama das Estatais. Foram identificados o quantitativo total de profissionais por tipo de vínculo (servidores RJU, empregados CLT e residentes), a evolução anual do número de empregados CLT e a distribuição da força de trabalho segundo grau de instrução.</li><li>- Complementarmente, uma pesquisa bibliográfica direcionada investigou fatores críticos de gestão de recursos humanos em HUF e seus impactos na qualidade do cuidado em saúde, permitindo identificar pontos críticos e potencialidades de ativação de capacidades técnico-administrativas no âmbito da Rede Ebserh.</li></ul>
<b>Recursos financeiros</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Procedeu-se à identificação do orçamento estimado e da distribuição orçamentária da Ebserh para 2024, com base no Painel de Informações Orçamentárias e Financeiras (Ebserh, 2024) e na Lei Orçamentária Anual (LOA).</li><li>- Em seguida, realizou-se a análise da execução financeira e de fatores contextuais associados à geração de valor em saúde, considerando a eficiência do gasto, a destinação de recursos para gestão da qualidade e a coerência entre planejamento e execução.</li></ul>

Categorias analisadas	Estratégia metodológica
Recursos tecnológicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Foi conduzido o mapeamento das soluções de tecnologia da informação (sistemas e painéis eletrônicos) utilizados na Rede Ebserh, a partir das informações disponíveis na Intranet da Ebserh (páginas de consulta de Painéis e Sistemas).</li> <li>- Elaboraram-se quadros descritivos com o nome e a descrição de cada painel ou sistema e o nível de acesso dos painéis.</li> <li>- A análise contemplou a uniformidade visual dos painéis, o grau de integração e interoperabilidade das soluções, a complementariedade ou sobreposição de soluções e o alinhamento dessas soluções aos objetivos de gestão da qualidade.</li> <li>- Foram também identificados pontos críticos e oportunidades de aprimoramento para favorecer a consistência e o uso inteligente dos dados na melhoria do cuidado.</li> </ul>
Estratégias de monitoramento e avaliação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizou-se o levantamento das principais estratégias e instrumentos de monitoramento e avaliação utilizados pela Ebserh, utilizando como fontes os Relatórios Integrados da Ebserh, os contratos de gestão e planos de reestruturação, o Contrato de Objetivos do PRHOSUS, o Acordo Organizativo de Compromissos (AOC) e o Plano de Negócios 2025.</li> <li>- Os achados foram sistematizados em quadros descritivos contendo: instrumento, finalidade, estratégia de monitoramento e avaliação e limitações observadas.</li> <li>- Também foi apresentado em quadro segregado as estratégias de monitoramento e avaliação vinculadas ao PGQuali.</li> <li>- Em seguida, buscou-se avaliar o alinhamento das estratégias de monitoramento e avaliação dos contratos de gestão e demais instrumentos contratuais às dimensões da qualidade em saúde.</li> <li>- Como amostra da Rede Ebserh, foi definido como critério de seleção: HUF com, pelo menos, 10 anos de contrato de gestão em 2023, a fim de se ter um marco temporal mais adequado para uma pesquisa de avaliação. Assim, a amostra foi de 21 HUF (<b>Apêndice D</b>).</li> <li>- Os indicadores de desempenho assistencial identificados nesses instrumentos foram apresentados em quadro comparativo com as colunas: planos de reestruturação dos 21 HUF com 10 anos de contrato de gestão em 2023, Contrato de Objetivos do PRHOSUS, AOC e Plano de Negócios 2025 (<b>Apêndice E</b>).</li> <li>- Avaliou-se, então, o alinhamento dos indicadores dos contratos de gestão às dimensões da qualidade em saúde, comparando-os com os indicadores definidos na Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), nos Protocolos Básicos de Segurança do Paciente e no Programa Nacional de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PNCIRAS) (<b>Apêndice F</b>).</li> <li>- Por fim, foi realizada uma análise crítica quanto à coerência, sobreposição e efetividade dos instrumentos.</li> </ul>
Publicação de dados abertos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A pesquisa teve caráter exploratório e documental, com abordagem quali e quantitativa, abrangendo as 39 unidades da Rede Ebserh existentes em 2022 (Administração Central da empresa, dois complexos hospitalares e 36 HUF).</li> <li>- O levantamento dos conjuntos de dados abertos governamentais (DAG) foi realizado na página da Ebserh no portal Gov.Br, com registro em planilha estruturada contendo variáveis como: tipos de dados, suas características, região do HUF, nome e sigla da unidade, descrição dos conjuntos de DAG, período dos dados, formato de arquivo, fonte, responsável, contato, período do Plano de Dados Abertos (PDA) e links de acesso.</li> <li>- Os conjuntos de DAG foram classificados segundo a dimensão de processos da rede (gestão hospitalar; assistência à saúde; ensino, extensão, pesquisa e inovação). Para cada DAG, verificou-se: correspondência com as informações do site, completude, clareza, atualização, padronização e granularidade.</li> <li>- Com base nos princípios e diretrizes da PNDA e na metodologia de Cardoso et al. (2020), foram definidas 16 questões de análise, a partir das quais se calculou o grau de alinhamento da Rede Ebserh aos princípios de dados abertos. O índice foi obtido pela razão entre a pontuação total e o máximo possível, multiplicado por 100, permitindo estimar o grau médio da rede e das unidades que publicam DAG (n=20).</li> <li>- Os resultados foram exibidos em tabelas e gráficos, seguidos de narrativa e recomendações para aprimorar o alinhamento da Rede Ebserh à PNDA. O <b>Apêndice B</b> contém o artigo original completo que descreve detalhadamente o método empregado nesta etapa.</li> </ul>

Categorias analisadas	Estratégia metodológica
<b>Capacidades político-relacionais</b>	
<b>Interações institucionalizadas entre atores burocráticos e agentes políticos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Foi realizada a análise das emendas parlamentares destinadas à Ebserh, considerando a evolução das transferências por grupo de despesa e por HUF beneficiado entre 2019 e 2024, bem como o valor por HUF em 2023 e a identificação dos autores das emendas, com base no Painel de Orçamento e Finanças da Ebserh e nos Relatórios Integrados anuais.</li> <li>- Também foram identificadas ações estratégicas promovidas pela Ebserh para aprimorar suas interações com o Legislativo e demais instâncias políticas.</li> </ul>
<b>Canais de participação social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizou-se o levantamento e análise crítica dos canais de participação social mantidos pela Ebserh, conforme informações disponíveis na seção “Acesso à Informação – Participação Social” do portal Gov.br da Ebserh. Foram discutidas a abrangência, regularidade, diversidade e efetividade dos mecanismos disponíveis.</li> </ul>
<b>Networking e articulações interinstitucionais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Foram mapeadas as instituições parceiras envolvidas em capacitações, acordos de cooperação internacional e projetos conjuntos, com base nos Relatórios Integrados anuais da Ebserh e na seção “Linha do Tempo – Ebserh 10 anos”. A análise buscou compreender a amplitude e o perfil das redes colaborativas formadas pela empresa e sua contribuição para a ativação de capacidades político-relacionais.</li> </ul>
<b>Mecanismos de articulação com órgãos de controle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procedeu-se à identificação dos mecanismos de auditoria interna e externa aplicáveis à Ebserh, com consulta ao portal Gov.br da CGU, TCU e Ebserh, além dos Relatórios Integrados.</li> <li>- A análise enfatizou a densidade e qualidade das interações entre a empresa e os órgãos de controle, bem como o potencial dessas relações para o aprimoramento da governança e da <i>accountability</i> da Rede.</li> </ul>

Fonte: elaboração própria (2025).

Após a coleta e sistematização das informações conforme as estratégias metodológicas detalhadas no **Quadro 11** por categoria analítica, seguiu-se com a análise consolidada em estrutura narrativa por tipo de capacidade a fim de identificar as fragilidades e os avanços na construção das capacidades técnico-administrativas e político-relacionais da Rede Ebserh. Essa etapa analítica foi complementada por dados empíricos provenientes de bases institucionais e documentos oficiais – tais como relatórios integrados e painéis corporativos –, bem como por evidências científicas extraídas de artigos, dissertações e teses que abordam a atuação da Ebserh e dos HUF sob diferentes perspectivas metodológicas, identificadas por meio de pesquisa bibliográfica direcionada. Essa triangulação de fontes permitiu aprofundar a interpretação dos resultados e conferir maior consistência analítica.

### 8.3.3 Terceira etapa: descrição do arranjo de implementação

A terceira etapa da pesquisa consistiu na descrição e análise do arranjo de implementação da Ebserh na Rede de HUF, com foco na identificação dos atores, instrumentos e mecanismos de governança. Esta etapa buscou detalhar a nova arquitetura de governança instituída pela Ebserh, a partir da integração dos HUF sob sua gestão.

O processo de descrição do arranjo baseou-se nos dados coletados nas etapas anteriores – por meio das pesquisas documental e bibliográfica – e foi estruturado para responder a três questões centrais:

- a) quais são os atores envolvidos na governança dos HUF após a gestão da Ebserh?
- b) quais os instrumentos de governança utilizados para coordenar suas interações?
- c) qual(is) o(s) mecanismo(s) de governança preponderante(s) da Rede Ebserh?

A execução desta etapa resultou na organização e apresentação da seção 12, a qual foi desenvolvida a partir de três atividades principais: mapeamento de atores e papéis, identificação de instrumentos de coordenação e levantamento dos mecanismos de governança.

#### 8.3.3.1 Mapeamento de atores e papéis

Realizou-se o mapeamento dos principais atores institucionais que compõem o sistema de governança dos HUF, incluindo tanto entidades estatais quanto não estatais. Esses atores foram classificados em 10 grupos principais, de acordo com sua natureza organizacional e papel no arranjo: 1) Poder Executivo Federal e unidades vinculadas; 2) Congresso Nacional; 3) Secretarias e Conselhos de Saúde; 4) Associações, sociedade civil e sociedades de classes profissionais; ( ) Setor produtivo, varejo e distribuição; 6) Unidades da Rede de Atenção à Saúde; 7) Entidades de apoio operacional; 8) Instituições acadêmicas, de pesquisa e inovação; 9) Órgãos de controle; e 10) Organismos internacionais e multilaterais. Essa categorização evidencia a diversidade de atores e o elevado grau de complexidade da coordenação interinstitucional necessária para o funcionamento efetivo dos HUF.

Os atores identificados foram listados em um quadro organizado por esses grupos, no qual também foram descritas suas formas de atuação (papeis na perspectiva ampliada de governança dos HUF) e seu envolvimento com a qualidade do cuidado em saúde. Essas descrições sintetizam

como cada instituição contribui, regula, influencia ou executa atividades no contexto da governança dos HUF, considerando aspectos normativos, operacionais, financeiros, acadêmicos, científicos e éticos.

A representação visual da configuração desses grupos de atores institucionais e suas inter-relações foi desenvolvida no Microsoft Office Power Point®, com base no modelo proposto por Rezende (2018) para o mapeamento de atores do CEIS. Em seguida, procedeu-se à análise narrativa da composição e interação entre os grupos identificados.

### ***8.3.3.2 Identificação de instrumentos de coordenação***

Foram identificados e descritos os instrumentos de governança utilizados pelos principais *stakeholders* para gerir as interações do arranjo de implementação, bem como suas respectivas finalidades. Tais instrumentos foram organizados em duas categorias:

- a) instrumentos de coordenação intraorganizacionais: relacionados à integração de departamentos, setores ou áreas internas da Rede Ebserh; e
- b) instrumentos de coordenação interorganizacionais: voltados à articulação entre diferentes instituições, níveis federativos ou esferas públicas e privadas.

Dentre os instrumentos intraorganizacionais, foram mapeados e descritos os aspectos gerais dos Conselhos, Diretoria Executiva e Conselhos que compõem a Arquitetura Organizacional da Ebserh, as unidades organizacionais responsáveis pela coordenação das atividades de gestão da qualidade na Rede Ebserh, e os principais instrumentos normativos que estruturam e regulam a atuação da Ebserh, incluindo leis, portarias, estatutos, regimentos internos e políticas corporativas. A busca foi realizada no portal eletrônico do governo federal, na página da Ebserh.

A partir desse mapeamento, foi realizada uma análise crítica sobre a contribuição desses instrumentos para a governança dos HUF, identificando avanços, sobreposições e lacunas na coordenação institucional.

Na sequência, foi desenvolvido um modelo teórico representativo do sistema de governança dos HUF, destacando os principais atores institucionais e os instrumentos que orientam suas interações. Esse modelo foi inspirado na representação do sistema de governança em organizações públicas do Referencial Básico de Governança Organizacional do TCU (2020), com as devidas adaptações ao caso da Rede Ebserh. O modelo diferencia as instâncias diretamente



envolvidas na gestão operacional dos HUF daquelas responsáveis pela governança dessas unidades, em uma perspectiva sistêmica.

#### ***8.3.3.3 Levantamento dos mecanismos de governança***

Na etapa final desta etapa, foram identificados e analisados os mecanismos de governança predominantes na Rede Ebserh conforme a tipologia clássica da literatura internacional: hierarquia, mercado e redes.

Para a análise do mecanismo de governança em rede, construiu-se uma representação gráfica da rede institucional constituída pela Ebserh (Administração Central), pelas IFES e pelos HUF, utilizando o software Gephi. As instituições foram representadas por suas siglas, e suas interações foram mapeadas e analisadas quanto aos atributos estruturais e relacionais.

A análise da topologia da rede visou identificar a centralidade da Administração Central da Ebserh como nó coordenador e a sua capacidade de difusão de informações e influência sobre o conjunto do arranjo, evidenciando as características estruturais da governança em rede no âmbito da política pública analisada.

#### **8.3.4 Quarta etapa: sistematização de evidências sobre os seus resultados e inferências causais**

Na quarta etapa, duas questões principais orientaram o processo analítico:

- a) quais resultados foram alcançados em relação à melhoria na qualidade dos serviços prestados nos HUF após a adoção dos contratos de gestão com a Ebserh (em comparação com outros HUF ou com o período anterior à adesão)?
- b) quais inferências causais (ou evidências mecanicistas) podem explicar os resultados observados?

Para responder a primeira questão, realizou-se uma revisão rápida com abordagem narrativa, quali e quantitativa. A revisão rápida é uma estratégia metodológica que se insere no espectro das revisões sistemáticas, configurando-se como uma síntese pragmática e ágil do conhecimento científico. Segundo a definição da Cochrane:

Uma revisão rápida é um tipo de síntese de evidências que reúne e resume informações de diferentes estudos de pesquisa para produzir evidências para pessoas como o público,

profissionais de saúde, pesquisadores, formuladores de políticas e financiadores de maneira sistemática e eficiente em recursos. Isso é feito acelerando as maneiras como planejamos, fazemos e/ou compartilhamos os resultados das revisões estruturadas (sistemáticas) convencionais, simplificando ou omitindo uma variedade de métodos que devem ser claramente definidos pelos autores [tradução livre] (Garritty et al., 2024).

Embora siga as mesmas etapas de uma revisão sistemática, a revisão rápida adapta procedimentos para viabilizar sua condução em menor tempo, de modo a oferecer respostas oportunas a uma questão de pesquisa (Galvão; Pereira, 2022). Neste estudo, adotaram-se as diretrizes do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA), em uma perspectiva sintética (Page et al., 2021).

A pergunta de pesquisa da revisão rápida foi definida nos seguintes termos: “Quais os resultados alcançados em relação à melhoria na qualidade dos serviços prestados nos HUF após a adoção dos contratos de gestão com a Ebserh?”. O delineamento da questão seguiu o acrônimo PICO, assim definido:

- a) População: HUF;
- b) Intervenção: processos de assistência, gestão hospitalar, ensino, extensão, pesquisa e inovação sob a gestão da Ebserh;
- c) Comparador: período anterior à assinatura do contrato de gestão ou HUF sem adesão à Ebserh; e
- d) *Outcome* (desfecho): melhoria da qualidade na prestação de serviços nos HUF, resultados alcançados.

Os critérios de inclusão e exclusão dos estudos foram aplicados na busca conduzida nas bases Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Após a triagem, seguiu-se com a seleção, extração e análise dos dados relativos aos indicadores e resultados de melhoria da qualidade nos HUF. Os achados foram categorizados segundo os principais processos conduzidos nos HUF (assistência; ensino, extensão, pesquisa e inovação; e gestão hospitalar) e apresentados em estrutura narrativa, discutindo-se o alinhamento às dimensões da qualidade em saúde (efetividade, eficiência, cuidado oportuno, equitativo, seguro e centrado nas pessoas).

Como esta tese adota um formato híbrido, contendo artigos completos elaborados pela pesquisadora, o **Apêndice C** apresenta detalhadamente o método empregado nesta etapa.

Na sequência, para sistematização e explicação da congruência de resultados, utilizaram-se como fontes de evidências a revisão rápida, o inventário dos estoques de capacidades e o

mapeamento dos arranjos de implementação, realizados nas etapas anteriores. Os elementos analíticos foram organizados em um quadro composto pelas seguintes colunas: arranjos de implementação (grupos de atores e instrumentos), inferências causais, capacidades (des)ativadas (técnico-administrativas e político-relacionais, e suas subcategorias) e resultados alcançados. Abaixo, foram listados os fatores de contexto considerados relevantes (**Quadro 12**).

**Quadro 12** – Elementos do quadro analítico de explicação da congruência de resultados

Arranjos de implementação		Inferências causais	Capacidades (des)ativadas			Resultados alcançados	
Grupos de atores	Instrumentos						
Quem participa da governança dos HUF e articula com a Ebserh, (des)ativando capacidades	Recurso ou dispositivo usado pelos atores para suas ações	Inferência do processo causal, o “como” um arranjo de implementação produz efeitos	Técnico-administrativas	Recursos humanos	Conjunto de competências, recursos e condições técnico-administrativas e político-relacionais que permitem aos HUF prestar serviços e que foram (des)ativadas com a gestão da Ebserh.	Efeitos concretos alcançados na melhoria da qualidade nos HUF com a gestão da Ebserh.	
				Recursos financeiros			
				Recursos tecnológicos			
				Estratégias de monitoramento e avaliação			
				Publicação de dados abertos			
			Político-relacionais	Interações institucionalizadas entre atores burocráticos e agentes políticos			Dimensões da qualidade: a) cuidado centrado na pessoa; b) equidade; c) segurança; d) efetividade; e) eficiência; f) oportunidade.
				Canais de participação social			
				Networking e articulações interinstitucionais			
				Mecanismos de articulação com órgãos de controle			

Fatores relevantes de contexto	
Condições estruturais, institucionais, políticas, econômicas, sociais ou organizacionais que moldam o ambiente em que a Ebserh é implementada, influenciando a forma como os atores interagem, os instrumentos são utilizados e os mecanismos que produzem resultados.	

Fonte: elaboração própria (2025).

O preenchimento do quadro foi conduzido das colunas de resultados e capacidades para as de arranjos e inferências causais. Primeiramente, identificaram-se os resultados obtidos nos estudos científicos (revisão rápida), distinguindo-os segundo resultados alcançados pelos HUF quanto à melhoria da qualidade após a gestão da Ebserh por dimensões da qualidade em saúde e subcategorias das capacidades técnico-administrativas e político-relacionais ativadas ou desativadas. Essas informações foram complementadas com dados do inventário de capacidades.

A análise teve caráter qualitativo, indicando tendências de aumento ou redução e efeitos positivos ou negativos.

Em seguida, associaram-se a cada capacidade identificada os instrumentos de coordenação intra e interorganizacionais utilizados e os grupos de atores mobilizados para a sua ativação ou desativação, conforme o mapeamento realizado nas etapas anteriores.

A explicação dos resultados foi conduzida com base em uma abordagem qualitativa ancorada no método de congruência (*congruence method*) (Beach; Pedersen, 2016). Esse método, utilizado em estudos *within-case*, permite realizar inferências causais e identificar mecanismos que conectam causas a resultados (Cunha; Araújo, 2018).

Entre os tipos de estudos de congruência, adotou-se o estudo de caso de congruência de resultados explicativos, que visa produzir explicações abrangentes sobre resultados históricos específicos, empregando teorias de modo pragmático e heurístico (Beach; Pedersen, 2016). Diferentemente do *process tracing* (rastreamento de processos)<sup>24</sup>, no qual os mecanismos causais são minuciosamente desagregados, o método de congruência apresenta uma compreensão minimalista dos mecanismos, produzindo apenas evidências mecanicistas dentro do caso que sugerem a existência de um processo causal, sem necessariamente descrever cada etapa do mecanismo (Beach; Pedersen, 2016).

Os estudos comparativos identificados na revisão rápida foram reanalisados para identificar causas potenciais dos resultados relacionadas às proposições teóricas. Essas causas potenciais foram complementadas com estudos teóricos que as sustentavam ou refutavam, originando as inferências causais (hipóteses plausíveis que conectam causas e efeitos). Essas inferências explicam a ativação de capacidades pelos arranjos de implementação e os resultados obtidos na melhoria da qualidade nos HUF sob a gestão da Ebserh. Dada a variedade e complexidade de processos que se entrelaçam na implementação de políticas públicas em saúde, não se buscou um mapeamento exaustivo de evidências mecanicistas, mas sim aquelas teoricamente mais relevantes à inferência causal, considerando a interdependência de variáveis e o caráter multifacetado da governança dos HUF.

Para sistematizar graficamente as informações do **Quadro 12**, elaborou-se, no aplicativo Canva, um diagrama ilustrativo contendo o objetivo institucional da Ebserh de forma resumida, os

---

<sup>24</sup> O rastreamento de processos é um método utilizado para desenvolver ou testar hipóteses a partir da análise de evidências selecionadas em processos, sequências e conjunturas de eventos, permitindo identificar mecanismos causais, suas partes constituintes e a conexão entre elas em uma cadeia causal ou explicativa (Cunha; Araújo, 2018).

arranjos de implementação (grupos de atores envolvidos), as inferências causais correspondentes, as capacidades ativadas (técnico-administrativas e político-relacionais) e os resultados alcançados conforme a literatura científica.

Com base na análise crítica dos achados, cada inferência foi então apresentada de modo narrativo, integrando múltiplas causas interdependentes que, em conjunto, contribuem para explicar os resultados observados e evidenciam a complexidade do caso analisado.

### **8.3.5 Quinta etapa: reconfigurações do arranjo de implementação ao longo do tempo e análise da ativação das capacidades pelos arranjos**

A quinta etapa teve por objetivo compreender como o arranjo de implementação da Rede Ebserh se reconfigurou ao longo do tempo e de que forma as interações entre atores e instrumentos contribuíram para a ativação das capacidades estatais voltadas à melhoria da qualidade do cuidado em saúde.

Para identificar essas reconfigurações, foram mapeados os principais acontecimentos da Rede Ebserh desde a sua criação até o presente, os atores envolvidos, os instrumentos de coordenação mobilizados e as capacidades (des)ativadas. A partir dessa análise, buscou-se articular as inferências causais identificadas na etapa anterior, ampliando a compreensão sobre a ativação das capacidades pelos arranjos e a explicação da congruência de resultados.

As fontes de dados incluíram a linha histórica publicada no portal Gov.br – “Ebserh 10 anos” (Ebserh, 2021) – e os Relatórios Integrados anuais da estatal (Ebserh, 2025e).

A narrativa analítica foi organizada segundo os governos presidenciais:

- a) Dilma Rousseff (2011–2016), sob as presidências de José Rubens Rebelatto (2012) e Newton Lima (2015);
- b) Michel Temer (2016–2018), presidência de Kleber Moraes;
- c) Jair Bolsonaro (2019–2022), presidência do General Oswaldo Ferreira; e
- d) Luiz Inácio Lula da Silva (2023–atual), presidência de Arthur Chioro.

Para cada período, foram identificadas as principais ações e reconfigurações institucionais que desencadearam a ativação (ou desativação) de capacidades estatais, considerando o contexto político-administrativo. O propósito foi explicar os fatores contextuais e causais que influenciaram os resultados observados, reconhecendo a presença de múltiplas causas específicas.

Após a análise individual por governo, elaborou-se uma análise comparada, sintetizando as informações em um quadro analítico com as seguintes colunas: Governo Federal (Presidente da República e período), Presidência da Ebsers (nome do Presidente da estatal) e Reconfigurações dos arranjos e (des)ativação de capacidades (principais atividades, mecanismos envolvidos e capacidades ativadas).

Em seguida, procedeu-se à discussão em estrutura narrativa, integrando a análise temporal das reconfigurações aos resultados observados.

### 8.3.6 Sexta etapa: possibilidades de desenvolvimento

Na sexta e última etapa da pesquisa, foi composta uma matriz propositiva com a identificação dos recursos e competências que podem ser ativados para melhoria da qualidade nos HUF. As possibilidades de desenvolvimento foram estruturadas conforme as sete categorias indicadas pela OMS, OCDE e Banco Mundial (2018) como alavancas para melhorar a qualidade dos sistemas de saúde e segundo as capacidades técnico-administrativas e político-relacionais propostas por Pires e Gomide (2018) (**Quadro 13**).

**Quadro 13** – Categorias utilizadas para estruturar a matriz propositiva

Alavancas da qualidade	Capacidades
1. Transformação na prática clínica na linha de frente 2. Definição de padrões de qualidade 3. Engajamento e empoderamento de pacientes, famílias e comunidades 4. Informação e capacitação para profissionais de saúde, gestores e formuladores de políticas 5. Implementação de programas e metodologias de melhoria contínua da qualidade 6. Criação de incentivos baseados em desempenho (financeiros e não financeiros) 7. Adoção de instrumentos legais e regulatórios	1. Técnico-administrativas a. Recursos humanos b. Recursos financeiros c. Recursos tecnológicos d. Estratégias de monitoramento e avaliação e. Publicação de dados abertos 2. Político-relacionais a. Interações institucionalizadas entre atores burocráticos e agentes políticos b. Canais de participação social c. <i>Networking</i> e articulações interinstitucionais d. Mecanismos de articulação com órgãos de controle

Fonte: elaboração própria (2025) com levantamento da literatura (Pires; Gomide, 2018; WHO; OECD; IBRD, 2018).

As possibilidades de desenvolvimento apresentadas também foram discutidas em estrutura narrativa, apresentando o referencial teórico e normativo em que se fundamentam.

Dentre as possibilidades de desenvolvimento, foram construídos materiais complementares para auxiliar a governança dos HUF na melhoria da qualidade do cuidado em saúde. Devido à

estrutura diferenciada desses materiais em comparação à narrativa desta tese, optou-se por apresentá-los nos Apêndices. Esses materiais incluem: a) um Caso de Ensino (**Apêndice A**) que contextualiza a complexidade do processo de tomada de decisão envolto à adesão das universidades ao novo modelo de governança advindo com a Ebserh, e apoia a discussão sobre as capacidades político-relacionais e arranjos de implementação; b) um *Policy Brief* (**Apêndice G**) com os principais resultados identificados na revisão rápida; e c) uma minuta da Política de Qualidade da Ebserh (**Apêndice H**).

Diferentemente do estudo de caso, o caso de ensino é uma estratégia de ensino-aprendizagem ativa e centrada no participante que vem sendo utilizada em várias escolas (Roesch, 2007). Além da possibilidade de sua aplicação prática e profissional, permite o desenvolvimento de conceitos de forma mais elucidativa (Roesch, 2007).

O caso em tela trata de um hospital e personagens fictícios, cuja estória auxilia na compreensão dos diversos aspectos relacionados à governança dos HUF. Compreende o caso de ensino propriamente dito, notas de ensino formuladas pelos autores, sugestões para aplicação em sala de aula e questões a serem debatidas. As aplicações propostas pelos autores são as disciplinas de governança democrática, mobilização social, negociação e mediação. Entretanto, outros usos poderão ser vislumbrados pelos leitores.

O caso de ensino, “Hospital universitário: o dilema de um novo modelo de governança”, também apresenta um primeiro olhar sobre os arranjos de implementação da Ebserh, já identificando alguns dos principais atores envolvidos na governança dos HUF. Nas “Notas de Ensino”, são apresentadas em detalhes as fontes de dados utilizadas para construção do caso de ensino.

O *policy brief* consiste em um documento curto, objetivo e baseado em evidências, que tem como finalidade traduzir conhecimento científico e técnico em informações acessíveis e úteis para subsidiar a tomada de decisão de gestores e formuladores de políticas públicas (Ndiokubwayo, 2023). Sua importância reside na capacidade de sintetizar achados complexos de forma clara e direcionada, destacando opções de ação, permitindo que decisores disponham de insumos qualificados em tempo oportuno. Ele atua como uma ponte entre a pesquisa e a política, transformando o conhecimento acadêmico ou técnico em recomendações práticas. A abordagem das Políticas Públicas Baseadas em Evidências busca justamente a ampliação do uso de evidências científicas pelos governos, com o objetivo de melhorar o processo de produção de políticas públicas

e promover uma abordagem mais racional, rigorosa e sistemática na geração de evidências para a tomada de decisões (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2021; Koga et al., 2020).

O processo de elaboração do *policy brief* seguiu etapas reconhecidas na literatura, como: a) definição do problema; b) síntese de evidências disponíveis por meio da revisão rápida; c) identificação de recomendações viáveis; e d) redação em linguagem clara, estruturada em seções que favorecem a leitura e a aplicação prática das recomendações. O conteúdo foi formatado com o auxílio do aplicativo Canva em versão livre.

Já a minuta da Política de Qualidade da Ebserh foi construída com base no “Manual de Políticas e Estratégias para a Qualidade dos Cuidados de Saúde” (Organização Mundial da Saúde, 2021), que fornece diretrizes para o desenvolvimento de políticas e estratégias de qualidade em saúde, enfatizando a importância de alinhar os princípios da política às necessidades do sistema de saúde, mobilizar atores relevantes, estruturar mecanismos de governança e monitoramento, e garantir coerência com objetivos mais amplos, como a cobertura universal em saúde e os ODS. Esse referencial foi articulado com as evidências extraídas da literatura, das políticas de saúde e dos instrumentos próprios da empresa (como o PGQuali, PESP, Programa Gestão à Vista e Diretriz Ebserh de Humanização), possibilitando a construção de uma proposta de política institucional adaptada ao contexto da Rede de HUF.

A minuta da Política de Qualidade foi organizada em artigos, incisos e parágrafos organizados em nove capítulos e seções (**Figura 8**).



**Figura 8** – Capítulos e seções que estruturam a minuta de Política da Qualidade da Ebserh

- **CAPÍTULO I: DA FINALIDADE E DOS OBJETIVOS**
- **CAPÍTULO II: DA ABRANGÊNCIA**
- **CAPÍTULO III: DO ARCABOUÇO NORMATIVO**
- **CAPÍTULO IV: DOS CONCEITOS**
- **CAPÍTULO V: DOS PRINCÍPIOS**
- **CAPÍTULO VI: DAS DIRETRIZES**
- **CAPÍTULO VII: DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE**
  - **Seção I: Dos Programas**
  - **Seção II: Dos Instrumentos Normativos**
  - **Seção III: Das Soluções de Tecnologia da Informação**
  - **Seção IV: Dos Instrumentos de Execução**
  - **Seção V: Dos Colegiados Internos**
- **CAPÍTULO VIII: DAS RESPONSABILIDADES**
- **CAPÍTULO IX: DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

Fonte: elaboração própria (2025).

## **ATO 4 – NAS TRAMAS DA GOVERNANÇA: objetivos, capacidades e arranjos em ação**

Chega o momento em que a jornada da pesquisa começa a revelar padrões, tensões e surpresas. Este ato mergulha nos bastidores e tramas da governança.

Primeiramente, examina a passagem do desenho institucional para a formulação de metas e compromissos assumidos pela empresa pública. Busca-se compreender não apenas as expectativas originais que motivaram a criação da Ebserh, mas também os objetivos explicitados em seus instrumentos normativos e contratuais e de que forma esses objetivos dialogam com a agenda de melhoria da qualidade do cuidado em saúde nos HUF. As descobertas provocam novas perguntas, abrindo caminhos para compreender como intenções se transformam em resultados, e como os arranjos de governança moldam o desempenho da Rede Ebserh.

Na sequência, mostra-se como as capacidades técnico-administrativas e político-relacionais se articulam nos HUF, na Ebserh e em arranjos com outros entes, atores políticos e parceiros sociais. Aqui se revelam negociações, estratégias e interações que sustentam ou tensionam a implementação do modelo Ebserh, destacando o dinamismo e a complexidade dos arranjos de implementação.

## **9 ENTRE INTENÇÕES E OBJETIVOS: expectativas, proposições da Ebserh e sua relação com a qualidade do cuidado em saúde**

### **9.1 O que se espera da Ebserh e o que ela se propõe a alcançar**

Como apresentado na seção de contextualização da introdução desta tese, a criação da Ebserh como empresa pública vinculada ao MEC visou atender à crescente demanda por melhoria na gestão dos HUF, podendo ser considerada um instrumento de políticas públicas para reestruturação dessas unidades hospitalares e para melhoria da qualidade da assistência à saúde no âmbito do SUS.

A EM que encartou a lei que autorizou a criação da estatal apontava a Ebserh como um novo modelo jurídico-institucional para as atividades e serviços públicos de assistência médico-hospitalar e ambulatorial executados pelos HUF que tinha como objetivo macro:

viabilizar um modelo de gestão mais ágil, eficiente e compatível com as competências executivas desses hospitais, além de oferecer solução jurídico-administrativa sustentável que solucione as crescentes dificuldades operacionais e os inúmeros questionamentos do Tribunal de Contas da União e do Ministério Público Federal a respeito do atual funcionamento dessas instituições (Brasil, 2010b).

A EM indicava ainda que a empresa pública teria como finalidade “prestar assistência médico-hospitalar e ambulatorial gratuita à população e prestar serviços de apoio às universidades federais, em suas atividades de ensino e à pesquisa em saúde” (Brasil, 2010b). Pela leitura do documento, identificam-se também outras intenções com a criação da Ebserh:

- a) permitir à Administração Pública reassumir a prestação de serviços e atividades eminentemente públicos que estavam sendo terceirizados pelas fundações de apoio;
- b) possibilitar a contratação, por meio de concurso público, de profissionais CLT;
- c) estabelecer um regime de remuneração e de gestão de pessoal compatível com a realidade do setor;
- d) preservar as equipes de servidores públicos que atuavam nos HUF por meio de cessão para a Ebserh com ônus para a empresa;
- e) contratar temporariamente profissionais CLT, via processo seletivo simplificado, para manter a continuidade dos serviços durante a instalação da empresa;
- f) implantar um modelo de gestão administrativa, orçamentária e financeira baseado em resultados e em efetivo controle de gastos, com instrumentos mais eficazes e transparentes de relacionamento entre o HUF e a IFES;
- g) obter ganhos de escala e especialização nos processos de compras, em processos finalísticos, na aquisição e disseminação de tecnologias e na gestão de pessoas, com a gestão integrada de vários HUF; e
- h) possibilitar o resgate da autonomia das IFES.

Esses objetivos, embora não em sua completude, foram refletidos na Lei nº 12.550/2011, que autorizou a criação da Ebserh, indicando a finalidade e competências da estatal, e no seu Estatuto Social, onde foi explicitado o objeto social da empresa (**Quadro 14**). Esta legislação, juntamente à Lei nº 13.303/2016, que estabelece o estatuto jurídico das empresas estatais, confere legitimidade e orienta a atuação da empresa. Observa-se que a finalidade da empresa é equivalente a dois dos itens do objeto social, e que o objeto social indicado é mais abrangente do que a proposta inicial de criação da empresa. Pela análise da Matriz de Direcionamento Institucional da Ebserh, verifica-se que há coerência entre a identidade organizacional (finalidade e objeto social

estabelecidos para a Ebserh) e a estratégia delineada pela empresa no planejamento 2024-2028 para consecução de seus objetivos.

**Quadro 14** – Matriz de Direcionamento Institucional da Ebserh

Elemento	Questão norteadora	Conteúdo
Finalidade	Por que a Ebserh existe?	1) Prestação gratuita à comunidade de serviços de: assistência médico-hospitalar, ambulatorial e apoio diagnóstico/terapêutico. 2) Apoio a IFES ou instituições congêneres em ensino, pesquisa, extensão, ensino-aprendizagem e formação em saúde pública.
Objeto social / Competências	O que a Ebserh está autorizada a fazer?	1) Prestar serviços de saúde no SUS; 2) Administrar unidades hospitalares; 3) Apoiar gestão hospitalar, monitoramento e indicadores; 4) Consultoria e assessoria; 5) Serviços operacionais relacionados à saúde; 6) Participar de iniciativas de inovação; 7) Apoiar ensino, pesquisa e extensão; 8) Programas de formação profissional; 9) Apoio a planos de ensino e residência; 10) Apoio à pesquisa e desenvolvimento em saúde; 11) Aplicações financeiras em projetos de ensino, pesquisa, extensão e inovação; 12) Projetos de cooperação nacional e internacional; 13) Serviços delegados pelo Governo Federal; 14) Outras atividades inerentes às finalidades
Propósito	Por que a Ebserh faz o que faz?	Saúde, ensino, pesquisa e inovação a serviço da vida e do SUS
Visão	O que a Ebserh quer ser?	Consolidar-se como uma rede de hospitais universitários de excelência para o SUS
Valores	Quais os princípios que orientam as ações da Ebserh e de seus membros?	1) Ética, integridade e transparência; 2) Compromisso com o SUS; 3) Equidade e direitos humanos; 4) Ensino, pesquisa e inovação alinhados às necessidades do país; 5) Valorização do trabalho em saúde e trabalhadores.
Objetivos estratégicos	O que a Ebserh quer alcançar?	<b>Sociedade (Usuário):</b> Ampliar e qualificar a participação no SUS, cuidado hospitalar, rede oncológica e redução de filas. <b>Sociedade (Estudante e Docente):</b> Aprimorar ensino e cenários de prática, Enare, qualificação de docentes e oferta de vagas de residência. <b>Sociedade (Pesquisador):</b> Criar ambiente favorável à pesquisa, inovação e avaliação de tecnologias. <b>Responsabilidade Ambiental, Social e Governança:</b> Estratégia de saúde digital, governança corporativa, sustentabilidade ambiental, prevenção de assédio e discriminação. <b>Desenvolvimento Institucional:</b> Melhorias em infraestrutura e condições de trabalho, atuação integrada em rede, fortalecimento da imagem pública, gestão hospitalar, inovação e transformação digital. <b>Sustentabilidade financeira:</b> Eficiência na gestão do trabalho, diversificação de fontes de financiamento, melhoria em compras e contratações.

Elemento	Questão norteadora	Conteúdo
		<b>Desenvolvimento do trabalhador:</b> Diálogo e escuta, engajamento e valorização, educação permanente e continuada

Fonte: elaboração própria (2025) com informações de base legal e estratégica: (1) Lei nº 12.550/2011, (2) Estatuto Social da Ebserh, (3) Mapa Estratégico 2024-2028 (Brasil, 2011b; Ebserh, 2011, 2023d).

Conforme base legislativa, a finalidade da Ebserh é assegurar à população a prestação de serviços hospitalares, ambulatoriais e de apoio diagnóstico e terapêutico, articulados com o ensino, extensão, pesquisa e formação de profissionais na área da saúde (Brasil, 2011b). Essa finalidade se concretiza em seu objeto social, que prevê, além dessas, outras atividades para a administração dos HUF e o desenvolvimento científico e tecnológico do setor (Ebserh, 2011).

Dessa forma, pode-se compreender a Ebserh como um instrumento híbrido de política pública, que combina: flexibilidade típica de uma empresa pública; compromissos com os princípios do SUS (universalidade, integralidade, equidade); e comprometimento com a formação de profissionais, pesquisa e inovação voltadas às necessidades da sociedade.

O formato empresarial oferece maior agilidade para contratação de pessoal, aquisição de bens e gestão de contratos, permitindo responder com rapidez às carências de pessoal e infraestrutura. Diferentemente de OS e Oscip, entidades privadas com autonomia mais ampla, a empresa pública mantém vínculo jurídico estreito com a União, submetendo-se a controles próprios da administração pública e às diretrizes governamentais. Outros modelos também seriam possíveis, como fundações, serviços sociais autônomos ou autarquias, mas poderiam enfrentar barreiras jurídicas e políticas para conciliar flexibilidade de gestão com o controle público exigido para instituições de ensino e saúde. O formato de empresa pública foi o que reuniu viabilidade jurídica, aceitação política e maior capacidade de implementação em escala nacional.

A partir da estrutura analítica proposta, evidencia-se um alinhamento consistente entre os elementos da identidade institucional da Ebserh e a estratégia de longo prazo da estatal que orienta sua atuação nos sistemas públicos de saúde e ensino. Esse alinhamento permite concluir que os objetivos operacionais da Ebserh, enquanto instrumento de política pública, estão ancorados em um direcionamento institucional coerente e claramente definido. Essa coerência, por sua vez, constitui um fator crítico para a análise da capacidade de implementação de políticas públicas, pois indica a existência de alinhamento entre discurso, estrutura e ação – condição necessária para a efetividade das políticas sob sua gestão.

Os objetivos estratégicos da Ebserh derivam de forma lógica do propósito institucional – “Saúde, ensino, pesquisa e inovação a serviço da vida e do SUS” –, e estão alinhados aos objetivos do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2024-2027, instrumento orientador da política pública federal de saúde, em especial os seguintes:

1. Ampliar a oferta e o acesso às ações e serviços da Atenção Especializada, conforme as necessidades de saúde da população, reduzindo as desigualdades de raça/etnia, gênero, regionais e sociais, e promovendo a integralidade do cuidado.

(...)

e) Promover o desenvolvimento científico e tecnológico para produção, inovação e avaliação em saúde afim de atender a população de forma equitativa, sustentável, acessível, considerando a sociobiodiversidade territorial e contribuindo para a prosperidade econômica, social e redução da dependência de insumos para a saúde.

(...)

7. Aprimorar o cuidado à saúde, fortalecendo a gestão estratégica do SUS, do trabalho e da educação em saúde, e intensificar a incorporação da inovação e da saúde digital e o enfrentamento das discriminações e desigualdades de raça/etnia, de gênero, regionais e sociais (Brasil, 2024a).

Embora de modo menos expressivo, alguns deles também se alinham às metas do Plano Nacional de Educação (PNE), com destaque para a seguinte:

Meta 13: elevar a qualidade da educação superior e ampliar a proporção de mestres e doutores do corpo docente em efetivo exercício no conjunto do sistema de educação superior para 75% (setenta e cinco por cento), sendo, do total, no mínimo, 35% (trinta e cinco por cento) doutores (Brasil, 2014).

As competências legais atribuídas à Ebserh, por sua vez, conferem legitimidade à sua atuação como instância gestora de políticas públicas nos HUF, atribuindo-lhe funções de execução, apoio técnico, avaliação e monitoramento. Tais competências são fundamentais para compreender a amplitude da atuação da empresa, que vai além da prestação de serviços, envolvendo também o fortalecimento da capacidade estatal na área da saúde pública.

A finalidade operacional da Ebserh também é reafirmada por meio dos eixos estratégicos que estruturam suas ações nos próximos anos, os quais incluem: sociedade (usuário do SUS, estudante e docente, e pesquisador); responsabilidade ambiental, social e governança; desenvolvimento institucional; sustentabilidade financeira; e desenvolvimento do trabalhador. Esses eixos são desdobrados em 24 objetivos estratégicos que demonstram aderência direta ao objeto social e às competências legais da empresa, além de expressarem um alinhamento claro às diretrizes do SUS. Observa-se, entretanto, maior ênfase à dimensão assistência à saúde, em detrimento das dimensões de gestão hospitalar, e de ensino, extensão, pesquisa e inovação, sendo que, dentre os objetivos estratégicos, somente um se refere diretamente à pesquisa e inovação, e não se verifica sequer um que se volte especificamente à extensão.

De forma geral, a convergência entre os objetivos perseguidos e os elementos da matriz analítica propostos sugerem que a Ebserh opera com uma base institucional sólida, o que potencializa sua capacidade de implementação de políticas públicas. Essa coerência fortalece a legitimidade da empresa, contribui para a sua estabilidade institucional e para a produção de resultados alinhados com os interesses públicos.

A estatal atua como um instrumento dinâmico de política pública, capaz de articular múltiplos atores de diferentes dimensões (gestão, assistência à saúde, ensino e pesquisa), ativando capacidades estatais complexas e viabilizando ações intersetoriais e interinstitucionais de políticas públicas de grande impacto – saúde e educacional. A efetividade desse instrumento depende de um arranjo de implementação sofisticado, que envolve coordenação interinstitucional, mecanismos de governança e integração de atores diversos.

Objetivos como “participar da implementação da Política Nacional de Atenção Especializada e do esforço de redução de filas” e “contribuir com a estratégia de saúde digital para o SUS” evidenciam o papel da Ebserh como articuladora de políticas públicas em diferentes níveis federativos e setores. Também apontam para o direcionamento indicado no Relatório de Transição Governamental de Lula de concentração de esforços para retomada do desenvolvimento de saúde brasileiro (Brasil, 2022b).

Objetivos como “Ampliar e qualificar a participação dos hospitais na rede de atenção à saúde do SUS” e “Aprimorar as condições de ensino e os cenários de prática” exigem cooperação interinstitucional e reforçam a ideia de um arranjo implementador que ultrapasse barreiras setoriais. A participação da estatal em projetos de cooperação técnica nacional e internacional, como previsto em seu objeto social, ampliam o alcance das suas estratégias de atuação.

A Matriz de Direcionamento Institucional da Ebserh aponta para uma governança estruturada em rede, com foco na atuação integrada dos HUF. Objetivos como “Promover atuação integrada dos hospitais em Rede” e “Criar um ambiente favorável ao desenvolvimento em rede de pesquisa, inovação e avaliação de tecnologias em saúde” indicam esforços para criar uma infraestrutura de governança em rede, onde HUF atuam de forma articulada, favorecendo a padronização, o intercâmbio de boas práticas e a alocação coordenada de recursos. Objetivos como “Aprimorar o modelo de governança corporativa da Rede” revelam a preocupação com o fortalecimento da governança interna, um componente fundamental dos arranjos de implementação eficazes. Observa-se ainda que a ênfase, no objeto social da empresa, na geração de indicadores e

monitoramento de resultados revelam a necessidade de um arranjo institucional voltado à melhoria contínua da qualidade.

Esses arranjos, advindos com a atuação da Ebserh, podem ativar diferentes capacidades estatais essenciais ao fortalecimento das políticas públicas em tela. No que tange às capacidades técnico-administrativas, a estatal possui potencial para contribuir com a gestão profissionalizada dos HUF; otimização de processos, infraestrutura e gestão de pessoas; e melhorias nas condições de trabalho. Objetivos como “Promover eficiência nos processos de gestão do trabalho”, “Aprimorar os processos de compras e contratações” e “Desenvolver capacidade institucional em gestão hospitalar” mostram a intencionalidade para modernizar e profissionalizar a administração pública hospitalar. A atuação da empresa com consultoria, assessoria e apoio à gestão hospitalar, previstas em seu objeto social, também envolvem elementos centrais para consolidar capacidades técnico-administrativas nos HUF.

Quanto às capacidades analíticas, acredita-se que a criação de ambientes para “pesquisa, inovação e avaliação de tecnologias em saúde” e o apoio à “educação permanente” contribuem para a geração de conhecimento e para reforçar a capacidade do Estado no uso de evidências na formulação e avaliação de políticas públicas. O apoio à educação permanente e ao desenvolvimento profissional também ampliam o repertório analítico e técnico da força de trabalho do SUS.

No que concerne às capacidades político-relacionais, a ênfase em “escuta e diálogo permanentes com trabalhadores” e em “valorização dos trabalhadores” demonstram a necessidade de ativação de capacidades de negociação e mobilização interna, fundamentais para a sustentação de mudanças organizacionais.

A visão institucional da Ebserh – “Consolidar-se como uma rede de hospitais universitários de excelência para o SUS” – e seus valores organizacionais funcionam como orientadores normativos e culturais que reforçam a intencionalidade pública e estratégica da empresa.

## **9.2 Como os objetivos refletem a busca pela qualidade do cuidado em saúde**

Embora o termo “qualidade” apareça como um atributo desejável em diversos trechos do Mapa Estratégico 2024-2028 – como nos objetivos de “Ampliar e qualificar a participação dos hospitais na rede de atenção à saúde do SUS”, “Qualificar o cuidado hospitalar”, “Ampliar e qualificar a participação na rede nacional de cuidados oncológicos”, “Qualificar o



dimensionamento e oferta de vagas de residência” –, ele não está formulado explicitamente como um "valor organizacional" no rol apresentado no Mapa. Com base nos valores apresentados, considera-se que a qualidade é um valor sub-representado, pouco explicitado, no Mapa Estratégico da Ebserh.

A ausência do termo “qualidade” como valor organizacional no planejamento estratégico da Ebserh pode ser interpretada como uma lacuna, uma vez que ele é um conceito central para a atuação na saúde pública e ensino, ainda mais em um contexto de reestruturação dos HUF brasileiros.

O conjunto de valores atualmente listados abrange princípios importantes e coerentes com a atuação de uma empresa pública vinculada à saúde e à educação. Entretanto, a ausência da qualidade como um valor transversal e normativo revela uma inconsistência simbólica e estratégica, especialmente se considerado o papel da Ebserh na qualificação da assistência prestada pelos HUF. Essa ausência compromete seu status normativo dentro da cultura organizacional. Isso significa que a qualidade é tratada prioritariamente como um fim técnico-operacional, vinculado a metas e indicadores de desempenho, mas não como um princípio organizador da atuação institucional.

O reconhecimento da qualidade como um valor estruturante é algo comum em organizações de saúde que desejam se comprometer publicamente com a excelência (Berwick; Snair; Nishtar, 2018; Kruk et al., 2018b). A incorporação da qualidade como valor institucional está diretamente associada à cultura organizacional, à gestão participativa e à capacidade de aprendizado organizacional (Donabedian, 1990). Reconhece-se que a qualidade não deve ser apenas uma meta técnica, mas um valor organizacional que informa o modo como se tomam decisões, alocam-se recursos, formam-se equipes e avaliam-se resultados.

Considerando a natureza da atuação da Ebserh, a qualidade deveria ocupar uma posição central e transversal, tanto nos valores quanto na cultura organizacional. Portanto, sua ausência explícita pode limitar a integração entre os diferentes eixos da atuação da Ebserh; dificultar a integração de práticas de melhoria contínua e a consolidação de uma identidade organizacional orientada para a excelência pública; e comprometer a capacidade da empresa de alinhar seus objetivos operacionais com os princípios constitucionais que regem o SUS, em especial a integralidade e a equidade do cuidado. Dado que a qualidade é uma condição para a efetivação

desses princípios, sua ausência simbólica pode representar uma tensão entre a missão pública da empresa e seus instrumentos de planejamento estratégico.

Portanto, a análise do direcionamento institucional da Ebserh permite identificar a necessidade de explicitação da qualidade como valor institucional estruturante, capaz de conferir coerência entre os objetivos operacionais, os compromissos normativos e a cultura organizacional. Tal movimento contribuiria para o fortalecimento da identidade pública da empresa e para a ampliação de sua capacidade de implementação, especialmente em contextos de alta complexidade como os HUF.

## **10 FERRAMENTAS E RECURSOS: o estoque de capacidades técnico-administrativas da Rede Ebserh**

Um dos principais vetores de desenvolvimento da capacidade estatal reside na burocracia disponível para a implementação de políticas públicas. O inventário das capacidades técnico-administrativas dos HUF geridos pela Ebserh inclui, nesta seção, as seguintes categorias analíticas: recursos humanos, financeiros e tecnológicos; estratégias de monitoramento e avaliação; e publicação de dados abertos.

### **10.1 Recursos humanos**

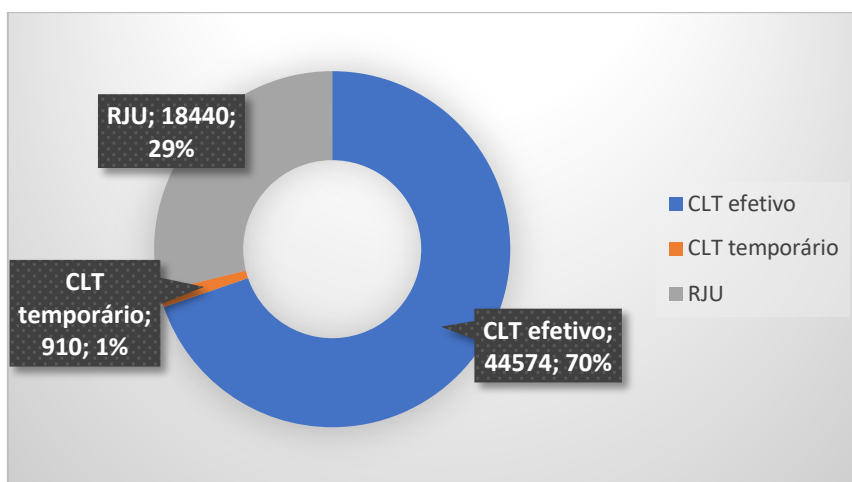
A categoria de recursos humanos constitui um eixo estratégico das capacidades técnico-administrativas da Rede Ebserh, diretamente associado à qualidade do cuidado em saúde. Desde a criação da estatal, um dos desafios centrais esteve relacionado à precarização histórica das relações de trabalho nos HUF, marcada por vínculos temporários, alta rotatividade e descontinuidade das equipes (Brasil, 2011a). Nesse contexto, a substituição progressiva desses vínculos por concursos públicos realizados pela Ebserh representou um salto qualitativo significativo, especialmente no que tange à consolidação de equipes multiprofissionais e à continuidade das ações assistenciais.

Atualmente, a força de trabalho que atua nos HUF é composta por servidores públicos estatutários (RJU) e empregados públicos concursados contratados pelo regime CLT, efetivos e

temporários<sup>25</sup>. Essa estrutura é complementada por profissionais com cargos ou funções comissionadas – tanto vinculados quanto desvinculados com a administração pública – além de trabalhadores terceirizados, residentes, estagiários e pesquisadores bolsistas de fundações de apoio. Na esfera federal, somam-se a esse quadro consultores técnicos contratados por organismos internacionais, tais como Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco). A diversidade de vínculos contratuais e diferenças salariais desencadeiam, por vezes, conflitos e disputas entre os profissionais, resultando na fragmentação das equipes e refletindo negativamente na qualidade do cuidado (Oliveira, 2019a; Pinheiro; Borges, 2019).

Na Rede de HUF como um todo, em 2024, a Ebserh reunia quase 64 mil profissionais em sua rede, figurando-se entre as cinco maiores estatais empregadoras do país (**Figura 9**) (Brasil, 2024c; Ebserh, 2024a). Quanto a recursos humanos envolvidos na gestão da Administração Central da Ebserh, a estatal contava com oito dirigentes e 12 conselheiros em fevereiro de 2025 (Brasil, 2025a).

**Figura 9** – Força de trabalho da rede de hospitais universitários federais da Ebserh, 2024



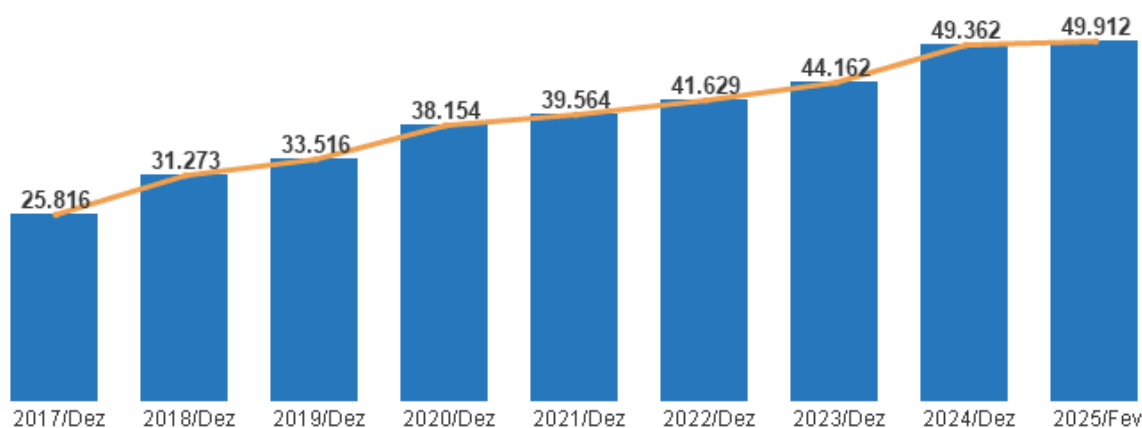
Fonte: Ebserh (2024h).

<sup>25</sup> CLT efetivos englobam os empregados com contratos firmados com a Ebserh com caráter permanente e por tempo indeterminado após aprovação em concurso público. CLT temporários incluem os empregados contratados por prazo determinado mediante processo seletivo simplificado para atendimento de demanda emergencial ou temporária.

Além do quadro efetivo, a Rede Ebserh conta com profissionais em formação acadêmica. Em 2024, estavam vinculados aos HUF 8.980 residentes, distribuídos em 1.112 programas de residência, além de pesquisadores associados a 5.652 pesquisas cadastradas (Ebserh, 2024a).

Analisando especificamente o número de profissionais celetistas, observa-se tendência crescente da evolução do quadro de pessoal da Ebserh nos últimos anos (**Figura 10**). A entrada de profissionais efetivos para as equipes administrativas e de assistência à saúde permitiu não apenas suprir lacunas operacionais históricas, como também fomentar a institucionalização de práticas de gestão da qualidade nos HUF (Sasso, 2018; Silva et al., 2021). Esses novos profissionais passaram a atuar em uma lógica organizacional diferente, marcada por fluxos mais padronizados, protocolos assistenciais definidos e a existência de instâncias de governança clínica e administrativa.

**Figura 10** – Evolução do quadro de pessoal da Ebserh



Fonte: Panorama das Estatais (Brasil, 2025a).

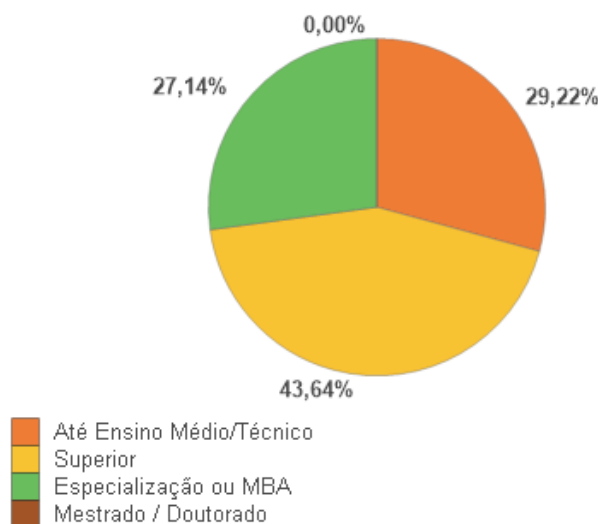
No entanto, esse crescimento quantitativo não resolveu integralmente os desafios de alocação e distribuição regional da força de trabalho. Persistem configurações subótimas de recursos humanos nos HUF, marcadas por sobrecarga, rotatividade excessiva de profissionais, absenteísmo, jornadas excessivas, desigualdades salariais e carência de especialistas em determinadas regiões, o que compromete a cobertura, equidade e a resolutividade dos serviços de saúde (Garcia, 2025; Oliveira, 2019a; Pinheiro; Borges, 2019).

Ademais, a ausência de um modelo dinâmico de redimensionamento da força de trabalho, ajustado às especificidades assistenciais, acadêmicas e regionais de cada hospital, dificulta a

adaptação às demandas locais e à complexidade dos serviços e compromete a qualidade da prestação dos serviços. Apesar da publicação de normativas gerais pela estatal (Ebserh, 2022b), ainda há fragilidades no planejamento estratégico de recursos humanos.

Outro aspecto crítico refere-se à qualificação da força de trabalho. Garcia (2025) aponta a questão emblemática dos concursos públicos, de que a maioria dos candidatos que passa nos certames não possui a experiência necessária para a função. Ademais, cabe observar que, embora a Rede Ebserh atue diretamente na formação de profissionais da saúde, o número de empregados com titulação *stricto sensu* é baixo, o que pode indicar deficiências na valorização da qualificação e lacunas no Plano de Cargos, Carreira e Salários. Em fevereiro de 2025, a maioria dos empregados possuía apenas nível superior ou técnico, com proporção reduzida de mestres e doutores (**Figura 11**).

**Figura 11** – Distribuição de empregados por grau de instrução, fevereiro de 2025



Fonte: Panorama das Estatais (Brasil, 2025a).

Esse cenário tem implicações diretas sobre a qualidade do cuidado em saúde. Globalmente, a baixa qualidade dos cuidados em saúde tem sido associada à insuficiente capacitação técnica dos profissionais, bem como ao desgaste e desmotivação das equipes (Kruk et al., 2018b). Como apontam Bodenheimer e Sinsky (2014), o esgotamento dos profissionais está associado à menor satisfação do paciente, resultados de saúde reduzidos e pode aumentar os custos.

A desvalorização da qualificação gerencial também impacta a capacidade dos HUF em implementar sistemas de avaliação e melhoria contínua. O PGQuali, por exemplo, enfrenta obstáculos estruturais e operacionais relacionados à baixa institucionalização de práticas avaliativas, à escassa capacitação técnica dos profissionais envolvidos e à dificuldade no uso de ferramentas de monitoramento e avaliação. A carência de competências gerenciais específicas, aliada à falta de tempo dedicado a essas atividades, limita a efetividade do programa. Ademais, torna-se premente dotar os profissionais de saúde com competências adequadas para respostas adequadas às alterações demográficas, às futuras emergências de saúde pública, ao uso crescente de tecnologias digitais, entre outras tendências (OECD, 2024).

Por fim, as desigualdades regionais na distribuição de profissionais e serviços de saúde evidenciam os limites estruturais da governança do SUS e acabam por desencadear iniquidades no atendimento à saúde e dificuldades no seu enfrentamento pela Ebserh e pelos gestores SUS locais, tornando a organização das regiões de saúde um desafio ainda maior (Noronha et al., 2020). A descentralização político-administrativa do sistema, embora tenha promovido capilaridade, não garantiu articulação regional suficiente para enfrentar os chamados "vazios assistenciais" (Massuda; Tasca, 2021). Durante a pandemia de COVID-19, esses vazios foram particularmente visíveis nas macrorregiões onde os pacientes precisavam percorrer grandes distâncias para acessar atendimento, expondo limitações importantes da capacidade estatal de resposta.

Algumas especialidades sofrem ainda com o reduzido número de profissionais inscritos nos concursos, a exemplo de Médicos Anestesiologistas, Cirurgia Cardiovascular e Pediátrica, o que tem levado a Rede Ebserh a recorrer a outras modalidades de contratação, como a prestação de serviços terceirizados (Garcia, 2025).

Em síntese, a expansão da força de trabalho promovida pela Ebserh representa um avanço relevante, mas ainda insuficiente avaliando suas diversas vertentes. A consolidação de capacidades técnico-administrativas robustas nesta categoria para sustentar a qualidade do cuidado em saúde no contexto dos HUF, deve considerar, além da disponibilidade e quantidade de profissionais de saúde, as competências desses profissionais, a segurança e o bem-estar no trabalho em saúde (OECD, 2024).

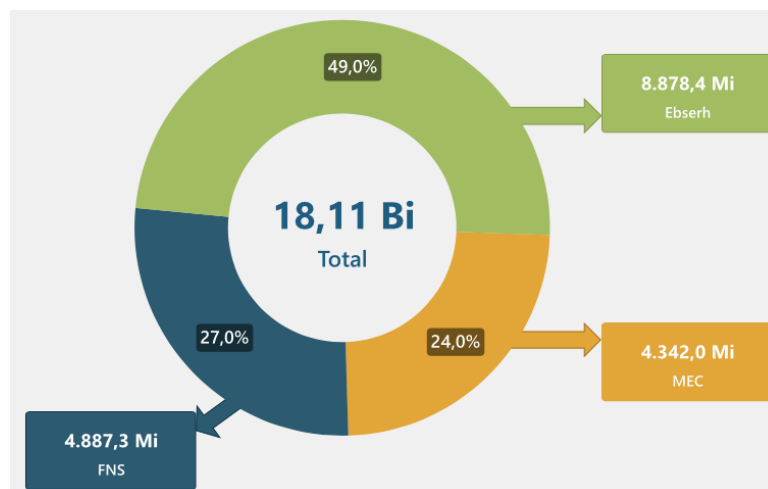
## 10.2 Recursos financeiros

Os recursos financeiros desempenham um papel crucial na qualidade dos cuidados em saúde e na sustentabilidade das instituições hospitalares (Carmo Filho; Borges, 2024). A utilização desses recursos de forma eficiente e eficaz é fundamental para maximização do impacto positivo no cuidado qualificado e seguro aos pacientes, mantendo a sustentabilidade econômica da instituição (Carmo Filho; Borges, 2024).

A Ebserh é uma estatal federal dependente, ou seja, necessita de recursos da União para cobrir suas despesas. Dentre as 17 empresas dependentes de recursos da União, a Ebserh foi a estatal com mais despesas em 2023 (R\$ 9,99 bilhões), sendo que 73% dessas despesas foram referentes a pessoal (Brasil, 2024c).

Apesar dos custos altos visíveis, os benefícios advindos com a atuação estatal são mais subjetivos, envolvendo considerações de ordem não financeira, na medida que envolvem o valor entregue à sociedade na prestação de serviços de saúde gratuitos, na formação de profissionais e no desenvolvimento de pesquisas de tecnologias em saúde (Pellegrini, 2019).

O orçamento da Ebserh e de sua rede de HUF envolve recursos do MEC, receitas da prestação de serviços (contratualização SUS junto a Estados e municípios), emendas parlamentares, além de possibilidades adicionais pela Ebserh (venda de cursos, aluguel de instalações, aplicações financeiras, dividendos, acordos e convênios com entidades nacionais e internacionais). Em 2024, esses recursos estavam estimados em R\$ 18,11 bilhões, distribuídos entre três principais fontes de financiamento: Ebserh, Fundo Nacional de Saúde (FNS) e MEC (**Figura 12**).

**Figura 12** – Orçamento estimado para a Rede Ebserh, 2024

Legenda: FNS - Fundo Nacional de Saúde, inclui recursos das receitas de contratualização SUS, do Programa Nacional de Qualificação e Ampliação dos Serviços Prestados por Hospitais Universitários Federais integrantes do SUS (PHROSUS)<sup>26</sup> Discricionário e Programa de Aceleração do Crescimento (PAC); MEC – Ministério da Educação, engloba orçamento relativo a pessoal ativo e inativo, residência, fonte própria e outras ações; Ebserh – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, envolve recursos referentes ao orçamento específico da empresa proveniente do orçamento geral do MEC, previsto na Lei Orçamentária Anual (LOA), incluindo pessoal ativo (maior parcela), REHUF Ebserh, gestão direta, fonte própria, sentenças judiciais, ensino e pesquisa, capacitações, emendas e PAC.

Fonte: Ebserh (2023a).

A distribuição orçamentária da Rede Ebserh em 2024 revela aspectos sobre o papel institucional da empresa e sua inserção na governança pública em uma dinâmica de financiamento complexa, que demanda articulação intersetorial e elevado grau de coordenação em um cenário de restrição de recursos. A Ebserh emerge como uma ponte entre as políticas públicas de saúde e de educação, gerindo recursos provenientes tanto do SUS (via contratualizações e PAC) quanto do campo educacional (residências médica e multiprofissional, bolsas de ensino e pesquisa, entre outros).

O fato de a estatal ser responsável diretamente por 49% do orçamento total (R\$ 8,88 bilhões) demonstra sua consolidação como principal gestora dos recursos da rede de HUF. A maior parcela da verba da Ebserh é oriunda do orçamento geral do MEC, previsto na LOA, e voltada ao

<sup>26</sup>O PHROSUS foi instituído por meio do Decreto nº 11.674/2023, destinado a ampliar e qualificar os serviços prestados ao SUS com o objetivo de criar condições para que os HUF possam desempenhar as suas ações assistenciais com qualidade e efetividade. Prevê créditos orçamentários para os HUF por meio do Acordo Organizativo de Compromissos (AOC), instrumento firmado entre a Ebserh e o MS.



pessoal ativo, o que sugere que grande parte da despesa é fixa e previsível. Cabe observar que, de modo a padronizar a distribuição de recursos e fortalecer a rede de HUF, em 2021, o orçamento do REHUF foi repassado para gestão da Ebserh para todos os HUF, inclusive aqueles não administrados pela empresa. Esse arranjo reforça o caráter híbrido da empresa, que opera com flexibilidade gerencial ao mesmo tempo em que está ancorada nos princípios do orçamento público federal. Isso também reforça o caráter estatal da Ebserh, distinta de modelos de parceria ou terceirização.

Em seguida, o FNS responde por 27% do orçamento (R\$ 4,88 bilhões), que inclui contratualizações com o SUS, programas discricionários e investimentos do PAC. O FNS, instituído pelo Decreto nº 64.867/1969, é o gestor financeiro dos recursos destinados a financiar as despesas correntes (de custeio) e de capital do MS e dos órgãos e entidades da administração direta e indireta, integrantes do SUS<sup>27</sup>. É responsável ainda por alocar os recursos de investimentos previstos em lei orçamentária (Brasil, 2025 d), de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional, e no Plano Quinquenal do MS; e de cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal (Brasil, 1990b).

Por último, o MEC contribui com 24% (R\$ 4,34 bilhões), que envolve principalmente despesas com pessoal (RJU), residência e ações estruturantes.

Em 2016, com a aprovação pelo Congresso Nacional da Emenda Constitucional (EC) nº 95, foi estabelecido que os investimentos em saúde e educação, ficarão congelados por 20 anos, ou seja, o limite mínimo de despesas nessas áreas foi transformado em limite máximo (“teto”) para o período 2018 a 2036, ocorrendo atualização das despesas apenas pela variação anual da inflação (Brasil, 2016b). Assim, mesmo que haja aumento de receita no período, as despesas por habitante com o SUS serão reduzidas tendo em vista o crescimento da população e de outras necessidades específicas, tais como, os custos para o atendimento da população idosa. Essa redução do financiamento do SUS, do sistema de educação e dos direitos sociais, particularmente da seguridade social, insere-se no contexto de transferência de recursos dessas áreas para o pagamento

---

<sup>27</sup> Os recursos do FNS são transferidos aos Estados, Distrito Federal e Municípios na forma de blocos de financiamento de: a) Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde e b) Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde. Os recursos dos HUF estão nos blocos de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, e Atenção Especializada. O volume de recursos a serem empenhados por cada esfera de governo é definido em lei federal (Lei nº 141/2012), estabelecendo, para a União, o montante empenhado no ano anterior acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da LOA, para municípios, 12% da arrecadação de impostos e dos recursos e, para Estados e Distrito Federal, esse mesmo valor, deduzidas as parcelas transferidas aos municípios.

dos juros e da amortização da dívida pública, a qual não teve uma imposição de limite máximo de realização (Brasil. Conselho Nacional de Saúde, 2020). Dadas as consequências negativas dessa EC, o Conselho Nacional de Saúde mostra-se contrário a ela e apoia a Ação Direta de Inconstitucionalidade 5.658 a fim de vetá-la (Brasil. Conselho Nacional de Saúde, 2020; Toniolo, 2020).

Nesse cenário, a execução financeira de todo o orçamento disponível é primordial. Entretanto, Maia (2023) demonstrou que, em 2021, a Ebserh deixou de gastar R\$ 861 milhões do que foi autorizado na LOA. Volume considerado de alta monta ao verificar que a União como um todo não executou, neste mesmo ano, R\$ 27 bilhões na área da saúde. Apesar disso, o autor identificou que a Ebserh, assim como o HCPA e o GHC, alcançou percentual médio de execução financeira de 90%, valor superior aos 86,5% da União, indicando uma possível maior eficiência das estatais.

A eficiência é uma das dimensões da qualidade do cuidado em saúde que passa a ser considerada de modo mais relevante nos sistemas de saúde no contexto de restrição de recursos financeiros, e foi a destacada na EM que ensejou a criação da Ebserh (Brasil, 2010b; Sobrinho, 2023).

Pelos dados abertos pela estatal e painéis públicos existentes, não foi possível verificar o montante de recursos financeiros aplicado especificamente em ações de gestão da qualidade. Cabe observar, entretanto, que a qualidade do cuidado em saúde é um tema transversal que envolve a alocação de recursos em diversas dimensões, como estrutura física, capacitação de pessoal, incorporação de tecnologias e aprimoramento de processos assistenciais e administrativos, que podem conduzir a melhores desfechos em saúde. Nesse contexto, a execução orçamentária eficiente não deve ser analisada apenas sob a ótica da absorção dos recursos disponíveis, mas também em função do seu impacto na geração de valor em saúde (Diegoli, 2022). O conceito de valor em saúde relaciona os desfechos clínicos e a experiência do paciente ao custo por unidade de resultado obtido, ou seja, trata-se não apenas de “quanto se gasta”, mas de “como” e “com que resultados” se gasta (Porter; Teisberg, 2006). Apesar da ampliação da discussão sobre o tema na atualidade (Sobrinho, 2023), ainda não se verifica sua aplicação pela Ebserh.

### 10.3 Recursos tecnológicos

Como aponta a PNAES, as medidas relativas à saúde digital devem, entre outras, promover a melhoria do acesso e da qualidade do cuidado (Brasil, 2023c). Dessa forma, o inventário de recursos tecnológicos propicia o reconhecimento do que a Rede Ebserh tem propiciado para ampliar suas capacidades técnico-administrativas e alcançar os resultados almejados.

Nesse quesito, a Rede Ebserh conta com painéis de *business intelligence* (BI) voltados tanto à gestão estratégica da Rede quanto à operação cotidiana dos HUF, por meio dos quais são monitoradores indicadores assistenciais, financeiros, logísticos e de pessoal (**Quadro 15**). Esses dados subsidiam o planejamento estratégico, a alocação de recursos e a prestação de contas.

**Quadro 15** – Painéis gerenciais e informacionais da Rede Ebserh

Painel	Descrição	Acesso
Informações do AGHUX	Apresenta informações sobre o uso do AGHUX, implantações por hospital e região, números de estudantes e médicos residentes cadastrados.	Público
Informações Orçamentárias e Financeiras	Mais de 100 páginas de informações integradas sobre orçamento e finanças que podem ser consultadas de forma agregada ou segmentada. Os dados são coletados a partir de 8 sistemas de informação, incluindo o Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (SIAFI) e o DW Saúde, além de bases de informações internas.	Público
Catálogo de Padronização de Tecnologias em Saúde da Rede Ebserh	Dados de padrão descritivo de insumos assistenciais e outras informações relacionadas sobre o rol de insumos em uso pela Rede Ebserh.	Público
Painéis de Avaliações da Qualidade	Painéis desenvolvidos pelo Serviço de Gestão da Qualidade para consolidação dos dados das avaliações da qualidade realizadas no âmbito do Programa Ebserh de Gestão da Qualidade, permitindo análise pela Ebserh Sede quanto à conformidade geral da Rede Ebserh nos requisitos de qualidade. Exibe Dashboards comparativos Rede Ebserh: pontuação geral, requisitos conformes, não conformes e não aplicáveis.	Privado (Ebserh)
Painel - Contratualização Hospitalar na Rede Ebserh	Apresenta informações de controle dos instrumentos formais de contratualização (IFC), firmados entre os HUF e os gestores locais, e de produção hospitalar. Fonte dos dados: IFC, SIA, SIH e SISGERF	Privado (Ebserh)
Painel de Gestão da Rede Ebserh - Sala de Situação	Painel de acompanhamento de dados assistenciais (leitos ativos, produção assistencial), orçamentários e de gestão da força de trabalho da Rede Ebserh. Apresenta os indicadores de desempenho: taxa de ocupação hospitalar, tempo médio de permanência e taxa de parto cesárea. Fonte dos dados: AGHU, Datasus, Painel DOF, Planilha Obras, MentorRh e Cadterc.	Pessoas selecionadas

<b>Painel</b>	<b>Descrição</b>	<b>Acesso</b>
Painel de Gestão de Suprimentos Rede Ebserh	Compilado de painéis de gestão de compras e de gestão de estoque	Privado (Ebserh)
Monitoramento do Acordo Organizativo de Compromissos	Indicadores do Monitoramento do Acordo Organizativo de Compromissos – AOC.	Privado (Ebserh)
Painel de Indicadores DAS (Datusus)	Elenco de indicadores de produção assistencial, estrutura física e tecnológica e gestão hospitalar. Fonte dos dados: SIA, SIH	Privado (Ebserh)
Painel de Indicadores de Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente - Programa Ebserh Gestão à Vista	Indicadores de implantação do Programa e dos Protocolos Básicos de Segurança do Paciente, Indicadores relacionados aos processos de notificação e investigação de incidentes e queixas técnicas no Vigihosp, Taxa de Mortalidade institucional, Número de Never Events, Índice de Implantação das ações de humanização, Indicadores do Programa Nacional de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. Fonte de dados: SIG – Painel e Vigihosp.	Privado (Ebserh)
Painel de Informações de Custos da Rede	Congrega informações sobre custos da Rede Ebserh. Fonte dos dados: Dados do Sistema APURASUS.	Pessoas selecionadas
Painel de Monitoramento da Oferta Cirúrgica	Apresenta dados dos indicadores: taxa de suspensão de cirurgias (por especialidade), taxa global de suspensão de cirurgias, distribuição das cirurgias suspensas (por categorias) e detalhamento dos motivos de suspensão de cirurgias (por categorias). Fonte dos dados: dados enviados pelos hospitais, por meio de formulário do software Formsite.	Privado (Ebserh)
Painel Executivo da Rede Ebserh	Apresenta propósito, visão e valores da empresa, relação de gestores (presidente, vice-presidente e diretores) e catálogo de painéis. Fonte dos dados: AGHU / Mentor RH / Planilha SPO/ CPEO/DOF; Relatório CAD/ DAI; Base DGP (Painel de Gestão de Pessoas), Painel DOF, Monitoramento das Obras, Painel PPP (Auditoria), Planilha SCGA/CGC/DAS, Pasta compartilhada no OneDrive pelo SGIMA/ CGAH/ DAS com informações extraídas do Tabwin/DATASUS, Base formulário E/P, SIGRES, Planilha Preceptoria DEPI.	Privado (Ebserh)
Painel Geral de Gestão de Pessoas	Consolida informações sobre o quadro atual de pessoal, empregados efetivos e temporários, servidores, cedidos, comissionados, profissionais com função gratificada, dirigentes estatutários, carga horária alterada, afastamentos, insalubridade, periculosidade, folha de pagamento, horas extras, dados socioeconômicos e mapa da força de trabalho. Fonte dos dados: Banco de dados do SIGP - MentoRH	Privado (Ebserh)
Painel Gestão Estratégica	Apresenta o Mapa Estratégico da Ebserh e informações sobre os projetos e indicadores estratégicos, Plano Diretor Estratégico (PDE) dos hospitais e indicadores locais	Público
Painel Informativo DAS	Apresenta indicadores de estrutura hospitalar, de produção assistencial e de gestão da atenção hospitalar; informações sobre habilitação, serviços e equipamentos disponíveis nos HUF	Público

Fonte: elaboração própria a partir de levantamento na intranet da Ebserh (2025).

Os painéis da Ebserh têm como objetivo principal oferecer subsídios à tomada de decisão e ao monitoramento de desempenho assistencial, administrativo e orçamentário dos HUF. Embora alguns sejam de acesso público – como os painéis de informações orçamentárias e o de gestão

estratégica –, a maioria possui acesso restrito aos profissionais da empresa ou ainda a um rol restrito de gestores, o que contraria o princípio da publicidade que rege a administração pública, limita a transparência e *accountability*, dificultando o controle social e a articulação com demais instâncias do SUS.

Não se identifica uma uniformidade visual entre os painéis, o que pode estar relacionado a uma falta de padronização institucional. Além disso, nota-se certa dispersão entre plataformas com objetivos similares, sem plena integração sistêmica. A coexistência de painéis com funções similares, como o Painel Informativo DAS e o Painel de Indicadores DAS, sugere uma estrutura ainda marcada por sobreposição e baixa integração de sistemas. Isso compromete a eficiência da governança baseada em dados e dificulta o alinhamento entre estratégia e operação.

A Rede Ebserh também opera um ecossistema variado de soluções de tecnologia da informação de desenvolvimento próprio e de terceiros para atender suas necessidades de negócio, tanto para as áreas meio quanto para a área finalística da empresa (**Quadro 16**).

**Quadro 16** – Sistemas e ferramentas operacionais utilizados pela Rede Ebserh, gerenciados pela Administração Central

Sistema/Ferramenta	Descrição
3eC - Escola Ebserh de Educação Corporativa	Ambiente de aprendizado online completo para todos os empregados, de forma a disseminar o conhecimento e informação a um número cada vez maior de pessoas em todo o território no qual a Ebserh está presente.
AGHU - Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários	Sistema de gestão hospitalar e prontuário eletrônico disponível para uso gratuito no SUS. Sua utilização proporciona automatização dos processos assistenciais e administrativos, fornecendo à gestão hospitalar acesso a informações para tomadas de decisão em tempo real, além de possibilitar aos pacientes celeridades no atendimento. Conta com os módulos: Ambulatório Administrativo, Ambulatório Assistencial, Certificação Digital, Cirurgias, Controles do Paciente, Estoque, Exames, Farmácia, Faturamento, Internação, Inventário, Pacientes e Prontuário Online, Prescrição de Enfermagem, Prescrição Médica e Prescrição Multiprofissional. Outros módulos estão em desenvolvimento.
CAU - Central de Atendimento ao Usuário	Sistema de registro de chamados para serviços de sustentação nos sistemas e ferramentas operacionais utilizados pela Rede Ebserh.
Fatura SUS	Apresenta os valores de faturamento por procedimento hospitalar e ambulatorial de acordo com o CNES do estabelecimento e competência, conforme Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP)
Gerenciador Eletrônico de Documentos (GED)	Desenvolvido pela equipe da MEJC-UFRN. Permite a gestão e controle de documentos da qualidade dos HUF.
GETS Engenharia Clínica - Gerenciamento de Tecnologia para Saúde	Licenciado pela Unicamp para a Ebserh. Permite o acompanhamento em tempo real dos equipamentos usados e o encaminhamento de pedidos de manutenção em equipamentos médico-hospitalares para a Engenharia Clínica, mantém um inventário padronizado e um histórico que oferece

Sistema/Ferramenta	Descrição
	indicadores para a gestão de fluxos de manutenção e ciclo de vida dos equipamentos.
HU Digital	Plataforma de informações em saúde que disponibiliza o Registro Eletrônico de Saúde e serviços digitais para pacientes da rede Ebserh (acesso a seu prontuário, resultado de exames, teleatendimentos e histórico de atendimentos, com possibilidade de compartilhamento com profissionais de saúde).
Intranet Rede Ebserh	Promove a comunicação interna, além de proporcionar a divulgação de notícias, mural de avisos, central de conteúdo, governança, gestão de pessoas e atenção à saúde, dentre outros.
Portal do Conhecimento	Ferramenta institucional que permite a todos os colaboradores da Rede Ebserh acessar, compartilhar e participar da criação e sistematização de conhecimentos.
Portal do Empregado - Mentorh	Processamento de informações de gerenciamento de pessoas (ex.: controle de frequência, gestão de férias, banco de horas, avaliação de desempenho e de competências, banco de talentos, banco de movimentação).
REDCap - <i>Research Eletronic Data Capture</i>	Coleta, gerenciamento e disseminação de dados de pesquisas na Rede Ebserh.
Rede Pesquisa	Automatiza o processo de cadastramento de pesquisas desenvolvidas no âmbito da Rede Ebserh, gerando uma base de dados para a construção de panoramas e indicadores estratégicos para a gestão das pesquisas na Rede.
SAPE - Sistema de Acompanhamento de Projetos Especializados	Abertura e controle de solicitações de melhorias nos sistemas e ferramentas operacionais utilizados pela Rede Ebserh.
SEI - Sistema Eletrônico de Informações	Sistema de gestão de processos e documentos eletrônicos desenvolvido pelo Tribunal Regional Federal da 4ª Região e escolhido como a solução de processo eletrônico no âmbito do projeto Processo Eletrônico Nacional, coordenado pelo Ministério da Economia.
SER Rede - Sistema de Estágio de Residência da Rede Ebserh	Inscrição de estágio opcional de residência da Rede Ebserh.
Serviços TI	Gestão de contas de usuário e identidade de acesso à rede da Ebserh.
SIG - Sistema de Informações Gerenciais	Sistema integrado de gestão que provê informações gerenciais para o suporte à tomada de decisões e ao planejamento estratégico da Ebserh. Atualmente, possui mais de 20 módulos ativos dentre os quais podem ser destacados: Estágio e Residência, Rede Pesquisa, Vigihosp, Convocações, Processo Seletivo, Auditoria, Corregedoria, Pesquisa de Satisfação, Painel de Indicadores, Hotelaria Hospitalar, entre outros.
Sistema Nacional de Regulação (SISREG)	Gerenciamento de todo complexo regulatório indo da rede básica à internação hospitalar, visando a humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos.
Max	Software de gestão e otimização de processos jurídicos.
STT - Sistema Integrado de Telemedicina e Telessaúde	Conjunto de tecnologias, processos de trabalho médico, protocolos de exames e condutas clínicas para diagnóstico à distância em larga escala e acompanhamento de pacientes. Dentre suas principais áreas de atuação destacam-se: Telemedicina e PACS (Sistema de Comunicação e Arquivamento de Imagens).
UpToDate	Base de dados online, utilizada pela Rede Ebserh desde 2017 como recurso de suporte a decisões clínicas baseado em evidências com revisão atualizada em temas da saúde.

Sistema/Ferramenta	Descrição
Vigihosp - Aplicativo de Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos Assistenciais Hospitalares	Ferramenta de gestão de riscos voltada para a qualidade e segurança do paciente, que centraliza as notificações sobre incidentes, queixas técnicas, doenças e agravos de notificação compulsória identificados nos HUF, e permite investigá-los e gerenciá-los.
Painel de Indicadores – Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente	Módulo do SIG que permite o monitoramento dos principais indicadores de segurança do paciente, incluindo aqueles de monitoramento obrigatório conforme legislação vigente. Fornece meios para o benchmarking e a troca de experiências entre as unidades da Ebserh.

Fonte: elaboração própria a partir de levantamento na intranet da Ebserh (2025).

Os sistemas existentes, gerenciados pela Administração Central da Ebserh, são voltados à gestão de pessoas (SIG, Portal do Empregado), documentação administrativa (SEI), saúde digital (HU Digital, STT), ensino (SER Rede), pesquisa (REDCap, Rede Pesquisa), capacitação de pessoal (3eC), gestão da qualidade (GED, Vigihosp), gestão da informação e do conhecimento (Intranet e Portal do Conhecimento), gestão hospitalar (AGHU, SISREG e Fatura SUS), qualificação e apoio (UptoDate, GETS), apoio jurídico (Max) e suporte de tecnologia da informação (CAU, SAPE, Serviços TI). Tal amplitude tecnológica evidencia um esforço institucional de modernização, embora desafios de interoperabilidade e usabilidade persistam.

Há ainda uma série de sistemas oficiais nacionais e estaduais utilizados pelos HUF para cumprimento das normativas vigentes (**Apêndice I**), bem como sistemas desenvolvidos ou contratados isoladamente nos HUF para atendimento das necessidades não supridas pelos sistemas administrados pela Administração Central da Ebserh (**Apêndice J**).

Apesar da abrangência dos recursos tecnológicos adotados, a análise crítica revela limitações importantes que comprometem a consolidação de uma capacidade técnico-administrativa plenamente desenvolvida. Demonstra-se a seguir a análise de alguns dos sistemas que apresentam maior interface com a qualidade do cuidado em saúde, temática deste trabalho.

O AGHU é o sistema de maior destaque da empresa, utilizado por todos os HUF da Rede, possuindo cerca de 3 milhões de acessos por mês e uma base de 25 milhões de pacientes (Ebserh, 2023c). Seu desenvolvimento tomou como base o sistema AGH, desenvolvido pelo HCPA, sendo adaptado para a realidade dos HUF. Em 2023, o MEC, MS, Ebserh, Conass e Conasems assinaram o Acordo de Cooperação nº 02/2023 a fim de disseminar o AGHU em hospitais e serviços especializados, como estratégia de apoio à transformação digital do SUS. Em seguida, foi lançado chamamento público para participação na Comunidade AGHU.

Com a adoção do AGHU, os HUF deixaram de contratar sistemas comerciais (como Soul MV), gerando economia de recursos públicos para as unidades hospitalares. Entretanto, há que se ressaltar os investimentos relevantes aportados pela Ebserh, em âmbito central, para adequação do sistema. A manutenção e evolução do AGHU são realizadas por meio da contratação de serviços técnicos especializados, por empresa terceirizada. A evolução do sistema é realizada de acordo com as diretrizes definidas pelo Plano Diretor de Tecnologia da Informação (PDTI), conforme alinhamento com as demais diretorias.

Apesar do potencial do sistema para promoção da eficiência operacional e rastreabilidade de dados clínico-administrativos, o AGHU carece da implementação de uma série de melhorias para que surta os resultados esperados em todos os HUF da Rede Ebserh, incluindo padronização, interoperabilidade, integração com outros sistemas complementares e criação de funcionalidades para aprimorar a segurança do paciente. Além disso, em que pesem os esforços de desenvolvimento e aperfeiçoamento do AGHU, esse sistema não conseguiu ainda abarcar todas as necessidades dos HUF.

A gestão da qualidade do cuidado em saúde depende do monitoramento dos cuidados prestados aos pacientes por meio de indicadores, cuja análise permite orientar a formulação e a hierarquização de políticas, aferir a melhoria do cuidado, promover maior transparência do HUF e permitir que profissionais e usuários façam escolhas mais informadas. As informações estruturadas podem ser consideradas sensores que auxiliam a verificar se os objetivos propostos para segurança do paciente estão sendo alcançados nas instituições, conforme preconizado pela agência sanitária reguladora (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2013). O apoio de soluções de informação é necessário para se avançar no sentido de disponibilizar à governança dos HUF indicadores ou dados de forma mais célere, proporcionando, assim, maior controle dos processos assistenciais e gerenciais e o aumento da capacidade resolutiva dos HUF, bem como evitando duplicidade de esforços, desperdício de recursos públicos e, principalmente, danos aos pacientes.

Assim, dentre as melhorias necessárias ao AGHU, apresenta-se a necessidade de interfaceamento com o Painel de Indicadores de Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente no SIG ou ainda a disponibilização de plataforma analítica auxiliar, integrada ao AGHU, com características semelhantes ao painel. Atualmente, o registro de dados no Painel tem ocorrido de duas formas a depender do tipo de indicador: (1) registro manual mensalmente no Painel pelos HUF dos dados agregados de todos os pacientes, consolidados por instrumentos não padronizados



para toda a rede (formulário manual, planilha eletrônica etc.); e (2) registro automático no Painei por meio da integração existente com o Vigihosp. No primeiro caso, entretanto, a solução existente não permite o registro diário dos dados ou variáveis por paciente para que o cálculo dos indicadores seja automatizado e o monitoramento seja realizado em tempo real. Esses dados ou variáveis constam nos prontuários físicos ou eletrônicos dos pacientes nos HUF, mas, nem todos, constam em campos próprios no AGHU para que possibilite simplesmente a integração. Ademais, as ferramentas existentes não possibilitam o cálculo automático dos escores de prognósticos e de riscos dos pacientes (classificação de pacientes, risco de queda, risco de lesão por pressão), os quais são importantes para subsidiar a tomada de decisões terapêuticas.

A efetividade do AGHU depende ainda da adesão dos profissionais e da qualificação do processo de registro de informações, o que está associado à percepção de valor no uso de sistemas eletrônicos em saúde. De modo geral, essa percepção encontra-se bem abaixo do necessário para que se atinjam os objetivos, como aponta a pesquisa TIC Saúde 2018:

- a) 49% dos médicos e 47% dos enfermeiros avaliam que os profissionais de saúde dos respectivos estabelecimentos estão treinados para o uso de sistemas eletrônicos;
- b) 54% dos médicos e 59% dos enfermeiros avaliam que os profissionais de saúde dos respectivos estabelecimentos estão motivados para o uso de sistemas eletrônicos; e
- c) 46% dos médicos e 37% dos enfermeiros avaliam que os sistemas eletrônicos dos respectivos estabelecimentos estão bem adaptados às necessidades dos médicos e enfermeiros (CGI.br, 2020).

As iniciativas de capacitação podem auxiliar nesse sentido. Além de proporcionar oportunidades de obtenção de novas técnicas, conhecimentos e habilidades, tais iniciativas trazem maior motivação aos trabalhadores, os quais se sentem mais preparados para os desafios cotidianos, possibilitando, assim, a diminuição da rotatividade dos profissionais, o aumento da produtividade, o alcance dos objetivos estabelecidos e o desenvolvimento dos HUF. Como apresentado, a empresa também investe em plataformas digitais para capacitação continuada (como a 3eC), incluindo ambientes virtuais de aprendizagem e ferramentas de ensino a distância, alinhando-se aos objetivos de formação de recursos humanos em saúde. Entretanto, a apropriação da plataforma ainda é desigual entre os HUF, o que limita sua efetividade.

Reconhece-se ainda o déficit do rol de cursos disponibilizados na plataforma, sendo pouco abordadas algumas temáticas que poderiam ser otimizadas com capacitações online. Como

exemplo, cursos envolvendo a utilização do Vigihosp poderiam favorecer a cultura de segurança do paciente e aprimorar os processos de notificação e investigação de incidentes e queixas técnicas. Tal sistema foi criado por profissionais da Ebserh e lançado em 2014 para receber e gerenciar notificações sobre queixas técnicas, eventos adversos e demais incidentes nos cuidados em saúde, seguindo as diretrizes do PNSP no âmbito do Programa Ebserh de Segurança do Paciente.

O aplicativo Vigihosp é uma importante ferramenta de qualidade em saúde e segurança do paciente da Rede Ebserh, tendo contribuído para a identificação de oportunidades de melhoria da qualidade do cuidado. Porém, são utilizados sistemas diferenciados, sem interoperabilidade, para notificação de doenças e agravos em nível nacional e para registros de vacinação e de eventos adversos pós-vacinação, que são alimentados por dados estaduais e municipais, provedores da informação em base online que geram lotes eletrônicos de informação. Observa-se, portanto, que alcance da finalidade do Vigihosp pode ser aprimorado a partir da implementação de melhorias na ferramenta, tais como integração aos sistemas nacionais de notificação de eventos adversos e queixas técnicas (Vigimed e Notivisa) e de doenças e agravos de notificação compulsória gerenciados pelo Datasus.

Alguns instrumentos, notadamente os ligados à contratualização e à gestão estratégica, refletem uma lógica de centralização da governança, o que pode gerar fricções com as especificidades dos HUF. Isso revela um modelo institucional ainda em disputa, com diferentes níveis de maturidade organizacional.

Por outro lado, iniciativas como o STT (plataforma de telessaúde), que já está integrado ao AGHU, e o HU Digital representam avanços significativos na capacidade técnico-administrativa da Rede Ebserh. Essas ferramentas ampliam o acesso ao cuidado e posicionam a Ebserh como um ator relevante na modernização da política nacional de atenção hospitalar. Entretanto, associada à disponibilização da plataforma, faz-se importante implantar práticas de letramento em saúde e monitorá-las a fim de ampliar a capacidade dos indivíduos de gerenciar sua saúde, utilizar serviços preventivos e participar da tomada de decisões sobre sua saúde e bem-estar (OECD, 2024).

Em suma, a Ebserh apresenta um arcabouço tecnológico sofisticado, mas ainda em processo de consolidação como vetor efetivo de capacidade estatal. A existência dos sistemas, por si só, não garante sua efetividade: é necessário investimento contínuo em integração, usabilidade, qualificação e cultura institucional orientada pelo uso estratégico de dados. Aponta-se ainda para a

ausência de sistemas adequados para o registro de dados e o monitoramento integrado de planos de ação de melhoria da qualidade.

#### 10.4 Estratégias de monitoramento e avaliação

A Ebserh tem implementado, ao longo de sua atuação, um conjunto de estratégias de monitoramento e avaliação de sua rede hospitalar. Esses instrumentos, embora diversos em escopo e abrangência, revelam a tentativa de consolidação de capacidades técnico-administrativas voltadas à indução da qualidade do cuidado, à responsabilização institucional e ao alinhamento entre planejamento e execução (**Quadro 17**).

**Quadro 17** – Estratégias de monitoramento e avaliação observadas na Rede Ebserh segundo instrumentos, finalidades e limitações

<b>Instrumento</b>	<b>Finalidade</b>	<b>Estratégias de monitoramento e avaliação</b>	<b>Limitações observadas</b>
<b>Plano de Reestruturação (anexo ao contrato de gestão)</b>	Estabelecem as ações estratégicas a serem desenvolvidas no período de transição, com metas para um ano e indicadores de desempenho para monitoramento e avaliação nos eixos de atenção à saúde, ensino e pesquisa e infraestrutura.	Análise de informações no SIS-REHUF; reuniões periódicas entre as equipes do HUF e da Administração Central da Ebserh para o monitoramento das ações estratégicas; e indicadores de desempenho do HUF definidos no plano e reavaliados depois de um ano.	Foco em indicadores quantitativos e de produção: tempo médio de permanência, taxa de ocupação hospitalar, taxa de infecção em cirurgia limpa, taxa de cesárea, taxa de mortalidade hospitalar. Baixa inclusão de indicadores de segurança do paciente e experiência do usuário. Ausência de dados consolidados públicos. Fragilidade na linha de base de muitos indicadores.
<b>Plano de Negócios e Planos Diretores Estratégicos (PDE)</b>	Planejamento estratégico da Administração Central da Ebserh e dos HUF.	Indicadores vinculados aos projetos e objetivos estratégicos organizados por pilares. Painel de Gestão Estratégica que congrega os projetos estratégicos da Rede Ebserh (Ebserh, 2025f).	Mudança frequente de indicadores. Falta de consistência metodológica e ausência de série histórica prejudicam avaliação de tendências. Foco em produção e eficiência. Pouca incorporação de indicadores de cuidado oportuno, seguro, equitativo e centrado no usuário. Painel apresenta apenas indicadores correspondentes aos projetos da Administração Central de 2024 (ausentes indicadores dos HUF, dados 2025 não disponível em julho/2025). Indicadores não permitem avaliação contínua de melhoria.
<b>Contrato de Objetivos (2019 a</b>	Instrumentos de governança firmados entre a Ebserh e os HUF	Indicadores e metas anuais para monitoramento e	Predominância de indicadores de produção. Baixa institucionalização de indicadores

<b>Instrumento</b>	<b>Finalidade</b>	<b>Estratégias de monitoramento e avaliação</b>	<b>Limitações observadas</b>
<b>2023) e AOC (2024 e 2025)</b>	desde 2019 para pactuar as principais receitas e despesas do ano. Em 2024, após a publicação do Decreto nº 11.674/2023, que instituiu o PRHOSUS, esse instrumento passou a ser denominado AOC.	avaliação dos resultados alcançados.	de qualidade. Inclusão de indicadores do PGQuali em 2021 <sup>28</sup> , entretanto, não reapareceram em contratos posteriores (Ebserh, 2022d). Relatórios consolidados públicos limitados.
<b>PGQuali</b>	Promoção da cultura de melhoria contínua dos serviços prestados nos HUF.	Avaliações internas e externas da qualidade por meio da verificação de requisitos de qualidade por Comissão de Avaliadores. Elaboração de planos de melhoria da qualidade (PMQ) com base nos achados (Ebserh, 2022a).	Ausência de avaliações externas após 2022 (apenas um hospital certificado com selo bronze). Fragilidade na articulação entre avaliação e decisão. Déficit de retroalimentação sistêmica.
<b>Programa Ebserh de Segurança do Paciente</b>	Padronização de ações nos HUF quanto à segurança do paciente para o trabalho em rede, <i>benchmarking</i> , troca de experiências e otimização da utilização de recursos.	Índices de Implantação do Programa e dos Protocolos Básicos de Segurança do Paciente (indicadores compostos) e outros indicadores. Monitoramento de notificações voluntárias de incidentes e queixas técnicas registradas no Vigihosp. Monitoramento de alertas e publicações de farmacovigilância, tecnovigilância, vigilância de saneantes, cosméticos e outros insumos e publicação do Boletim Vigilância em Foco.	Coleta de dados para composição dos indicadores realizada por meio de formulários eletrônicos. Viés da autoavaliação. Subnotificação de incidentes devido baixo reconhecimento da importância, cultura punitiva em algumas unidades. Informações do boletim semanal não são consolidadas em instrumento único para vigilância de tecnologias em saúde (dependente de ações posteriores da Rede Ebserh).
<b>Programa Ebserh Gestão à Vista</b>	Instituição da cultura de avaliações periódicas dos resultados obtidos na prestação de assistência, com estabelecimento de ciclos contínuos de melhorias dos processos para obtenção de melhores resultados conforme recomendam as boas práticas de gestão da qualidade em saúde.	Painel de Indicadores de Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente, Rounds (reuniões) periódicas de avaliação dos indicadores in loco, reuniões de avaliação dos indicadores entre os HUF, implementação de ciclos de melhoria in loco e em rede, divulgação dos indicadores em rede (Boletim Ebserh Gestão à Vista).	Dados são coletados em instrumentos manuais e registrados no Painel mensalmente (sem integração com o AGHU). Dificuldades de coleta e subregistro de dados.
<b>Diretriz Ebserh de Humanização</b>	Rol mínimo de atividades em	Índice de Implantação das Ações de Humanização	Dados são coletados em instrumentos manuais e

<sup>28</sup> Indicadores relacionados diretamente ao PGQuali que compuseram os contratos de objetivos em 2021: “Elaborar os planos de melhoria para os 10 requisitos essenciais não conformes, priorizados pelo hospital, no âmbito do Programa e Selo Ebserh de Qualidade”; e “Obter, em 2021, conformidade dos requisitos essenciais não conformes da 1ª Avaliação Interna da Qualidade, priorizados no Plano de Melhorias 2021”.

Instrumento	Finalidade	Estratégias de monitoramento e avaliação	Limitações observadas
	humanização da atenção hospitalar a serem executadas, monitoradas e avaliadas na rede Ebserh de acordo com a Política Nacional de Humanização.	(indicador composto) e outros indicadores, reuniões multiprofissionais.	registrados no Painel mensalmente (sem integração com o AGHU). Dificuldades de coleta e subregistro de dados.
<b>Pesquisa de clima organizacional</b>	Mensuração do clima organizacional na Rede Ebserh e identificação de oportunidades de melhoria no ambiente de trabalho (Ebserh, 2022c).	Questionário online aplicado por instituição especializada.	Resultados da pesquisa realizada a nível nacional não foram publicizados. Não identificados planos elaborados a partir dos achados.
<b>Pesquisa de satisfação dos usuários do SUS</b>	Análise de aspectos ligados à satisfação dos usuários do SUS atendidos na Rede Ebserh, a fim de identificar pontos considerados insatisfatórios, entendendo-os como oportunidades de melhoria (Ebserh, 2023b).	<u>Formulário eletrônico</u> disponível em cartazes por meio de QR Code; contato telefônico feito por profissionais do HUF; formulários físicos disponibilizados em áreas específicas dos HUF; aplicação direta por meio de profissionais do hospital. O questionário contém avaliação de vários itens em sete grandes áreas: Roupas/Limpeza/Lixo; Estrutura; Atendimento no Ambulatório; Atendimento na Internação; Segurança/Portaria/Controle de Acesso; Equipamentos Médicos, e Refeições. Resultados divulgados em <u>Painel Power BI</u> .	Apesar de estarem disponíveis resultados das pesquisas de 2015 a <u>2024</u> , os painéis estão dispostos individualmente, não há comparabilidade entre os anos de forma a se avaliar a evolução e melhorias propiciadas (Ebserh, 2025d).
<b>Pesquisa de satisfação de residentes/ Pesquisa de satisfação do ensino</b>	Avaliação de requisitos de infraestrutura, serviço ofertado e formação profissional, a fim de identificar oportunidades de melhoria nos programas de residência dos HUF (Ebserh, 2024d). De 2019 a 2023, foi voltada apenas aos residentes. Em 2024, passou a incluir também os preceptores, docentes e demais estudantes (de	Formulário eletrônico com questões abertas e fechadas. Resultados apresentados na Diretoria Executiva da Ebserh e no Conselho de Administração e divulgados em Painel Power BI. Resultados utilizados no Programa de Desenvolvimento das Residências em Saúde (Pro-Res), em que são elaborados Planos de Melhorias, com foco na qualificação da formação de residentes, serviços ofertados e infraestrutura do campo de prática (Ebserh, 2024d).	Apesar de estarem disponíveis resultados das pesquisas de 2019 a <u>2024</u> , os painéis estão dispostos individualmente, não há comparabilidade entre os anos de forma a se avaliar a evolução e melhorias propiciadas (Ebserh, 2020c).

Instrumento	Finalidade	Estratégias de monitoramento e avaliação	Limitações observadas
	ensino técnico e graduação).		
<b>Pesquisa de satisfação dos Reitores</b>	Análise de aspectos sobre a percepção dos Reitores que vão desde os compromissos assumidos no Contrato de Gestão até o relacionamento da Universidade com a Administração Central da Ebserh, objetivando a consolidação de pontos fortes e as oportunidades de melhoria.	Formulário eletrônico com 43 itens obrigatórios e 8 questões optativas abertas. Resultados consolidados apresentados na Diretoria Executiva, no Conselho de Administração, no Conselho Fiscal e no Comitê de Auditoria e divulgados em <u>Painel Power BI</u> para a sociedade (Ebserh, 2020a).	Descontinuidade do instrumento ou não publicização dos resultados após 2020. Disponíveis resultados apenas da pesquisa realizada em 2020 (Ebserh, 2020a).
<b>Pesquisa de satisfação dos Superintendentes</b>	Análise de aspectos pertinentes ao relacionamento dos HUF com a Administração Central da Ebserh, objetivando a consolidação de pontos fortes e oportunidades de melhoria.	Formulário eletrônico com 36 itens com marcação obrigatória e 8 perguntas abertas, de preenchimento optativo. Resultados apresentados na Diretoria Executiva, no Conselho de Administração, no Conselho Fiscal e no Comitê de Auditoria. Resultados consolidados divulgados em <u>Painel Power BI</u> para a sociedade.	Descontinuidade do instrumento ou não publicização dos resultados após 2020. Disponíveis resultados apenas da pesquisa realizada em 2020 (Ebserh, 2020b).

Siglas: Acordo Organizativo de Compromissos (AOC); Hospital Universitário Federal (HUF); Plano de Melhoria da Qualidade (PMQ); Plano Diretor Estratégico (PDE); Programa Ebserh de Gestão da Qualidade (PGQuali); Sistema de Informações sobre o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários (SIS-REHUF).

Fonte: elaboração própria a partir de pesquisa documental (2025).

A análise dos instrumentos e estratégias de monitoramento e avaliação da Rede Ebserh evidencia avanços na constituição de uma arquitetura institucional de monitoramento e avaliação relativamente robusta, com presença de estruturas formais, padronização metodológica e esforços de informatização dos dados. Essas ações refletem o desenvolvimento de capacidades estatais técnico-administrativas essenciais à institucionalização de práticas de avaliação da qualidade em saúde na administração pública.

Contudo, as limitações observadas nas estratégias revelam fragilidades sistêmicas na consolidação dessas capacidades, particularmente no que se refere à definição do rol de indicadores, instrumentos utilizados, articulação entre resultados do monitoramento e avaliação à

tomada de decisão, retroalimentação dos dados produzidos e escuta de atores relevantes, sobretudo os usuários do SUS quanto a desfechos clínicos.

Conforme levantamento realizado nos Planos de Reestruturação dos 21 HUF com mais de 10 anos de contrato em 2023, o rol de indicadores definidos varia em cada plano, sendo que alguns são comuns a todos (**Tabela 1**). A linha de base de cada um dos indicadores também é apresentada no plano de reestruturação de modo a se ter uma base comparativa antes da gestão da Ebserh.

**Tabela 1** – Indicadores constantes nos planos de reestruturação dos HUF

<b>Indicador</b>	<b>Nº de Planos de Reestruturação que constam o indicador (n = 21)</b>	<b>Observação quanto às informações da linha de base</b>
Tempo médio de permanência por leito clínico (dias)	21	Não monitorado ou dados indisponíveis no plano para 1 HUF
Tempo médio de permanência por leito cirúrgico (dias)	21	Não monitorado ou dados indisponíveis no plano para 1 HUF
Taxa de Ocupação Hospitalar	21	Não monitorado ou dados indisponíveis no plano para 1 HUF
Taxa de Suspensão de Cirurgia	20	Não monitorado ou dados indisponíveis no plano para 3 HUF
Taxa de parto cesáreo	19	Indicado como não aplicável para 4 HUF
Taxa de Mortalidade Hospitalar	21	Não monitorado ou dados indisponíveis no plano para 2 HUF
Taxa de Infecção em cirurgia limpa	21	Não monitorado ou dados indisponíveis no plano para 3 HUF
Percentual de 1ª Consulta	19	Não monitorado ou dados indisponíveis no plano para 4 HUF
Taxa de mortalidade Neonatal intrahospitalar	2	Linha de base disponível
Taxa de ocupação dos leitos de UTI	1	Dados indisponíveis no plano
Taxa de infecção no trato urinário por sonda vesical	1	Dados indisponíveis no plano
Taxa de infecção na UTI	1	Dados indisponíveis no plano
Incidência de queda de paciente	1	Dados indisponíveis no plano
Incidência de lesão por pressão	1	Dados indisponíveis no plano
Tempo médio de permanência em leitos de saúde mental em hospital geral (dias)	1	Dados indisponíveis no plano
Equipe multiprofissional para assistência em saúde mental	1	Dados indisponíveis no plano
Realização de pesquisa de satisfação do usuário	1	Dados indisponíveis no plano
Informações do CNES atualizadas	1	Dados indisponíveis no plano

<b>Indicador</b>	<b>Nº de Planos de Reestruturação que constam o indicador (n = 21)</b>	<b>Observação quanto às informações da linha de base</b>
Proporção de internações hospitalares reguladas	1	Dados indisponíveis no plano
Média dos conceitos dos programas de pós-graduação	5	Não monitorado ou dados indisponíveis no plano para 3 HUF
Taxa de mortalidade materna	1	Linha de base disponível
Taxa de mortalidade fetal	1	Linha de base disponível
Percentual de Cursos de Graduação na Área de Saúde inseridos no Hospital	1	Linha de base disponível
Percentual de vagas de residência estratégicas para o SUS	16	Não monitorado ou dados indisponíveis no plano para 2 HUF
Avaliação média dos programas de pós-graduação	10	Não monitorado ou dados indisponíveis no plano para 1 HUF
Percentual de conformidades de infraestrutura hospitalar – item instalações físicas: sistemas e redes	16	Não monitorado ou dados indisponíveis no plano para 2 HUF
Existência de Plano Diretor de Gestão ou Plano de Ação Gerencial	1	Dados indisponíveis no plano

Fonte: elaboração própria (2025) a partir de levantamento nos Planos de Reestruturação dos HUF da Rede Ebserh com mais de 10 anos de contrato em 2023 (Ebserh, 2025a).

Observa-se que o monitoramento dos planos de reestruturação dos HUF volta-se principalmente à gestão hospitalar e produção assistencial, não dando destaque aos indicadores mínimos dos Protocolos Básicos de Segurança do Paciente e aos de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS). Indicadores dos protocolos de identificação do paciente, cirurgia segura, higiene de mãos e de segurança na prescrição uso e administração de medicamentos não foram identificados em nenhum dos contratos. Aponta-se para a importância do reconhecimento dos indicadores de qualidade e segurança do paciente como elementos estruturantes para ampliação do acesso à saúde pela alta gestão e envolvimento de toda a governança dos HUF.

Dentre os indicadores monitorados, um dos indicadores associados ao PNCIRAS (taxa de infecção em cirurgia limpa) foi incluído em todos os contratos analisados, apesar de não conter a linha de base em quatro deles. Outros dois indicadores associados ao PNCIRAS (taxa de infecção no trato urinário por sonda vesical e taxa de infecção na Unidade de Terapia Intensiva - UTI) e dois dos Protocolos Básicos de Segurança do Paciente (incidência de queda de paciente e incidência de lesão por pressão) foram identificados somente em um dos contratos analisados.



Cinco indicadores constantes em todos os planos são os definidos na PNHOSP: tempo médio de permanência para leitos clínicos e cirúrgicos, taxas de ocupação hospitalar e dos leitos de UTI e taxa de mortalidade hospitalar.

Os demais indicadores de atenção à saúde constantes em 90 a 95% dos planos (percentual de 1ª consulta, taxa de suspensão de cirurgia e taxa de parto cesáreo) e pontualmente em um ou dois planos (taxa de mortalidade neonatal intra-hospitalar, tempo médio de permanência em leitos de saúde mental em hospital geral, equipe multiprofissional para assistência em saúde mental, realização de pesquisa de satisfação do usuário, informações do CNES atualizadas, e proporção de internações hospitalares reguladas) são relativos à gestão hospitalar e produção assistencial.

Não foram identificadas estratégias específicas para monitoramento e avaliação da experiência do usuário de forma estruturada na Rede Ebserh. Somente o plano de reestruturação de um dos HUF trouxe como indicador a realização de pesquisa de satisfação do usuário. A nova estrutura de Avaliação de Desempenho dos Sistemas de Saúde (OECD, 2024) e a Pesquisa de Indicadores Relatados por Pacientes (PaRIS) (OECD, 2025) sinalizam a importância de mudar esse cenário, seguindo a tendência mundial, de priorizar a avaliação a partir das perspectivas dos próprios pacientes, considerando seus desfechos em saúde e experiências com o cuidado recebido.

A ênfase excessiva em indicadores predominantemente quantitativos, com foco na eficiência operacional e na gestão de leitos, tende a reduzir a complexidade da qualidade do cuidado à lógica de produtividade. Esses indicadores, apesar de relevantes, são insuficientes para capturar dimensões essenciais como a segurança do paciente, a experiência do usuário, a integralidade da atenção e os desfechos clínicos ajustados por risco. A adoção exclusiva ou prioritária desses parâmetros pode desestimular abordagens mais abrangentes e centradas no cuidado, além de limitar o uso estratégico da informação para o aprimoramento contínuo da qualidade. Assim, a análise crítica desses achados aponta para a necessidade de diversificação e qualificação do rol de indicadores nos contratos de gestão, alinhando-os às diretrizes internacionais de avaliação da qualidade em saúde e às especificidades dos HUF.

Há ainda que se ressaltar que não foram identificadas informações consolidadas disponíveis no portal eletrônico da Ebserh sobre os resultados desses indicadores definidos nos planos de reestruturação, cujo prazo de monitoramento e avaliação seria de um ano após o estabelecimento do contrato. Os instrumentos utilizados para monitoramento e avaliação após este período utilizam, em sua maioria, outros indicadores, havendo correspondência apenas de quatro indicadores do

plano de reestruturação que constam no AOC: tempo médio de permanência hospitalar, taxa de ocupação hospitalar, percentual de primeiras consultas ofertadas para o Gestor do SUS e taxa de parto cesáreo (Ebserh, 2025b). Estes dois últimos constam também no Plano de Negócios 2025 (Ebserh, 2025c).

Assim como os indicadores definidos nos planos de reestruturação, aponta-se para o foco em produção e eficiência operacional nos indicadores do Plano de Negócios, do Contrato de Objetivos e AOC, refletindo o paradigma tradicional de gestão hospitalar. Há carência de indicadores que abordem as demais dimensões da qualidade do cuidado, como segurança do paciente, efetividade clínica, equidade, cuidado oportuno e experiência do usuário.

Além disso, verifica-se a alteração de alguns dos indicadores monitorados de um ano para o outro e a não apresentação da série histórica dos HUF da Rede Ebserh, o que compromete a avaliação da melhoria da qualidade em saúde.

Importante considerar que somente o monitoramento de indicadores, por si só, não garantirá a qualidade do cuidado em saúde (Kruk et al., 2018b). Assim como em outros países, a coleta de dados de saúde para monitoramento e avaliação da qualidade é descoordenada e desconectada da tomada de decisões, há um elevado número de indicadores, que sobrecarrega os profissionais e o sistema de saúde, e a fragmentação das fontes de dados dificulta a avaliação coerente de desempenho, a qual muitas vezes não é realizada (Kruk et al., 2018b).

No âmbito do PGQuali, também são utilizadas como estratégias de monitoramento e avaliação as AVAQualis, as avaliações externas dos HUF e os planos de melhoria da qualidade (PMQ) (**Quadro 18**) (Ebserh, 2022a). As AVAQualis caminham para a sua 6ª edição. A primeira, e única, visita de avaliação externa foi realizada em 2022 no CHC-UFPR, que obteve o selo Bronze. Com a mudança de gestores na Administração Central da Ebserh no ano seguinte, não se deu continuidade com as avaliações externas, embora alguns HUF tenham solicitado a visita para fins de certificação.

**Quadro 18** – Estratégias de monitoramento e avaliação no âmbito do PGQuali

<b>Estratégia</b>	<b>Características</b>
Avaliação interna da qualidade (AVAQualis)	Conduzida por uma comissão composta por profissionais do próprio HUF que avaliam, em um período definido, a conformidade dos processos frente a mais de 700 requisitos do Manual do PGQuali, gerando, ao final, um relatório que é encaminhado à Superintendência do hospital e à administração central da Ebserh.
Avaliações externas	Realizadas por comissão própria constituída por profissionais da rede Ebserh, de unidade distinta da avaliada, também com o intuito de verificar o atendimento aos requisitos do

Estratégia	Características
	Manual de Qualidade, sendo concedidos quatro diferentes selos de certificação (Selo Ebserh de Qualidade) a depender do nível de maturidade do HUF em relação à gestão da qualidade: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Bronze: 100% dos requisitos essenciais do Manual, validade de 2 anos;</li> <li>b) Prata: 100% dos requisitos essenciais e, no mínimo, 80% de todos os requisitos do Manual, 2 anos;</li> <li>c) Ouro: 100% dos requisitos essenciais e, no mínimo, 90% de todos os requisitos do Manual, 3 anos; e</li> <li>d) Diamante: 100% dos requisitos do Manual, 3 anos.</li> </ul>
Plano de Melhoria da Qualidade (PMQ)	Plano de ação para tratamento das não conformidades identificadas pelas áreas responsáveis no HUF e apresentadas no relatório gerado da AVAQualis e avaliação externa para a implantação de ciclos de melhorias.

Fonte: elaboração própria (2025) a partir de informações de Ebserh (2022a).

Os dados gerados no âmbito das estratégias de monitoramento e avaliação do PGQuali são consolidados em painéis BI a nível central da Ebserh a fim de facilitar a análise pela governança da rede e a produção de conhecimento para ações de melhorias na gestão de recursos e processos (Silva et al., 2021). Entretanto, esses dados são restritos aos profissionais da empresa e são subutilizados. Acredita-se que uma melhor estruturação e análise dos achados poderia contribuir com as estratégias governamentais, como no direcionamento correto de recursos para ações prioritárias no REHUF e no fortalecimento de ações de ensino e assistência à saúde. Como observa Cintrão (2016), a capacidade informacional e de gestão de dados é elemento-chave para a governança orientada à qualidade e à transparência no setor público, o que, no caso da Ebserh, contribuiu para maior uniformidade nos processos assistenciais e administrativos, ainda que sob limitações operacionais e sem expansão significativa da rede.

Na administração central da empresa, também se identificam déficits de capacidades organizacionais e analíticas que dificultam a condução de estratégias de monitoramento e avaliação. Destacam-se a limitada articulação intersetorial, a fragilidade na sistematização e uso dos dados produzidos pelas AVAQualis, as falhas na rotina de monitoramento de indicadores e a ausência de mecanismos eficazes para o acompanhamento estratégico dos resultados avaliativos. A ausência de uma sistemática eficaz de retroalimentação entre avaliação e tomada de decisão compromete o uso dos resultados para a formulação de ações efetivas nos eixos da gestão, assistência, ensino, extensão, pesquisa e inovação em saúde.

## 10.5 Publicação de dados abertos

A discussão sobre dados abertos ocupa lugar central no debate contemporâneo sobre políticas públicas, sobretudo em setores estratégicos como a saúde. No âmbito da Ebserh, que administra a maior rede pública de HUF do país, o tema adquire relevância ainda maior, uma vez que a disponibilização estruturada de informações não apenas fortalece a transparência e *accountability* institucional, mas também cria condições para o monitoramento e a avaliação da qualidade do cuidado em saúde.

O uso de dados abertos possibilita acompanhar indicadores de desempenho assistencial, de gestão e de ensino, extensão, pesquisa e inovação nos HUF, permitindo maior controle social e subsidiando a tomada de decisão baseada em evidências.

No artigo elaborado durante a construção desta tese, apresentado no **Apêndice B**, analisou-se o grau de alinhamento da Rede Ebserh aos princípios da Política Nacional de Dados Abertos (PNDA). Constatou-se que, dentre 39 unidades avaliadas, apenas 21 (51%) publicavam dados abertos; o grau de alinhamento global da rede foi de apenas 35% e de 67% considerando somente as unidades que disponibilizavam dados abertos. Nenhuma unidade atendia integralmente a todos os critérios da política, o que comprometia a qualidade, a interoperabilidade e o reuso das informações (Silva; Araujo; Filgueiras, 2022), inclusive em potenciais estratégias de monitoramento e avaliação. Essa limitação também reduz a efetividade dos canais de participação social e o controle social sobre as ações da estatal, uma vez que a transparência da informação é pré-condição para a participação qualificada.

Pelo estudo, identificou-se que o entendimento sobre a abertura de dados na administração pública é incipiente, havendo falta de clareza quanto ao processo integral de gestão de dados e aos conceitos e princípios de DAG. Dificuldades de compreensão ou interpretações equivocadas da LGPD, juntamente à “lógica” de superproteção de dados e à ausência de uma política de governança de dados, são fatores que podem ter contribuído para 19 HUF não publicarem DAG (Silva; Araujo; Filgueiras, 2022).

Ademais, observou-se que a produção e o gerenciamento de dados na Rede Ebserh são realizados de maneira isolada e não interoperável por cada unidade, sem uma estratégia comum para padronização e organização do processo de abertura de dados. Como fator contribuinte, apontou-se a falha da Administração Central da estatal de não fornecer um direcionamento para todas as unidades para a abertura e integração de dados (Silva; Araujo; Filgueiras, 2022).

Cabe observar, contudo, que esse estudo foi conduzido em 2022, em um contexto ainda fortemente marcado pelos efeitos da pandemia de Covid-19. Assim, parte dos resultados pode refletir circunstâncias excepcionais daquele período, especialmente quanto à geração, divulgação e atualização de dados abertos nas unidades da Ebserh. O baixo grau de alinhamento à PNDA pode ter sido influenciado por fatores como a priorização do atendimento emergencial em detrimento da publicação de dados e metadados estruturados, a sobrecarga dos sistemas de informação e a alteração dos indicadores monitorados durante a crise sanitária. Essas condições justificam a necessidade de análises complementares e de atualização das evidências no contexto pós-pandemia, a fim de avaliar a evolução da maturidade dos dados abertos e seu potencial para fortalecer a transparência, a governança e a qualidade do cuidado na Rede Ebserh.

Apesar das limitações impostas pela pandemia de Covid-19, que podem ter retardado a maturação dos conjuntos de dados, ela também reforçou a importância da abertura, consistência e integração desses dados. As análises conduzidas, a reflexão sobre as possibilidades de reuso ou mesmo as alterações nos arranjos institucionais decorrentes das mudanças de governo podem ter funcionado como elementos indutores da abertura de dados na Rede Ebserh após o levantamento inicial realizado.

Nos anos subsequentes, observa-se a publicação de PDAs no ciclo 2023–2025 por algumas unidades hospitalares que, em 2022, não publicavam dados abertos, a exemplo do HUIB-UFPA, HUOL-UFRN e CHC-UFPR (Ebserh, 2025g, 2025h, 2025i). Esses documentos evidenciam avanços no planejamento e na transparência institucional, bem como na institucionalização da PNDA no âmbito da Rede Ebserh, ainda que de forma heterogênea entre unidades. No contexto da qualidade do cuidado, permanece a necessidade de investigar até que ponto essas publicações efetivamente alimentam processos de monitoramento da qualidade assistencial nos HUF.

Cabe ressaltar que a simples publicação de dados abertos não implica, por si só, a consolidação de capacidades analíticas ou de interoperabilidade. Estudos recentes sobre competência informacional apontam que o valor público dos dados abertos depende da capacidade técnica e institucional de interpretá-los e reutilizá-los de forma crítica e contextualizada (Cunha et al., 2024). Nesse sentido, a efetividade da PNDA na Rede Ebserh requer não apenas a abertura formal das bases, mas também o fortalecimento das capacidades envolvidas na produção, gestão e uso inteligente desses dados. O movimento necessário para melhoria desse cenário se articula à agenda do MS, expressa no PDA 2024-2026, que incorporou referenciais de governança e modelos

de maturidade de dados, reforçando diretrizes para catalogação, atualização e reutilização das bases (Brasil, 2025b).

## **10.6 Análise do inventário de capacidades técnico-administrativas**

A análise do estoque de capacidades técnico-administrativas da Rede Ebserh revela avanços relevantes, mas também desafios persistentes. No eixo de recursos humanos, a substituição gradual de vínculos precários por profissionais celetistas selecionados por meio de concursos públicos fortaleceu a recomposição da força de trabalho. Entretanto, a heterogeneidade dos vínculos, os conflitos decorrentes de desigualdades salariais, a carência de especialistas em determinadas regiões e as limitações no redimensionamento da força de trabalho ainda comprometem a qualidade da assistência. Além disso, a baixa valorização da qualificação e de competências gerenciais fragiliza a consolidação de uma cultura orientada à qualidade e à inovação.

No campo dos recursos financeiros, a Ebserh consolidou-se como principal gestora do orçamento dos HUF, articulando diferentes fontes de financiamento e alcançando níveis de execução acima da média da União. Ainda assim, o contexto de restrição fiscal imposto pela EC nº 95/2016 e a predominância de despesas fixas com pessoal limitam a flexibilidade orçamentária e a capacidade de inovação. A eficiência na alocação e execução dos recursos constitui uma dimensão estratégica, mas permanece pouco explorada sob a ótica do “valor em saúde”, ou seja, da relação entre custos, desfechos clínicos e experiência do usuário. Essa lacuna evidencia a necessidade de avançar de uma lógica de gasto para uma lógica de impacto.

No âmbito dos recursos tecnológicos, observa-se a existência de um arcabouço sofisticado de sistemas de informação que corroboram para a qualificação do cuidado em saúde, como o AGHU, Vigihosp, painéis BI e plataformas digitais de ensino e telessaúde. De forma geral, observa-se que a Ebserh vem ampliando o uso e a publicização de dados institucionais por meio de painéis, relatórios e sistemas próprios de monitoramento. Ainda assim, há desafios relacionados às falhas de padronização de informações, à baixa interoperabilidade de sistemas e à limitada apropriação pelos profissionais (uso efetivo desses dados na gestão e na avaliação), o que reduz o potencial dessas capacidades para induzir melhorias no cuidado.

No que se refere às estratégias de monitoramento e avaliação, a Ebserh avançou na criação de instrumentos que apontam para a institucionalização de práticas de mensuração do desempenho

hospitalar por meio de indicadores e metas, tais como os Contratos de Gestão, os Contratos de Objetivos, os Acordos de Compromissos, os IFC, o PGQuali, o PESP e as pesquisas de satisfação. Todavia, a ênfase predominante em métricas de produção e eficiência operacional gera um descompasso em relação à totalidade de dimensões da qualidade em saúde. A quase ausência de indicadores sobre segurança do paciente, cuidado equitativo, oportuno e centrado no usuário nos Contratos de Gestão, instrumento estratégico na contratualização entre IFES e a Ebserh, limita a capacidade de o monitoramento servir como ferramenta para a melhoria contínua da qualidade do cuidado em saúde nos HUF. Além disso, a heterogeneidade na coleta e registro de dados pelos HUF e as dificuldades de articulação entre os sistemas de informação nacionais e os internos da Ebserh comprometem a consistência das análises e a possibilidade de comparações interinstitucionais. Nesse sentido, o fortalecimento da governança baseada em dados exige não apenas instrumentos tecnológicos, mas também integração, qualificação e alinhamento às tendências internacionais de avaliação da qualidade em saúde.

Quanto à publicação de dados abertos, verifica-se um movimento ainda incipiente para transparência ativa, configurando uma das categorias em que a trajetória da Ebserh mais evidencia fragilidades. Somente metade dos HUF da Rede Ebserh disponibiliza dados abertos em seu portal institucional e mesmo essas unidades não atendem a todos os princípios da PNDA, dificultando a apropriação por pesquisadores, gestores e sociedade civil (Silva; Araujo; Filgueiras, 2022). Essa limitação reduz o potencial de controle social e de produção de conhecimento sobre os impactos da estatal na qualidade do cuidado.

A consolidação de uma política robusta de governança de dados, alinhada à LAI, à LGPD e às diretrizes da PNDA, seria estratégica para reverter esse cenário, reforçar a legitimidade da estatal, ampliar a *accountability* e fortalecer tanto a pesquisa acadêmica quanto a formulação de políticas públicas mais baseadas em evidências.

Cabe observar, contudo, que a mera publicação de dados não garante o uso inteligente da informação. Para que a transparência se converta em inteligência, em instrumento de inovação e aprendizado e gere ciclos de melhoria contínua, são necessárias condições técnicas, institucionais e relacionais que sustentem o fluxo completo do dado – desde sua geração até o reuso analítico. Entre essas condições, destacam-se:

- a) qualidade e integridade dos dados, com registros consistentes, metadados padronizados e mecanismos de validação;

- b) interoperabilidade entre sistemas, permitindo integração entre as bases da Ebserh e sistemas nacionais como o CNES, SIH/SUS e a Rede Nacional de Dados em Saúde;
- c) capacidades analíticas, tanto dentro do Estado, no nível das unidades hospitalares e da Administração Central da Ebserh, quanto na sociedade civil, na academia e em órgãos públicos, para transformar dados em informação estratégica; e
- d) mecanismos de governança e coordenação interinstitucional, que evitem a fragmentação de esforços e assegurem coerência nas práticas de abertura e uso.

O aperfeiçoamento da qualidade dos dados depende de processos de padronização, de incentivos institucionais à alimentação das bases e da capacitação das equipes envolvidas na gestão da informação para o aproveitamento efetivo dos dados abertos de forma a ampliar o valor público da informação.

Nesse contexto, o pareamento de dados – como a integração entre eventos de hospitalização e mortalidade – representa uma oportunidade promissora para a Rede Ebserh. A congregação de múltiplas bases permite não apenas mensurar desfechos clínicos mais robustos, mas também construir indicadores sintéticos de qualidade e segurança do paciente. Contudo, essas práticas enfrentam barreiras institucionais e tecnológicas, como a ausência de identificadores únicos, restrições legais à troca de dados e limitações de interoperabilidade entre sistemas.

Em síntese, a análise do inventário de capacidades técnico-administrativas revela que a Ebserh logrou avanços significativos ao longo de sua trajetória, sobretudo em termos de gestão de pessoal, orçamento e desenvolvimento de instrumentos de monitoramento. Entretanto, os desafios recorrentes – conflitos da força de trabalho, rigidez orçamentária, fragmentação tecnológica, foco restrito das métricas, escopo limitado da avaliação e insuficiência de dados abertos – apontam para a necessidade de um novo ciclo de aprimoramento institucional.

Esses descompassos indicam que o fortalecimento institucional da estatal ainda não se traduziu no desenvolvimento pleno de capacidades para o fortalecimento da qualidade do cuidado em saúde, apontando para a necessidade de um novo ciclo de inovação e alinhamento às tendências internacionais e agendas contemporâneas de governança baseada em dados, valor em saúde e transparência pública. A sustentabilidade dos avanços dependerá da capacidade da estatal em alinhar essas práticas de qualidade em saúde e superar tensões históricas que ainda condicionam o desempenho dos HUF.



## 11 REDES DE PODER E DIÁLOGO: o estoque de capacidades político-relacionais da Rede Ebserh

Liderança proativa, comunicação e vontade política são elementos fundamentais para ações efetivas para a melhoria da qualidade do cuidado em saúde e para a segurança do paciente (Slawomirski; Klazinga, 2022). O inventário das capacidades político-relacionais da Ebserh permite compreender como a estatal se articula com diferentes atores e instituições na implementação de políticas públicas nesse sentido.

As capacidades político-relacionais referem-se à aptidão de organizações públicas para construir alianças, mediar interesses diversos e garantir apoio político necessário à sustentação e à efetividade das políticas públicas. Considerando as quatro categorias analisadas – interações institucionalizadas entre atores burocráticos e agentes políticos, canais de participação social, *networking* e mecanismos de articulação com órgãos de controle –, é possível identificar diferentes graus de institucionalização dessas capacidades na Rede Ebserh como discutido nos tópicos a seguir.

### 11.1 Interações institucionalizadas entre atores burocráticos e agentes políticos

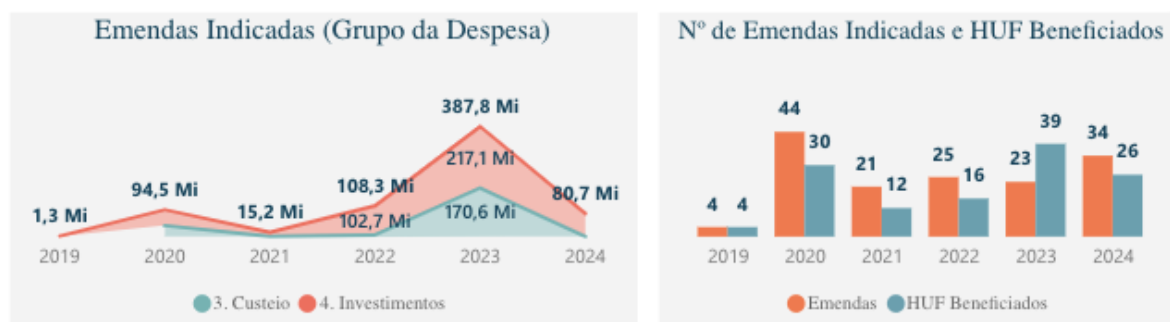
Na perspectiva da rede Ebserh, a capacidade político-relacional manifesta-se de forma significativa nas interações institucionalizadas entre atores burocráticos e agentes políticos, como parlamentares de distintos partidos. Essas interações, por vezes mediadas pela Presidência da Ebserh<sup>29</sup>, por superintendências hospitalares ou por reitorias, têm se consolidado especialmente na negociação e alocação de emendas parlamentares para os HUF. Os valores dessas emendas apresentam tendência de crescimento desde 2019, com um aumento considerável em 2023 (Ebserh, 2023a), provavelmente em decorrência da transição do governo federal e recomposição das bases parlamentares, do calendário eleitoral e articulação regional para visibilidade política nas eleições municipais de 2024 ou ainda de uma atuação mais proativa da Ebserh junto às bancadas estaduais (**Figura 13**). Esse processo revela tanto a inserção da rede em arenas decisórias plurais quanto sua

---

<sup>29</sup> A Assessoria Parlamentar da Ebserh atua como canal de articulação institucional com o Poder Legislativo, acompanhando proposições legislativas e colaborando para a defesa de interesses estratégicos da Rede de HUF no Congresso Nacional.

habilidade de mobilizar apoio político para sustentar e expandir suas ações. A institucionalização dessas relações contribui para a estabilidade e a legitimidade da política, embora carregue riscos, como a fragmentação das prioridades estratégicas diante de interesses políticos locais. A Ebserh, nesse sentido, atua como um nodo articulador em uma rede complexa de atores, exigindo coordenação fina entre critérios técnicos e dinâmicas político-institucionais.

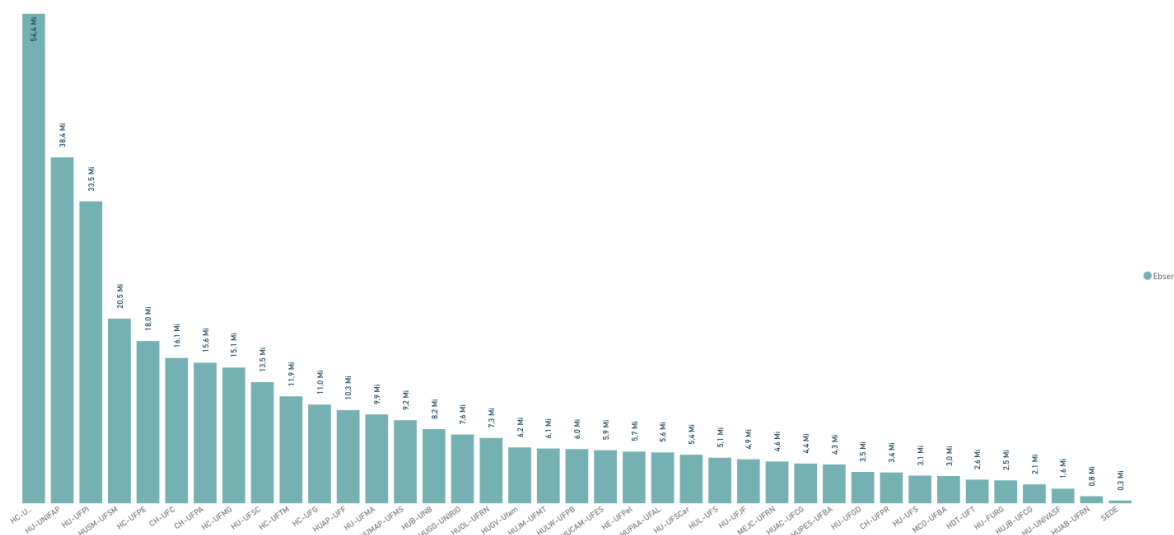
**Figura 13** – Evolução das emendas parlamentares por grupo de despesa e por HUF beneficiado na Rede Ebserh, 2019 a 2024



\*Dados 2024 em atualização.

Fonte: Painel de Orçamento e Finanças (Ebserh, 2023a).

A análise por HUF mostra significativa concentração de recursos em poucas unidades (**Figura 14**). Em 2023, o HC-UFU recebeu R\$ 54,4 milhões, enquanto o HUAB-UFRN recebeu cerca de R\$ 0,8 milhão (Ebserh, 2023a). Essa desigualdade na alocação pode estar associada a fatores como: presença ativa de parlamentares vinculados a universidades específicas; capacidade institucional local de elaborar propostas e atrair emendas; relações pessoais ou partidárias entre reitores, superintendentes e deputados. Essa concentração pode gerar assimetrias na capacidade de resposta dos HUF, refletindo-se na qualidade do cuidado, especialmente em regiões menos articuladas politicamente.

**Figura 14** – Valores das emendas parlamentares por HUF da Rede Ebserh, 2023

Fonte: Painel de Orçamento e Finanças da Ebserh (Ebserh, 2023a).

O perfil dos autores das emendas parlamentares destinadas aos HUF da Rede Ebserh em 2023 revela diversidade político-partidária, regional e institucional, refletindo o caráter plural das interações entre a Rede Ebserh e atores políticos (**Quadro 19**). Entre os parlamentares, identificam-se diferentes espectros ideológicos, o que sugere que a destinação de emendas à saúde universitária transcende alinhamentos partidários, respondendo a interesses locais e estratégicos. A presença de senadores como Jader Barbalho (MDB) e Efraim Filho (União) evidencia o envolvimento da Câmara Alta nas pautas de financiamento hospitalar, o que nem sempre é comum em emendas individuais. Além dos parlamentares, há forte participação de emendas coletivas, oriundas de bancadas estaduais (Amapá, Espírito Santo, Minas Gerais, Piauí e Rio de Janeiro), que se referem a montantes mais altos de recursos, e da Comissão de Educação, Cultura e Esporte, sinalizando mobilização institucional em torno da Rede Ebserh. As emendas do Relator-Geral do Orçamento também são relevantes em volume de recursos, indicando articulação de maior escala e possível influência do antigo modelo de emendas RP9. Essa configuração reforça a ideia de que os HUF têm ganhado centralidade como ativos políticos regionais e nacionais, sendo utilizados como instrumentos de visibilidade parlamentar e de resposta a demandas de saúde pública localizadas.

**Quadro 19** – Autores das emendas parlamentares destinadas à Rede Ebserh por cargo, partido e relação com o setor saúde e HUF, 2023

Autor	Cargo	Partido	Relação com o setor saúde e HUF
Gonzaga Patriota	Deputado Federal	PSB	Atuação prévia em comissões de saúde e apoio a HUF de PE
Jader Barbalho	Senador	MDB	Forte atuação em saúde no Pará, articulação por investimentos para o HUIBB-UFPA
João Maia	Deputado Federal	PL	Apresentou proposições relacionadas ao setor saúde e educação
Efraim Filho	Senador	União	Atuação em temas de financiamento federal;
Eduardo da Fonte	Deputado Federal	PP	Atuação com hospitais de referência em PE
Paulo Teixeira	Deputado Federal	PT	Histórico em comissões de saúde e autor de proposições sobre SUS
Ruy Carneiro	Deputado Federal	PSC	Forte atuação em saúde na PB; defensor do HULW-UFPA
Damião Feliciano	Deputado Federal	União	Médico, relações diretas com políticas de saúde e hospitais
Pedro Cunha Lima	Deputado Federal	PSDB	Atuação em defesa de hospitais da PB, apoio ao HU-UFCE
Daniel Trzeciak	Deputado Federal	PSDB	Atuação voltada para a saúde no RS, apoio ao HU-UFPE
Túlio Gadelha	Deputado Federal	Rede	Defesa de políticas de saúde em PE, apoio ao HC-UFPE
Vivi Reis	Deputado Federal	PSOL	Militância em saúde pública, defesa de HUF no Pará
Comissão Educação, Cultura e Esporte	Comissão	-	Atuação indireta; saúde ligada ao ensino superior e hospitais de ensino
Bancada do Amapá	Bancada	-	Atuação em defesa de recursos para o HU-UNIFAP
Bancada do Espírito Santo	Bancada	-	Apoio ao HUCAM-UFES
Bancada de Minas Gerais	Bancada	-	Defesa dos HUF da UFMG, UFJF e UFU
Bancada do Piauí	Bancada	-	Apoio ao HU-UFPI
Bancada do Rio de Janeiro	Bancada	-	Apoio aos HUCFF-UFRJ e HUAP-UFF
Relator Geral	Relator Geral	-	Atuação transversal

Fonte: Pannel de Orçamento e Finanças da Ebserh (Ebserh, 2023a) e portal eletrônico da Câmara dos Deputados.

A presença constante de parlamentares em agendas de inauguração de serviços, destinação de recursos e formulação de projetos de infraestrutura evidencia o papel da rede como arena de mediação entre o campo técnico da gestão hospitalar e o campo político da representação parlamentar. Essa dimensão reforça a importância de desenvolver instrumentos e práticas institucionais que assegurem a transparência, a equidade e o alinhamento das decisões políticas aos objetivos da política pública de saúde e educação superior.

Em 2024, a Rede Ebserh consolidou importantes avanços normativos e institucionais voltados à captação e execução de emendas parlamentares. Entre eles, destaca-se a promulgação da Lei Complementar nº 209/2024, que autoriza a transferência de recursos de custeio e investimento aos HUF – inclusive os provenientes de emendas parlamentares – por meio da descentralização de créditos orçamentários do FNS (Ebserh, 2025e). Essa nova regulamentação permite que os valores sejam diretamente repassados às IFES ou à própria Ebserh, ampliando a segurança jurídica para a destinação desses recursos e assegurando sua inclusão no cálculo do mínimo constitucional de aplicação em saúde, conforme exigência da EC nº 95/2016.

Do ponto de vista institucional, a Ebserh também aperfeiçoou sua estratégia proativa de articulação com o Legislativo. A segunda edição do Caderno de Sugestões de Emendas Parlamentares, elaborado de forma colaborativa entre os HUF e a Administração Central da Ebserh, estruturou um portfólio de obras, equipamentos e demandas prioritárias, organizadas por HUF. Ao todo, foram listadas 189 propostas que somam mais de R\$ 1 bilhão em potenciais aportes, funcionando como um instrumento de planejamento e transparência na apresentação das necessidades da Rede. Esse processo culminou em uma ampla mobilização: 28 HUF realizaram visitas a 428 parlamentares, resultando em 34 emendas aprovadas para 24 HUF, totalizando R\$ 80,7 milhões.

Os avanços relatados refletem a institucionalização progressiva de práticas de planejamento e relacionamento intergovernamental na Rede Ebserh. A atuação coordenada entre superintendentes, a sede da empresa e a assessoria parlamentar fortalece a capacidade da Rede de competir politicamente por recursos federais, ao oferecer propostas qualificadas e territorialmente distribuídas, em sintonia com as exigências técnicas da execução orçamentária. Contudo, apesar desses progressos, persistem desafios importantes. O valor efetivamente captado em 2024 (R\$ 80,7 milhões) representa queda acentuada em relação ao montante recorde de 2023 (R\$ 387,8 milhões), indicando possíveis limitações estruturais do novo ciclo político e a disputa por espaço no orçamento federal. Além disso, a forte dependência de emendas parlamentares, frequentemente influenciada por fatores não técnicos (como alinhamento partidário e poder de barganha regional), mantém a vulnerabilidade da Rede Ebserh à volatilidade política e à desigualdade na alocação de recursos. A sustentabilidade dessas ações dependerá da articulação contínua com o Executivo e o Legislativo, da transparência na execução dos recursos e da busca por fontes estáveis de financiamento público que garantam previsibilidade e equidade no apoio aos HUF.

Além disso, a estrutura diretiva da Ebserh comporta cargos que são influenciados por nomeações políticas, o que insere a estatal no campo das negociações político-burocráticas típicas de empresas públicas federais.

## 11.2 Canais de participação social

Os canais de participação social, também considerados como instrumentos de governança participativa, corroboram para a legitimidade das políticas públicas, além de serem mecanismos que ampliam a qualidade do cuidado em saúde e apoiam a *accountability*.

Indivíduos, famílias e comunidades não são apenas destinatários dos cuidados, mas parceiros essenciais na produção da saúde e no aprimoramento dos resultados. Suas necessidades, conhecimentos e preferências devem orientar as respostas do sistema de saúde, ao mesmo tempo em que exercem um papel ativo na responsabilização dos serviços prestados (Kruk et al., 2018b).

Como instituições do SUS, os canais de participação social dos HUF também incluem os instrumentos nacionais instituídos pela Lei Orgânica da Saúde. Os colegiados participativos de cada esfera de governo, denominados Conselhos de Saúde – Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conass e o Conasems –, os quais incluem representação paritária dos usuários do SUS em relação ao conjunto dos demais segmentos (representantes do governo, de prestadores de serviço e dos profissionais de saúde) (Brasil, 1990b). Tais Conselhos atuam na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde na instância correspondente (nacional, estadual ou municipal), incluindo os aspectos econômicos e financeiros. Nesse último ponto, cabe a eles a fiscalização das movimentações dos recursos financeiros do SUS (Brasil, 1990a). As decisões emanadas dos Conselhos são posteriormente homologadas pelo Gestor SUS da esfera de governo correspondente (Brasil, 1990b).

Outra instância colegiada que compõe o SUS é a Conferência de Saúde, convocada, a cada quatro anos, pelos Gestores do SUS ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde. Em cada esfera de governo, ela busca avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação das políticas de saúde (Brasil, 1990b).

Os demais mecanismos formais de participação social na Ebserh são relativamente restritos. Na seção intitulada “Participação Social” do sítio eletrônico da Ebserh, são divulgadas informações

referentes à realização de audiências públicas, consultas públicas e outras formas de incentivo à participação popular, realizadas pela estatal (**Quadro 20**).

**Quadro 20** – Considerações gerais sobre os canais de participação social elencados na página da Ebserh do portal eletrônico do Governo Federal

Canais de participação social	Considerações gerais
Ouvidoria	a) Rede de Ouvidorias Ebserh formada por 39 ouvidorias, incluindo a Ouvidoria-Geral. b) Utiliza o Fala.BR, Plataforma Integrada de Ouvidoria e Acesso à Informação. c) Painel “ <u>Resolveu?</u> ” disponibiliza informações sobre as manifestações de ouvidoria (denúncias, sugestões, solicitações, reclamações, elogios e pedidos de simplificação). d) <u>Painel Lei de Acesso à Informação (LAI)</u> disponibiliza informações sobre os pedidos de acesso à informação recebidos (transparência passiva) e o cumprimento dos itens de publicação obrigatória (transparência ativa). e) <u>Painel Monitoramento de Dados Abertos</u> permite conferir a situação dos órgãos quanto à abertura das informações contidas em suas bases a fim de aprimorar cultura da transparência pública e estimular controle social. f) Pesquisas de satisfação realizadas junto a Usuários do SUS, Estudantes, Preceptores, Docentes, Reitores e Superintendentes (vide seção 10.4).
Audiências e Consultas Públicas	Voltadas à definição de especificações e etapas preparatórias para aquisições e contratações de produtos e serviços.
Conselhos e Órgãos Colegiados	Direciona para o Conselho de Administração, Conselho Fiscal, Conselho Consultivo, Diretoria Executiva, Comitê de Auditoria e Comitê de Pessoas, Elegibilidade, Sucessão e Remuneração. Composição de cada um desses apresentada no Quadro 23.
Conferências	Embora indicada no portal eletrônico, é informado que até o momento nenhuma foi realizada.
Editais de Chamamento Público	Editais dos processos de licitações e contratos
Outras ações	Embora indicada no portal eletrônico, é informado que até o momento nenhuma foi realizada.

Fonte: elaboração própria a partir de informações do Portal Gov.Br (2025).

A análise dos canais de participação social disponíveis na Ebserh revela um desenho institucional predominantemente voltado para mecanismos formais e centralizados, com escopo limitado para a atuação efetiva da sociedade civil na formulação ou controle da implementação de políticas públicas pela estatal. A ênfase recai sobre a Ouvidoria, cuja estrutura relativamente robusta – com 39 unidades e ferramentas como o Fala.BR, painéis de monitoramento e transparência definidos pela CGU – reforça um modelo de participação mais reativo e individualizado, centrado na recepção e resposta a manifestações pontuais.

Em contraste, instrumentos potencialmente mais deliberativos ou coletivos, como conferências e outras ações participativas, embora mencionados, não foram efetivamente implementados, o que evidencia a fragilidade desses espaços.

As audiências e consultas públicas, por sua vez, são direcionadas a aspectos procedimentais de compras e contratações, limitando o potencial de incidência cidadã sobre construções conjuntas e decisões estratégicas. Além disso, a inclusão de conselhos e comitês na seção de participação social revela uma ampliação conceitual controversa, pois tais instâncias possuem natureza mais técnico-administrativa do que propriamente participativa. Das instâncias citadas, embora algumas delas contem com membros de outras instituições e uma delas com um representante dos empregados, nenhuma delas conta com representantes da sociedade civil, dos usuários do SUS, de estudantes ou residentes. Assim, os dados sugerem que a Ebserh adota uma abordagem normativa da participação social, marcada por baixa institucionalização de canais mais substantivos e por uma visão instrumental voltada à transparência e à prestação de contas, mas não à coprodução de políticas.

No âmbito da governança dos HUF, embora existam conselhos universitários nas IFES e, em alguns casos, conselhos hospitalares com composição plural, incluindo representantes de usuários, trabalhadores e gestores, a presença da sociedade civil na governança da Rede Ebserh é limitada e pouco institucionalizada. Processos de adesão à Ebserh nas IFES frequentemente foram marcados por tensões e resistências de setores sindicais e estudantis, o que evidencia fragilidades nos canais participativos e na capacidade de mediação institucional da Ebserh.

Essa realidade é ilustrada no caso de ensino *“Hospital universitário: o dilema de um novo modelo de governança”* (**Apêndice A**), que oferece um recorte prático sobre os desafios enfrentados por gestores hospitalares e reitores universitários diante da transição para um modelo de gestão mais centralizado sob a égide da Ebserh. O caso aponta para a composição minoritária de estudantes nos conselhos universitários. Além disso, evidencia tensões institucionais relevantes, como a ambiguidade nas relações de autoridade entre reitoria e superintendência hospitalar, conflitos normativos entre os regimes jurídicos de profissionais, e a necessidade de negociação constante com múltiplos atores, incluindo docentes, profissionais da saúde e gestores públicos de diferentes esferas federativas.

Os déficits de canais de participação e controle social foram um dos pontos destacados no "Debate sobre a Crise dos Hospitais Universitários pós Lei 12.550/2011", audiência realizada na Comissão de Legislação Participativa em 2018 (Brasil, 2018b).

As limitações dos canais de participação social se refletem também nas políticas de transparência e de dados abertos. Na disponibilização de dados e informações, observa-se o



ênfoque na publicação nas temáticas orçamentária e de gestão de recursos humanos. Nesses quesitos, em fiscalização de acompanhamento realizada pelo TCU, cujo escopo envolveu a divulgação ativa de dados sobre receitas, despesas, remuneração de servidores, licitações, contratos, entre outros, e o atendimento aos interessados e à sociedade em geral aos pedidos de acesso à informação, a Ebserh alcançou 83,78% em 2021 e evoluiu para 87,5% em 2024 (Brasil, 2022c; Ebserh, 2024a). Entretanto, os dados de atenção hospitalar não estão oportunamente disponíveis no portal eletrônico da Ebserh, não permitindo o acompanhamento e avaliação pelos usuários da qualidade do cuidado em saúde.

As lacunas identificadas apontam para a necessidade de estruturar canais mais dinâmicos e acessíveis, capazes de impulsionar a participação pública no debate sobre saúde e fortalecer práticas de democracia deliberativa dentro da esfera pública federal.

### **11.3 *Networking* e articulações interinstitucionais**

As adesões das universidades ao novo modelo de governança dos HUF advindo com a Ebserh não envolveram processos triviais, mas sim processos de tomada de decisão complicados, envoltos por extensas discussões e disputas. Em 2024, passados quase 13 anos dos primeiros contratos de gestão estabelecidos entre a Ebserh e as universidades, ainda se mantém esse cenário. No **Apêndice A**, apresenta-se o caso de ensino na íntegra, desenvolvido com a temática sobre o dilema do novo modelo de governança de um HUF. Trata-se de uma estória fictícia que auxilia na compreensão dos variados aspectos envolvidos nas IFES e HUF antes do estabelecimento dos contratos de gestão com a Ebserh.

Em que pesem todos os elementos que influenciam as etapas preliminares de adesão à Ebserh, que impactam o seu funcionamento posterior, a estatal desempenha um papel relevante na articulação da rede de HUF, promovendo a padronização de práticas administrativas e a modernização da gestão hospitalar. Embora sua vinculação principal seja com o MEC, a empresa também estabelece interlocução com o MS, especialmente para o cumprimento de metas assistenciais e integração com políticas do SUS. Além disso, a empresa firma convênios e parcerias com universidades, fundações e outros entes públicos para execução de projetos, demonstrando razoável capacidade de articulação horizontal.

As cooperações internacionais envolvem Acordos de Cooperação Técnica e Termos de Cooperação firmados entre a Ebserh e o Escritório das Nações Unidas de Serviços para Projetos (UNOPS), a OPAS/OMS e a Unesco para a execução de projetos aplicáveis à reestruturação dos HUF.

A Ebserh participa também do Programa de Formação em Recursos Humanos em Saúde Brasil-Angola, disponibilizando cursos de especialização na modalidade “*fellowship*”, além de cursos nas modalidades de educação à distância, presencial e híbrido.

A articulação e o compartilhamento de experiências entre os HUF da Rede Ebserh têm se mostrado estratégicos para a consolidação de práticas colaborativas e para o fortalecimento das capacidades institucionais. A empresa promove espaços permanentes de diálogo técnico e político por meio de grupos de trabalho, comissões temáticas, fóruns, encontros presenciais e reuniões virtuais entre os gestores dos hospitais filiados, o que contribui para a construção de uma linguagem comum, disseminação de boas práticas e alinhamento aos objetivos institucionais.

Esses mecanismos de governança em rede possibilitam a circulação de informações e soluções entre hospitais de diferentes regiões, com diferentes níveis de complexidade e desafios, promovendo a aprendizagem horizontal e a inovação incremental no âmbito do SUS. O Portal do Conhecimento, por exemplo, disponibilizado na intranet da Ebserh, é um instrumento que facilita o intercâmbio de experiências, documentos e ferramentas entre os HUF, potencializando a inteligência coletiva da Rede.

Além disso, a DAS incentiva a formação de Câmaras Técnicas de temáticas diversas, que reúnem profissionais especialistas de diferentes HUF para discussão e construção de documentos orientativos estratégicos para o cuidado em saúde.

Projetos de consultoria também têm sido contratados pela estatal, envolvendo instituições com *expertise* na área, tais como o Instituto Fernandes Figueiras da Fiocruz, contratado para qualificação do cuidado materno e perinatal na Rede Ebserh.

#### **11.4 Mecanismos de articulação com órgãos de controle**

Como empresa pública federal, além das práticas de controle interno, a Ebserh é submetida à atuação dos principais órgãos de controle da administração pública, como o TCU, a Controladoria-Geral da União (CGU) e o Ministério Público Federal (MPF). Esses órgãos realizam

auditorias e fiscalizações regulares, com foco na legalidade dos contratos, na conformidade da gestão de recursos humanos e na execução orçamentária. Internamente, a estatal desenvolveu mecanismos de integridade institucional, incluindo ouvidoria, canal de denúncias e programa de *compliance*, o que indica esforços para institucionalizar práticas de *accountability*. As recomendações e determinações emitidas pelos órgãos de controle e pela Auditoria Interna são monitoradas pelo Sistema e-Aud.

A Ebserh tem também apresentado representações junto aos órgãos de controle quando evidenciada alguma potencial irregularidade nos HUF filiados a ela (Brasil, 2022c).

Cabe observar que a própria criação da Ebserh se deu, em certa medida, em decorrência dos achados de auditoria da CGU e do TCU quanto à precarização das relações de trabalho nos HUF, bem como de outras fragilidades encontradas nessas instituições (Brasil, 2010b).

A Ebserh conta ainda com empresa especializada contratada para auditoria independente das demonstrações contábeis.

### **11.5 Análise do inventário de capacidades político-relacionais**

A análise das capacidades político-relacionais também revela avanços significativos, principalmente nas interações institucionalizadas com atores políticos, no *networking* interinstitucional e articulação com órgãos de controle, embora fragilidades nos canais de participação social sejam identificadas. Esse quadro indica que a Ebserh conseguiu estruturar parte de sua inserção política de forma consistente, mas ainda mantém déficits em dimensões que poderiam ampliar sua legitimidade e corroborar para ganhos na qualidade do cuidado em saúde.

No âmbito de interações institucionalizadas entre atores burocráticos e agentes políticos (seção 11.1), os achados evidenciam um quadro ambivalente. Por um lado, nota-se o fortalecimento das interações político-burocráticas, sobretudo pela crescente institucionalização de práticas de relacionamento com o Legislativo e pelo desenvolvimento de estratégias que estruturam a captação de recursos via emendas parlamentares. Destaca-se, nesse sentido, a existência de uma Assessoria Parlamentar ligada à Presidência da estatal, responsável por sistematizar o acompanhamento legislativo e a interlocução com o Congresso Nacional. Entre 2019 e 2023, a Ebserh registrou crescimento de 298% no volume de recursos provenientes de emendas parlamentares, que passaram de R\$ 1,3 milhão distribuídos entre 4 HUF em 2019 para R\$ 387,8 milhões entre 39 HUF

em 2023 (Ebserh, 2023a). Esse aumento revela uma postura mais proativa da estatal na arena política e uma estratégia de diversificação de fontes orçamentárias, possibilitando investimentos relevantes em infraestrutura hospitalar e aquisição de equipamentos de alta complexidade (Ebserh, 2024b).

Por outro lado, a dependência dessas emendas reforça a vulnerabilidade da Rede a fatores de natureza conjuntural e não técnica, como ciclos eleitorais, barganhas regionais e disputas partidárias, gerando riscos de assimetrias na alocação orçamentária e na equidade do cuidado. Os dados da evolução orçamentária da Ebserh apontam que, em 2023, cerca de 51% das emendas destinadas à Ebserh concentraram-se em sete HUF (menos de 20% do total de HUF da Rede Ebserh), evidenciando desigualdades regionais na distribuição dos recursos.

Outro ponto relevante refere-se à fragilidade dos canais de participação social (seção 11.2). Embora a Ebserh disponha de instrumentos de ouvidoria, consultas e audiências públicas, esses canais permanecem centrados em mecanismos reativos e individualizados, com pouca abertura para processos coletivos e deliberativos. A inclusão pontual de representantes da sociedade civil nos conselhos internos reforça o caráter restrito da participação. Esse desenho institucional compromete o potencial de coprodução de políticas, enfraquece a construção de legitimidade social e reduz a capacidade da estatal de articular demandas e saberes diversos em prol da qualidade do cuidado em saúde.

Pesquisas empíricas evidenciam essas limitações. No caso do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE), observou-se que os canais de participação social se mostravam insuficientes para processos efetivamente deliberativos, prevalecendo dinâmicas verticais e consultivas (Oliveira, 2019b; Silva, 2022).

Segundo Silva (2022), embora o Conselho Consultivo integre formalmente a estrutura organizacional, até o momento do estudo, ele não havia sido efetivamente implementado ou gerado efeitos práticos desde a adesão à Ebserh, em 2013. Isso impedia a participação ativa de membros da comunidade acadêmica (docentes e estudantes) na tomada de decisões sobre ensino, pesquisa e extensão, reforçando uma percepção de distanciamento entre a gestão hospitalar e a comunidade acadêmica.

Esses achados convergem com as entrevistas analisadas por Oliveira (2019b), nas quais atores locais relataram percepções semelhantes. Um coordenador do curso de medicina destacou a necessidade de uma gestão realmente integrada à academia, sob o risco de “duas estruturas

acadêmicas separadas”, uma universitária e outra hospitalar. Já um ex-estudante enfatizou que os espaços de diálogo se limitavam a reuniões pontuais com representantes estudantis, sem canais institucionais contínuos de deliberação. Os entrevistados reconhecem avanços em infraestrutura e gestão trazidos pela Ebserh, mas apontam que esses ganhos não foram acompanhados da criação de mecanismos democráticos robustos de governança participativa (Oliveira, 2019b).

De forma análoga, Ferreira (2015) ao analisar a Ouvidoria do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG)-Unirio, demonstra que, embora esse instrumento seja reconhecido como um canal legítimo de manifestação social (sugestões, elogios e reclamações), sua atuação tem se limitado a um viés reativo e individualizado. Segundo Ferreira (2015), a lógica governamental por trás da Ouvidoria é interpretada como uma tentativa de apaziguamento dos conflitos e como um setor burocrático focado na solução de problemas institucionais, em vez de promover um espaço de deliberação coletiva.

Em síntese, a literatura indica que, na Ebserh, a participação social ainda se estrutura sob uma lógica consultiva e funcional, refletindo os pressupostos da Administração Pública Gerencial, centrada na busca por eficiência e resultados (Ferreira, 2015; Oliveira, 2019b; Silva, 2022). Essa configuração reforça o predomínio de uma governança verticalizada, na qual a legitimidade institucional decorre mais da conformidade e da estabilidade do que do engajamento e da coprodução com os públicos estratégicos.

A ausência de espaços democráticos efetivos limita a ativação de capacidades político-relacionais orientadas ao diálogo, à negociação e à corresponsabilidade. Para que a Ebserh avance na direção de uma governança mais participativa, será necessário fortalecer mecanismos de deliberação coletiva – como a implementação plena dos Conselhos Consultivos – e consolidar práticas de gestão que promovam participação ampla, plural e contínua (Oliveira, 2019b; Silva, 2022). Essa transformação é essencial para sustentar a legitimidade social da estatal e favorecer a integração ensino-serviço-assistência, contribuindo para o aprimoramento da qualidade e da equidade do cuidado em saúde.

No campo das articulações interinstitucionais (seção 11.3), a Ebserh demonstra avanços expressivos, tanto no relacionamento com universidades e entes do SUS quanto em parcerias com organismos internacionais. A promoção de fóruns, comissões temáticas e espaços de intercâmbio técnico fortalece a inteligência coletiva da rede, criando condições para a difusão de boas práticas e para a inovação incremental nos HUF. Ainda assim, a consolidação dessa governança em rede

exige continuidade e aprofundamento, de modo a garantir maior homogeneidade entre os HUF, especialmente no enfrentamento das desigualdades regionais. A dimensão colaborativa se mostra promissora, mas precisa ser acompanhada de instrumentos que assegurem equidade e sustentabilidade nos resultados alcançados.

Por fim, os mecanismos de articulação com órgãos de controle (seção 11.4) revelam-se como um dos pilares mais consolidados das capacidades político-relacionais da Ebserh. Em 2024, 81% das recomendações ou determinações emitidas pelos órgãos de controle interno e externo para a Ebserh cadastradas no sistema de monitoramento da CGU tinham sido atendidas (Ebserh, 2024b). A origem da própria Ebserh, vinculada a recomendações do TCU e MPF, atesta a centralidade do controle externo em seu processo de criação e desenvolvimento, o que conferiu legitimidade inicial à estatal. A manutenção de canais estáveis com essas instâncias reforça sua *accountability* institucional e o compromisso com a transparência administrativa.

Essa centralidade reflete o legado da Reforma Gerencial da administração pública, que preconiza a implementação de órgãos de controle, como auditorias, e a gestão por resultados para a busca de eficiência, eficácia e transparência. Na Ebserh, tal orientação materializa-se na adoção de instrumentos de controle de resultados e na criação de estruturas internas de governança, como a Auditoria Interna, que subsidia a tomada de decisão, fortalece o *compliance* e permite maior rastreabilidade dos processos contínua (Oliveira, 2019b; Silva, 2022).

A utilização de metodologias como o Programa de Mensuração da Maturidade do Ambiente de Governança, alinhadas aos referenciais do TCU e da CGU, tem induzido transformações graduais na cultura organizacional, promovendo padrões mais elevados de integridade, transparência e conformidade normativa (Loja Neto, 2019). Contudo, os estudos também apontam que essa ênfase em governança formal e controle normativo, embora amplie a legitimidade institucional e o reconhecimento externo, nem sempre se traduz em práticas gerenciais integradas ou em mecanismos efetivos de aprendizado organizacional (Loja Neto, 2019). Esse padrão, ainda que garanta segurança institucional e previsibilidade, impõe o desafio de avançar de uma lógica predominantemente regulatória para uma governança mais interativa e reflexiva, capaz de articular os órgãos de controle a processos de aprendizado e melhoria contínua da qualidade do cuidado em saúde.

Em síntese, a estatal construiu uma rede político-institucional abrangente, mas ainda precisa ampliar sua abertura à sociedade civil para transformar essas capacidades em legitimidade

ampliada e em melhorias efetivas da qualidade do cuidado em saúde. O predomínio de canais verticais de *accountability*, associado à dependência de recursos parlamentares e ao peso excessivo do controle externo, reforça uma lógica de governança mais reativa do que participativa. Para que tais capacidades se traduzam em melhorias duradouras na qualidade do cuidado e na legitimidade da estatal, será necessário reequilibrar o desenho institucional, fortalecendo canais de participação social, reduzindo a vulnerabilidade às dinâmicas conjunturais da política e alinhando a atuação da Ebserh a práticas de governança colaborativa e democrática mais robustas.

## **12 ARRANJOS DE IMPLEMENTAÇÃO NA NOVA GOVERNANÇA DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS: como a Ebserh se insere**

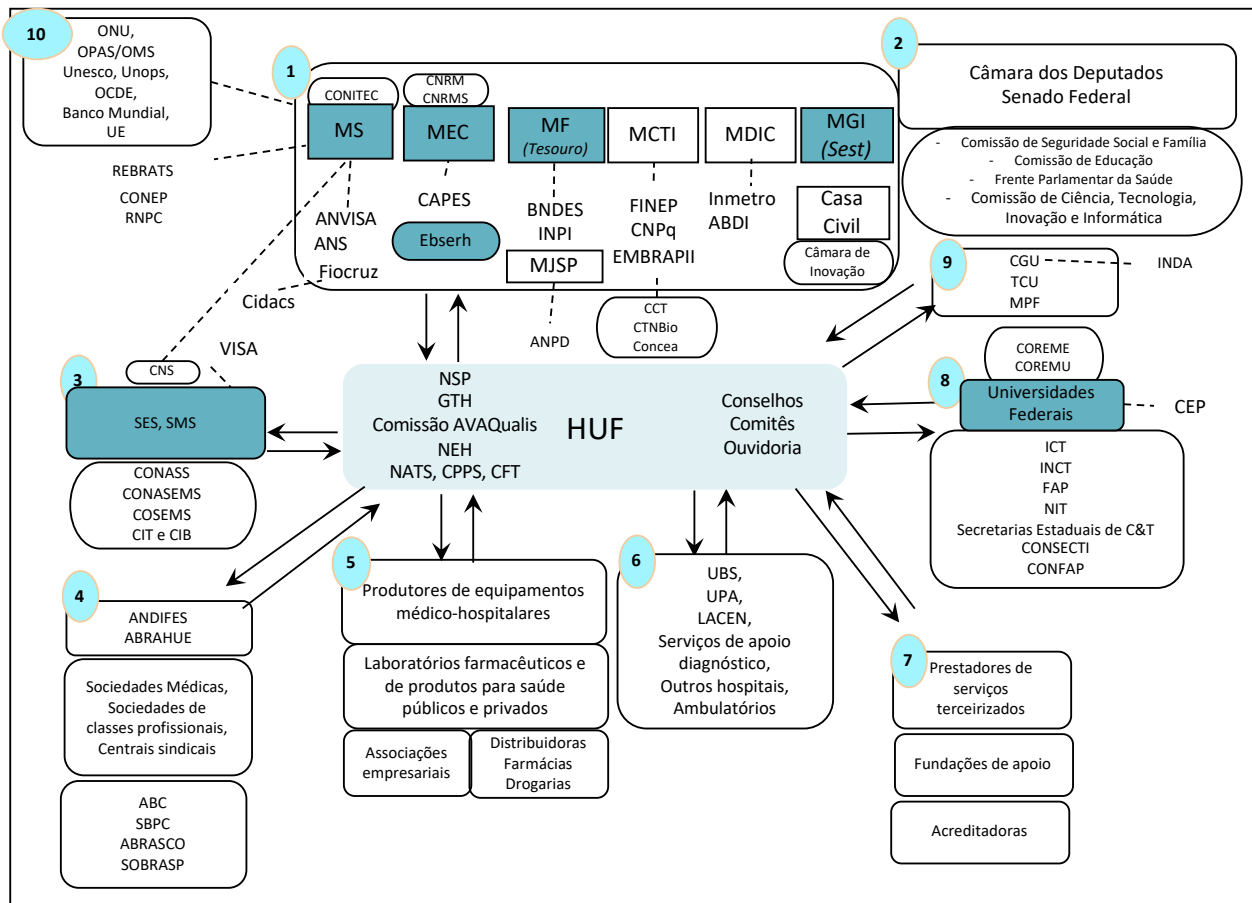
### **12.1 Mapeando os protagonistas: atores e papéis nos arranjos de implementação**

No atual contexto político-institucional brasileiro, variados atores (estatais, privados e da sociedade civil), processos e recursos se articulam para a execução da PNHOSP, Planos Nacionais de Saúde e de Educação e são essenciais para a qualidade do cuidado em saúde. Nos arranjos institucionais da rede de HUF, as Universidades Federais, o MEC, a Ebserh, o MS, o Ministério da Fazenda (MF), o Ministério da Gestão e Inovação em Serviços Públicos (MGI) e os Gestores Locais do SUS (SES e SMS) possuem papel de destaque ao estarem relacionados com os processos gerenciais e de financiamento dos HUF. Múltiplas outras instituições integram esses arranjos de governança no que tange aos processos de suporte, ensino, extensão, pesquisa, inovação e assistência à saúde, formando uma ampla rede institucional, composta por órgãos do Executivo federal, agências de fomento e regulação, universidades, entidades da sociedade civil, instâncias de controle e organizações internacionais.

A atuação dessas instituições se dá de forma interdependente e articulada, influenciando aspectos estratégicos, operacionais, acadêmicos e regulatórios dos HUF. O diagrama e o quadro a seguir sistematizam os principais grupos institucionais e suas formas de atuação, evidenciando a complexidade da coordenação e dos arranjos de implementação que sustentam esse subsistema de políticas públicas (**Figura 15, Quadro 21**). Não se pretendeu ser exaustivo neste mapeamento, mas sim apresentar os principais atores considerando as formas de atuação das instituições no contexto de governança dos HUF no Brasil.



**Figura 15** – Mapeamento dos atores nos arranjos de implementação na perspectiva da nova governança da Rede de HUF advinda com a Ebserh



Legenda: (1) Poder Executivo Federal e unidades vinculadas; (2) Congresso Nacional; (3) Secretarias e Conselhos de Saúde; (4) Associações, sociedade civil e sociedades de classes profissionais; (5) Setor produtivo, varejo e distribuição; (6) Unidades da Rede de Atenção à Saúde; (7) Entidades de apoio operacional; (8) Instituições acadêmicas, de pesquisa e inovação; (9) Órgãos de controle; e (10) Organismos internacionais e multilaterais. Em azul, destacam-se as instituições principais dos arranjos.

Siglas: ABC – Associação Brasileira da Ciência; ABDI – Agência Brasileira de Desenvolvimento Industrial; ABRAHUE – Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino; Abrasco – Associação Brasileira de Saúde Coletiva; ANPD – Autoridade Nacional de Proteção de Dados; ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar; Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária; BNDES – Banco Nacional do Desenvolvimento Econômico e Social; CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior; CCT – Conselho Nacional de Ciência e Tecnologia; CEP – Comitê de Ética em Pesquisa; CFT – Comissão de Farmácia e Terapêutica; CGEN – Conselho de Gestão do Patrimônio Genético; CGU – Controladoria Geral da União; CIB – Comissão Intergestores Bipartite; Cidacs – Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde; CIT – Comissão Intergestores Tripartite; CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico; CNRM – Comissão Nacional de Residência Médica; CNRMS – Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde; CNS – Conselho Nacional de Saúde; Conasems – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde; Conass – Conselho Nacional de Secretários de Saúde; Conceia – Conselho Nacional de Controle de Experimentação Animal; CONEP – Conselho Nacional de Ética em Pesquisa; CONFAP – Conselho Nacional das Fundações Estaduais de Amparo à Pesquisa; Conitec – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS; CONSECTI – Conselho Nacional de Secretários para Assuntos de Ciência Tecnologia e Inovação; Coreme – Comissão de Residência Médica; Coremu – Comissão de Residência Multiprofissional; COSEMS – Conselho de Secretarias Municipais de Saúde; CPPS – Comissão de Padronização de Produtos para a Saúde; CTNBio – Comissão Técnica Nacional de Biossegurança; Eberlh – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares; EMBRAPPII – Empresa Brasileira de Pesquisa e Inovação Industrial; FAP – Fundação de Apoio à Pesquisa; FBH – Federação Brasileira de Hospitais; FINEP – Financiadora de Inovação

e Pesquisa; Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz; GTH – Grupo de Trabalho de Humanização; HUF – Hospital Universitário Federal; ICT – Instituição Científica, Tecnológica e de Inovação; IFF – Instituto Fernandes Figueira; INCT – Instituto Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação; INDA – Infraestrutura Nacional de Dados Abertos; Inmetro – Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia; INPI – Instituto Nacional da Propriedade Industrial; LACEN - Laboratório Central de Saúde Pública; MCTI – Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovações; MDIC – Ministério do Desenvolvimento, Indústria, Comércio e Serviços; MEC – Ministério da Educação; MF – Ministério da Fazenda; MGI – Ministério da Gestão e da Inovação em Serviços Públicos; MPF – Ministério Público Federal; MPO – Ministério do Planejamento e Orçamento; MS – Ministério da Saúde; NIT – Núcleo de Inovação Tecnológica; NATS – Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde; NHE – Núcleo Hospitalar de Epidemiologia; NSP – Núcleo de Segurança do Paciente; OCDE – Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico; OMS – Organização Mundial de Saúde; ONU – Organização das Nações Unidas; OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde; REBRATS - Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde; RNPC – Rede Nacional de Pesquisa Clínica em Hospitais de Ensino; SBPC – Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência; SES – Secretarias Estaduais de Saúde; SEST – Secretaria de Coordenação e Governança das Empresas Estatais; SMS – Secretarias Municipais de Saúde; SOBRASP – Sociedade Brasileira para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente; TCU – Tribunal de Contas da União; UBS – Unidade Básica de Saúde; UE – União Europeia; UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura; UNOPS – Escritório das Nações Unidas de Serviços para Projetos; UPA – Unidade de Pronto-Atendimento.

Fonte: elaboração própria (2025) com adaptações do modelo proposto por Rezende (2018).

**Quadro 21** – Formas de atuação dos atores institucionais e envolvimento com a qualidade do cuidado em saúde no contexto de governança dos hospitais universitários federais

Grupo	Instituição	Formas de atuação e envolvimento com a qualidade do cuidado em saúde
1 - Poder Executivo Federal e unidades vinculadas	MS	Elaboração da política nacional de saúde; coordenação e fiscalização do SUS; fornecimento de insumos críticos para a saúde; diretrizes para a vigilância em saúde; e pesquisa científica e tecnológica na área de saúde. Definição de diretrizes e programas nacionais de qualidade e segurança do paciente, como o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Liderança e orientação dos esforços nacionais para a qualidade em saúde.
	Conitec	Assessoramento ao MS na incorporação, exclusão ou alteração de tecnologias em saúde pelo SUS, na constituição ou alteração de protocolos clínicos ou de diretrizes terapêuticas
	CNS	Fiscalização, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas de saúde, com impacto direto em segurança e qualidade da atenção.
	Rebrats	Rede de centros colaboradores e de instituições de ensino e pesquisa composta por Núcleos de Avaliação de Tecnologias em Saúde (NATS) que estão inseridos em HUF no Brasil, os quais contribuem para a ATS, na geração e síntese de evidências científicas (Rebrats, 2025).
	Anvisa	Regulamenta e fiscaliza produtos, serviços e ambientes de saúde, com impacto direto na segurança e qualidade assistencial. Apoia a formulação e a implementação da política e estratégias nacionais para qualidade em saúde.
	ANS	Regula o setor de saúde suplementar e define padrões de qualidade assistencial.
	MEC	Responsável pela supervisão das universidades federais, inclusive quanto à infraestrutura e funcionamento dos HUF. Atua no planejamento orçamentário, formulação de diretrizes de formação profissional em saúde e articulação interministerial. Regulamenta diretrizes curriculares que podem incluir conteúdos sobre segurança do paciente e qualidade do cuidado em saúde.
	Ebserh	Gestão dos HUF e de seus filiados. Planejamento, organização e execução dos serviços assistenciais, administrativos e de apoio ao ensino, extensão, pesquisa e inovação. Apoia a implementação da política e estratégias nacionais para qualidade em saúde.
	CAPES	Fundação vinculada ao MEC, responsável pelo financiamento e a indução de programas de pós-graduação stricto sensu e a formação de docentes e pesquisadores. Por meio de programas como o Programa de Apoio à Pós-Graduação, Programa de Excelência Acadêmica e o Programa CAPES-Pró-Equipamentos, há aportes

Grupo	Instituição	Formas de atuação e envolvimento com a qualidade do cuidado em saúde
		financeiros que podem beneficiar os HUF ao fortalecer a infraestrutura e a qualificação das equipes que atuam nesses espaços.
	CNRM	Regula e avalia os programas de residência médica.
	CNRMS	Regula os programas de residência multiprofissional.
	MCTI	Elaboração das políticas nacionais de pesquisa científica e tecnológica e de incentivo à inovação; planejamento, coordenação, supervisão e controle das atividades de ciência, tecnologia e inovação. Fomenta pesquisas em tecnologias voltadas à segurança do paciente, inovação em processos e controle de riscos.
	Finep	Projetos de inovação; desenvolvimento, ensino e pesquisa. Promove o fomento público à ciência, tecnologia e inovação em empresas, universidades, institutos tecnológicos e outras instituições públicas ou privadas, em toda a cadeia da inovação, operando recursos reembolsáveis (crédito para empresas) e não reembolsáveis (para instituições científicas e tecnológicas e subvenção para empresas).
	CNPq	Fomento à pesquisa científica e tecnológica; incentivo à formação de pesquisadores brasileiros, ao desenvolvimento tecnológico e à inovação por meio de parcerias com órgãos de governo e do setor produtivo.
	Embrapii	Organização social supervisionada pelo MCTI. Potencial de interação com os HUF por meio de projetos de inovação, incubadoras e ambientes promotores de empreendedorismo em saúde. Contribuem para o desenvolvimento de soluções tecnológicas aplicadas à gestão e à assistência hospitalar. Unidades credenciadas disponíveis no endereço eletrônico: <a href="https://embrapii.org.br">https://embrapii.org.br</a> .
	CCT	Propõe a política de Ciência e Tecnologia do País, planos, metas e prioridades de governo referentes à Ciência e Tecnologia; efetua avaliações relativas à execução da política; opinar sobre propostas ou programas que possam causar impactos à política.
	CTNBio	Vinculado ao MCTI, avalia e autoriza atividades com organismos geneticamente modificados (OGM, contribuindo com a segurança em pesquisa científica.
	Concea	Coordena o Sistema Nacional de Controle da Experimentação Animal. Define normas e diretrizes para o uso ético de animais em ensino e pesquisa, promovendo padrões de qualidade.
	MF	Responsável pela formulação da política fiscal e orçamentária, incluindo o controle de despesas primárias obrigatórias e discricionárias. Atua de forma estruturante sobre os HUF ao definir limites de empenho, contratação e execução orçamentária para universidades federais e para a Ebserh, que impactam a estrutura e recursos disponíveis para práticas seguras.
	MPO	Planejamento e alocação de recursos orçamentários para a Rede Ebserh, autorizando remanejamentos e compatibilizando limites de gastos com a execução das políticas de saúde e educação.
	BNDES	Financiamento e desenvolvimento social.
	INPI	Regulação de patentes
	MGI	Responsável pela formulação e execução das políticas de gestão de pessoas, gestão pública e transformação digital. Atua sobre os HUF por meio da definição de diretrizes de concursos, planos de carreira e políticas de digitalização e governança pública. Influencia diretamente a gestão de pessoal das universidades e da Ebserh. Atua no fortalecimento de processos de governança, avaliação institucional e capacitação, com impacto na cultura da qualidade e segurança.
	MDIC	Atua na formulação de políticas industriais e tecnológicas. Pode interagir com os HUF por meio de políticas de inovação em saúde, produção local e parcerias público-privadas. Atua na indução de cadeias produtivas que impactam na qualidade dos insumos utilizados pelos HUF.
	ANPD	Autarquia de natureza especial vinculada ao MJSP responsável pela proteção de dados pessoais e interpretação da LGPD.
	Inmetro	Responsável por normas técnicas e acreditação de laboratórios, certificação de equipamentos e procedimentos técnicos utilizados nos HUF e nas pesquisas.

Grupo	Instituição	Formas de atuação e envolvimento com a qualidade do cuidado em saúde
	ABDI	Vinculada ao MDIC, promove a modernização da indústria e incentiva projetos de inovação. Pode apoiar ações em saúde envolvendo os HUF em tecnologias assistenciais, equipamentos e parcerias com <i>startups</i> que aumentam a segurança do paciente.
	Casa Civil da Presidência da República	Assistência direta ao Presidente da República no desempenho de suas atribuições, incluindo a coordenação e a integração das ações governamentais; a análise do mérito, da oportunidade e da compatibilidade das propostas, inclusive das matérias em tramitação no Congresso Nacional, com as diretrizes governamentais; e a coordenação e acompanhamento das atividades dos Ministérios e da formulação de projetos e políticas públicas intersetoriais que influenciam os padrões de qualidade na atenção hospitalar.
	Câmara de Inovação	Órgão deliberativo, vinculado à Casa Civil da Presidência da República, destinado a estruturar e orientar a operacionalização dos instrumentos e dos processos necessários para a implementação da Política Nacional de Inovação
	Fiocruz	Fundação pública vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em ciência, tecnologia, inovação, ensino, produção de insumos e serviços de referência em saúde pública. Colabora com universidades e HUF em pesquisa, formação de profissionais e produção de conhecimento técnico-científico. Atua diretamente na elaboração e difusão de protocolos, tecnologias e políticas voltadas à segurança do paciente, qualificação da assistência e fortalecimento do SUS, com papel central em vigilância sanitária e avaliação de tecnologias em saúde.
	Cidacs	Unidade da Fiocruz especializada em big data e integração de grandes bases de dados para análise de determinantes sociais da saúde e avaliação de políticas públicas. Gera dados analíticos que subsidiam políticas baseadas em evidências, com impacto direto na formulação de ações voltadas à melhoria da qualidade do cuidado e redução de riscos nos serviços de saúde.
	IFF	Unidade técnico-científica da Fiocruz voltada à assistência, ensino e pesquisa em saúde da mulher, criança e adolescente. Referência nacional em atenção materno-infantil e formação de profissionais especializados. Atua em colaboração com universidades e HUF em projetos formativos, protocolos e boas práticas clínicas. Desenvolve e difunde protocolos assistenciais baseados em evidência, com forte atuação em qualidade, segurança do paciente e humanização do cuidado, especialmente em populações vulneráveis.
2 - Congresso Nacional	Câmara dos Deputados e Senado Federal	Deliberação das leis orçamentárias; proposição e aprovação de leis com impacto direto nas questões de inovação e acesso à saúde.
	Comissão de Seguridade Social e Família (Câmara dos Deputados)	Opina sobre proposições legislativas relacionadas à saúde, entre outros temas que sustentam a segurança do paciente.
	Comissão de Educação (Câmara dos Deputados)	Atua sobre políticas públicas de educação, formação profissional e financiamento das universidades.
	Frente Parlamentar da Saúde	Atua na articulação política em defesa de recursos, programas e legislação favorável ao fortalecimento dos serviços de saúde, incluindo os HUF.
	Comissão de Ciência, Tecnologia, Inovação e Informática	Opina sobre propostas legislativas no Senado Federal relacionadas ao desenvolvimento científico, tecnológico e inovação tecnológica, propriedade intelectual, acordos de cooperação e inovação com outros países e organismos internacionais.

Grupo	Instituição	Formas de atuação e envolvimento com a qualidade do cuidado em saúde
3 - Secretarias e Conselhos de Saúde	SES e SMS	Demandantes de serviços técnicos e assistenciais, de tecnologias e equipamentos; uso constante de novas tecnologias e procedimentos; elaboração de estudos setoriais e propostas de políticas públicas.
	CONASS	Instâncias de controle social do SUS nos diferentes níveis federativos. Interagem com os HUF na pactuação de ações e serviços em saúde, no controle de recursos e na definição de prioridades regionais. Contribuem com estratégias de implementação de políticas de segurança do paciente e coordenação interfederativa de boas práticas.
	CONASEMS	
	COSEMS	
	CIT e CIB	Foro de negociação e pactuação entre os gestores para operacionalização do SUS, cabendo a esta decidir quanto à gestão compartilhada do SUS (aspectos operacionais, financeiros e administrativos) e definir as diretrizes para organização das redes de atenção à saúde, regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados.
4 - Associações, sociedade civil e sociedades de classes profissionais	Andifes	Representa os reitores das universidades federais. Atua na interlocução com o governo federal sobre políticas públicas, financiamento e gestão das universidades, incluindo temas relacionados aos HUF que impactam a estrutura de qualidade e segurança do paciente.
	ABRAHUE	Reúne e representa os hospitais universitários e de ensino. Atua na articulação institucional, defesa de interesses comuns, promoção de boas práticas e apoio à qualificação da gestão hospitalar, com foco em qualidade e segurança.
	Sociedades médicas e de outras classes profissionais	Prestam assistência e apoio à formação e ensino profissional e estabelecem diretrizes técnico-científicas, protocolos clínicos e orientações éticas. Direcionam práticas clínicas com base em evidências que fortalecem a qualidade em saúde e a segurança do paciente.
	Centrais sindicais	Representam os interesses dos trabalhadores da saúde e do setor público. Atuam na negociação de condições de trabalho, carreiras, remuneração e nas discussões sobre a gestão dos HUF. Atuam na defesa de condições adequadas de trabalho que impactam diretamente a segurança do paciente.
	ABC	Instituição que reúne cientistas eminentes. Influencia políticas públicas de ciência e tecnologia, incluindo temas relacionados à saúde, pesquisa clínica e inovação nos HUF, inclusive sobre segurança do paciente.
	SBPC	Organização sem fins lucrativos voltada para o desenvolvimento científico, tecnológico, educacional e cultural do Brasil. Atua na articulação político-científica sobre temas estratégicos relacionados à atuação dos HUF. Defende investimentos em C&T que gerem impacto na qualidade do cuidado hospitalar e segurança do paciente.
	SOBRASP	Associação civil que busca integrar pessoas e organizações em prol da qualidade do cuidado e segurança do paciente.
	FBH	Representa hospitais privados em nível nacional, articulando pautas junto ao Congresso e ao Executivo. Embora voltada ao setor privado, participa de fóruns e debates que impactam o sistema de saúde como um todo, inclusive hospitais universitários quando em parcerias público-privadas. Atua na promoção de boas práticas assistenciais e disseminação de padrões de qualidade e segurança entre os hospitais, inclusive contribuindo com políticas nacionais que influenciam o ambiente regulatório dos HUF.
5 – Setor produtivo, distribuição e varejo	Produtores de equipamentos médico-hospitalares	Produção e fabricação; pesquisa e desenvolvimento; demandante de equipamentos e serviços técnicos especializados.
	Laboratórios farmacêuticos e de produtos para saúde públicos e privados	Laboratórios Públicos Oficiais e empresas privadas que estabelecem parcerias com os HUF para pesquisa clínica, testes de produtos, inovação e transferência de tecnologia. Também atuam com o fornecimento de medicamentos e produtos para saúde para os HUF.

Grupo	Instituição	Formas de atuação e envolvimento com a qualidade do cuidado em saúde
	Associações empresariais	Representação dos interesses das empresas de setores específicos e das indústrias junto a atores-chaves de governo. Agregação de recomendações técnicas e defesa dos interesses dos associados. Ex.: Associação dos Laboratórios Oficiais do Brasil (ALFOB), Interfarma, Sindusfarma, Farmabrazil, Abifina, Abiquifi, Confederação Nacional da Indústria (CNI), Associação Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento das Empresas Inovadoras (Anpei)
	Distribuidoras	Fornecem medicamentos e produtos para a saúde para os HUF. Responsáveis pela qualidade dos insumos entregues aos HUF, com impacto direto na segurança do paciente.
	Farmácias e Drogarias	Atuam na dispensação de medicamentos e na interface com usuários e prescritores dos HUF, complementando o cuidado seguro.
6 – Unidades da Rede de Atenção à Saúde	UBS	Integram a rede de atenção básica e articulam-se com os HUF no encaminhamento de pacientes, continuidade do cuidado e estágios formativos.
	UPA	Prestam atendimento de média complexidade e atuam como porta de entrada e retaguarda assistencial para os HUF.
	LACEN	Executam exames laboratoriais de saúde pública que subsidiam decisões clínicas e epidemiológicas dos HUF. Contribuem com diagnósticos confiáveis e tempestivos para condutas seguras.
	Serviços de apoio diagnóstico	Realizam exames de imagem, análises clínicas e outros procedimentos complementares aos realizados nos HUF, integrando a rede de diagnóstico. Fundamentais para decisões clínicas seguras e eficazes.
	Outros hospitais	Estabelecem parcerias assistenciais, acadêmicas e logísticas com os HUF, participando de fluxos de encaminhamento e referência. Compartilham protocolos e boas práticas de segurança do paciente. Aplicam práticas e padrões de qualidade em saúde, registram os dados de saúde relevantes para uma melhoria contínua da qualidade.
	Ambulatórios	Fornecem atenção especializada, sendo locais de estágios, encaminhamentos e práticas multiprofissionais vinculadas aos HUF. Promovem seguimento seguro de pacientes e evitam reinternações.
7 – Entidades de apoio operacional	Prestadores de serviços terceirizados	Empresas contratadas para atividades-meio (higienização e limpeza, almoxarifado, secretariado, segurança, entre outros) nos HUF. Contribuem para o funcionamento cotidiano das unidades hospitalares, impactando diretamente a qualidade dos serviços e a infraestrutura hospitalar. Devem seguir protocolos rigorosos para garantir um ambiente seguro, especialmente em higienização, controle de infecção, logística e apoio.
	Fundações de apoio	Instituições privadas sem fins lucrativos que prestam serviços às universidades para auxiliar na gestão de projetos de ensino, pesquisa e extensão. Atuam como facilitadoras da captação e execução de recursos externos aos HUF. Contribuem com suporte à execução de projetos que aprimoram práticas seguras e de qualidade.
	Acreditadoras (JCI, ONA, entre outras)	Instituições responsáveis por certificar a qualidade da assistência hospitalar. Avaliam os HUF quanto a critérios de segurança, gestão e melhoria contínua de processos.
8 - Instituições acadêmicas, de pesquisa e inovação	Universidades federais	Responsáveis pela gestão dos HUF, inclusive em relação à adesão à Ebserh, definição de prioridades acadêmicas e articulação institucional. Promovem formação técnica e ética com foco em práticas seguras; realizam pesquisas em qualidade e segurança.
	Secretarias Estaduais de Ciência, Tecnologia e Inovação	Elaboração de políticas públicas, coordenação de ações de financiamento e orçamentação, e dos sistemas regionais.
	Consecti	Fórum para articulação das políticas de ciência, tecnologia e inovação do nível estadual.
	Confap	Articulação dos interesses das agências estaduais de fomento à pesquisa científica, tecnológica e de inovação no Brasil. Congrega 27 FAP.

Grupo	Instituição	Formas de atuação e envolvimento com a qualidade do cuidado em saúde	
	FAP	Agências de fomento do SINCTI.	
	ICT	Instituições públicas ou privadas sem fins lucrativos e pesquisa básica ou aplicada de caráter científico e tecnológico ou o desenvolvimento de novos produtos, serviços ou processo. Desenvolvem estudos e tecnologias que fortalecem a cultura de segurança e qualidade assistencial.	
	INCT	Redes de pesquisa apoiadas pelo MCTI, CNPq, CAPES e FAP Estaduais que atuam em uma abordagem multidisciplinar em temas estratégicos para o Brasil e contribuem para a formação e capacitação de recursos humanos qualificados. Contribuem com soluções baseadas em evidências que impactam diretamente práticas seguras.	
	NIT	Estrutura institucional das universidades e ICT para gerir propriedade intelectual, transferência de tecnologia e parcerias. Apoia as ações que tenham por fundamento a inovação tecnológica em todos os segmentos da ciência e da tecnologia. Fomentam soluções que favorecem a segurança do paciente via inovação em dispositivos, fluxos e processos.	
9 - Órgãos de controle	TCU	Fiscaliza a aplicação de recursos públicos. Realiza auditorias nos HUF e nas universidades, avaliando conformidade, economicidade e efetividade da gestão pública	As recomendações desses órgãos impactam práticas de governança e gestão de riscos, favorecendo a qualidade em saúde e segurança do paciente.
	CGU	Atua na prevenção e combate à corrupção, por meio de auditorias, correições e ouvidorias. Supervisiona procedimentos administrativos nos HUF e universidades. Adicionalmente, atua na promoção da transparência e do acesso a dados abertos, sendo responsável pela coordenação da INDA e incentivando a disponibilização sistemática e o uso qualificado de informações públicas como instrumento de controle social e de aprimoramento da gestão pública.	
	MPF	Atua na defesa do patrimônio público, direitos constitucionais e interesses sociais. Investiga denúncias envolvendo os HUF e atua judicialmente em temas como acesso à saúde e regularidade de contratos.	
10 - Organismos internacionais e multilaterais	ONU	Definição de parâmetros e critérios para lidar com questões de interesse internacional e nacional. Criação de consensos e definição de agenda de cooperação internacional. Financiamento de estudos e projetos nas áreas de inovação e saúde no Brasil. Sensibilização em torno de temas internacionais.	
	OMS OPAS	Coopera tecnicamente com o Brasil em políticas de saúde, formação profissional, vigilância e gestão hospitalar. Atua junto aos HUF por meio de projetos de fortalecimento institucional, avaliação e disseminação de boas práticas. Possui o <i>Global Learning Laboratory for Quality</i> . Define anualmente campanhas para a segurança do paciente.	
	OCDE	Atua como fórum internacional de cooperação, produção e difusão de evidências sobre políticas públicas. No campo da saúde, desenvolve padrões e recomendações voltados ao aprimoramento da qualidade do cuidado, monitorando indicadores comparáveis entre países, promovendo boas práticas e fomentando o uso de dados e evidências para decisões informadas. Em paralelo, incentiva a transparência e o acesso a dados abertos, apoiando iniciativas que ampliem a disponibilização, interoperabilidade e utilização de informações públicas em saúde para fins de avaliação, <i>accountability</i> e melhoria contínua dos sistemas.	
	UNESCO	Atua na promoção da educação superior, ciência e cultura. Pode cooperar com os HUF em projetos de desenvolvimento institucional, formação profissional e pesquisa aplicada. Contribui com projetos voltados à qualificação da formação em saúde e segurança do paciente, em articulação com universidades e HUF.	

Grupo	Instituição	Formas de atuação e envolvimento com a qualidade do cuidado em saúde
	UNOPS	Atua no apoio à implementação de projetos públicos complexos, incluindo aquisição, infraestrutura e gestão. Pode atuar em convênio com universidades e HUF para viabilizar projetos de reforma, ampliação ou modernização da infraestrutura hospitalar e educacional. Apoio à execução de projetos que garantem padrões internacionais de qualidade e segurança na gestão de projetos e compras, com impacto na assistência hospitalar.
	Organismos de fomento internacional (ex: Banco Mundial, União Europeia)	Financiam projetos de fortalecimento da capacidade estatal, inovação e pesquisa em saúde, realizam estudos de monitoramento e avaliação. Potencial de interação com os HUF por meio de cooperações técnicas, editais e chamadas públicas.

Fonte: elaboração própria (2025).

O mapeamento dos arranjos institucionais elaborado neste trabalho é formado por 10 grupos principais de instituições que se articulam com os HUF: (1) Poder Executivo Federal e unidades vinculadas; (2) Congresso Nacional; (3) Secretarias e Conselhos de Saúde; (4) Associações e sociedades de classes profissionais; (5) Setor produtivo, varejo e distribuição; (6) Unidades da Rede de Atenção à Saúde; (7) Entidades de apoio operacional; (8) Instituições acadêmicas, de pesquisa e inovação; (9) Órgãos de controle; e (10) Organismos internacionais e multilaterais (**Figura 15**). Cada um desses grupos interage de diferentes formas com os HUF, de acordo com as missões de cada instituição, havendo também interações entre elas (**Quadro 21**). A configuração desses grupos expressa a complexidade de um arranjo que envolve interesses, capacidades e normativas distintas, em um campo marcado por complementaridades e tensões entre diferentes esferas do Estado, da sociedade civil, do mercado e de organismos internacionais.

O primeiro grupo é formado por órgãos do Poder Executivo Federal, bem como por instituições vinculadas ou interligadas a eles, que exercem papel estruturante sobre os HUF. Este grupo reúne os ministérios e órgãos centrais do governo federal responsáveis pela formulação, coordenação e regulação das políticas públicas que moldam o funcionamento dos HUF. Cada instituição tem um papel específico – como orçamento, saúde, educação, ciência, tecnologia e inovação –, influenciando desde a definição de diretrizes até os recursos disponíveis para operacionalização das atividades e efetivação de contratações de recursos humanos para atuação nos HUF. Sua atuação é majoritariamente normativa, orçamentária e regulatória, sendo fundamental para a articulação intersetorial e a coerência entre os objetivos de saúde, ensino, pesquisa e inovação.



Ministérios como o MS, MEC, Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI), MF e MGI formulam diretrizes e alocam recursos que determinam em larga medida os limites e as possibilidades de atuação dos HUF. Enquanto o MS atua como autor principal das estratégias nacionais de qualidade em saúde e estabelece prioridades assistenciais e de pesquisa por meio de suas secretarias e instâncias, os outros ministérios e entidades vinculadas fornecem elementos estratégicos para a formulação das iniciativas, identificam questões políticas relacionadas, requisitos financeiros e instrumentos legais, e integram ações com iniciativas de outros setores (Organização Mundial da Saúde, 2021). No âmbito do REHUF, MEC e MS compartilham as responsabilidades de aporte de recursos para a reestruturação dos HUF. O MEC atua ainda na organização do funcionamento acadêmico das universidades federais, às quais os HUF são vinculados. O MGI, por sua vez, interfere na estrutura de pessoal, concursos e carreiras, ao passo que o MF controla o orçamento e os limites de execução financeira, impactando diretamente a capacidade de resposta dos hospitais. A atuação articulada (ou por vezes descoordenada) entre esses órgãos define o grau de coerência das políticas setoriais e é determinante para a efetividade das políticas voltadas aos HUF.

Nesse grupo, também estão reunidas empresas e agências públicas que atuam na implementação das políticas públicas, regulação e fomento ao CEIS, impactando diretamente o cotidiano dos HUF e sua capacidade de responder a demandas assistenciais, científicas e tecnológicas. A Ebserh exerce papel central nesse arranjo ao gerir operacionalmente diversos HUF. Os contratos de gestão dos HUF são firmados entre as IFES e a Ebserh. Entidades como Anvisa, ANS, Inmetro e INPI regulam ações estratégicas no campo da saúde, segurança sanitária e propriedade intelectual, enquanto CAPES, CNPq, FINEP, Embrapii e ABDI integram programas de investimento em pesquisa e inovação em instituições de ensino e pesquisa, bem como no setor produtivo. Instâncias como a CTNBio e o Concea também assumem papéis regulatórios específicos, voltados à conformidade ética e técnica da produção de conhecimento nos hospitais.

O segundo grupo é formado por entidades do Congresso Nacional, a exemplo das comissões permanentes como a Comissão de Seguridade Social e Família, a Comissão de Educação e a Frente Parlamentar da Saúde. Tal grupo exerce papel estratégico na sustentação legal, no financiamento e na fiscalização das políticas públicas que envolvem os HUF. Essas instâncias parlamentares atuam não apenas na deliberação de marcos normativos relacionados à educação, saúde e ciência, mas também na mediação de interesses regionais e setoriais, influenciando a alocação de recursos, a

definição de diretrizes curriculares e a implantação de políticas nacionais. A articulação dessas comissões com o Executivo e com os gestores dos HUF pode fortalecer a institucionalização da cultura da qualidade e segurança do paciente nos HUF, sobretudo ao garantir financiamento contínuo, promover legislação favorável à integração ensino-serviço e fomentar a fiscalização do cumprimento de normas assistenciais. Assim, o papel do Legislativo ultrapassa o monitoramento, consolidando-se como um ator com capacidade de indução de boas práticas nos serviços públicos de saúde.

A governança participativa está representada no terceiro grupo, Secretarias e Conselhos de Saúde. O CNS e os conselhos estaduais e municipais asseguram a presença da sociedade civil na formulação e controle das políticas públicas, influenciando os HUF sobretudo na definição de prioridades assistenciais, financiamento da saúde e deliberações sobre formação profissional. Sua atuação fortalece o princípio do controle social do SUS, aproximando os hospitais das demandas sociais. Nesse grupo, figuram-se também as SES e SMS, atuantes nas contratualizações da RAS. Essas instâncias e unidades são fundamentais para a integração da RAS, engajamento para a qualidade em saúde, apoio técnico à implementação das estratégias nacionais de qualidade, monitoramento e avaliação do progresso das iniciativas para a qualidade por meio de processos eficazes de gestão (Organização Mundial da Saúde, 2021).

O quarto grupo, Associações e classes profissionais, compreende representantes da sociedade civil e entidades protagonistas nas dimensões assistencial, educativa e científica, incluindo os principais beneficiários (usuários do SUS) e participantes diretos dos HUF (profissionais de saúde, estudantes e residentes). Associações científicas e profissionais da saúde, sociedades médicas, sindicatos, entidades estudantis, a ABRAHUE e a Andifes formam um campo plural de representação que exerce influência normativa, política e institucional. Elas participam de fóruns deliberativos, mobilizam pautas e disputam sentidos sobre a função dos HUF, atuando tanto na defesa de interesses corporativos quanto na qualificação do debate público sobre a saúde e a educação. As atividades deste grupo possuem capacidade transformadora das práticas assistenciais e educativas dos HUF, tanto por meio da identificação de oportunidades de intervenção para melhoria quanto por meio do apoio técnico à análise situacional e avaliação externa dos HUF (Organização Mundial da Saúde, 2021). Suas experiências, demandas e práticas influenciam a qualidade do cuidado, os processos de ensino-aprendizagem e os rumos da pesquisa

clínica e aplicada. Atuam também como instâncias de controle social, sendo peças essenciais na retroalimentação do sistema.

O quinto grupo reúne atores externos aos HUF, mas integrados ao seu funcionamento por meio da cadeia produtiva e de fornecimento de produtos para a saúde e medicamentos necessária para a operação hospitalar. Empresas farmacêuticas, de equipamentos médicos e *startups* de base tecnológica se articulam aos HUF em projetos de inovação, testes clínicos e transferência de tecnologia. A parceria com o setor produtivo é estratégica para a modernização e sustentabilidade dos hospitais. Essa interface traz oportunidades de avanço tecnológico, mas também exige atenção à regulação, à ética e à função pública dos HUF, especialmente diante de interesses mercantis que podem entrar em conflito com o princípio da universalidade do SUS.

A articulação entre os setores público e privado também auxilia na mudança na cultura da qualidade em todo o sistema de saúde (Kruk et al., 2018b). O monitoramento de uso de tecnologias em saúde durante a fase de comercialização (pós-mercado), pelos NSP, grupos de fármaco e tecnovigilância, em interface com a Anvisa, contribui ainda para o gerenciamento de riscos e segurança do paciente.

O sexto grupo reúne unidades da RAS prestadoras de serviços de atenção à saúde que garantem a continuidade do cuidado. Incluem desde UBS até laboratórios e hospitais de referência. A articulação entre essas instituições permite o compartilhamento de orientações e conhecimentos técnicos para melhores práticas clínicas (Organização Mundial da Saúde, 2021). Assim, o alinhamento e a integração com esses serviços são fundamentais para a efetividade da assistência prestada pelos HUF.

O sétimo grupo, Entidades de apoio operacional, envolve unidades envolvidas na prestação de serviços de apoio aos HUF (ex.: serviços de higiene e limpeza, segurança predial, secretariado, almoxarifado), empresas terceirizadas e acreditadoras, incluindo a participação de empresas privadas e fundações de apoio.

O oitavo grupo envolve as instituições acadêmicas, de pesquisa e inovação que atuam diretamente sobre o tripé ensino-pesquisa-extensão. Esse grupo promove a formação de profissionais, garante a integridade ética das pesquisas e estimula a produção e disseminação do conhecimento, além de interagir com redes e atores nacionais do sistema de C,T&I. Reitorias, comitês de ética, núcleos de inovação e centros de pesquisa estruturam a governança interna e o desenvolvimento das atividades acadêmicas e científicas nos HUF. As universidades federais

atuam como centros administrativos e acadêmicos, detendo autoridade formal sobre os HUF; as instituições científicas e tecnológicas (ICT, INCT e NIT) como polos de pesquisa e inovação; e as comissões de residência como instâncias apoiadoras e diretivas da formação em serviço. Este grupo representa o elo entre a missão acadêmica e a prática hospitalar, tensionando, por vezes, a autonomia universitária frente às diretrizes centralizadas da Ebserh e dos ministérios.

O nono grupo é composto pelas instâncias de controle e fiscalização, como o TCU, a CGU e o MPF. Esses órgãos exercem o papel de garantidores da legalidade, eficiência e probidade administrativa. Realizam auditorias, avaliam o uso de recursos públicos e intervêm judicialmente quando necessário. Sua atuação é cada vez mais intensa no contexto dos HUF, dada a complexidade contratual e os riscos de judicialização da assistência hospitalar. Como exposto na contextualização desta tese, a própria criação da Ebserh foi decorrente de soluções para atendimento das recomendações dos órgãos de controle.

Por fim, o décimo grupo agrega instâncias internacionais e multilaterais, como a OPAS/OMS, OCDE, Unesco e organismos de fomento como o Banco Mundial e a União Europeia. Esses atores oferecem cooperação técnica, financiamento e contribuem para a disseminação de boas práticas, ampliando a capacidade dos HUF de se alinharem a padrões globais de qualidade e inovação em saúde e se integrarem em redes internacionais de saúde e pesquisa. Ao mesmo tempo, trazem influências normativas que podem tensionar as dinâmicas locais, especialmente quando associadas a agendas de austeridade ou reformas estruturais.

Como pode ser observado, o arranjo de implementação que compõe a governança dos HUF revela uma rede complexa e interdependente, na qual múltiplos atores estatais e não estatais exercem papéis diversos que vão do financiamento à regulação, da participação social ao fomento à pesquisa. Essa configuração demanda, como contrapartida, altas capacidades estatais de coordenação, articulação interinstitucional e planejamento estratégico, sob pena de fragmentação de ações, sobreposição de competências e ineficiências operacionais.

Cada grupo de instituições atua com diferentes graus de proximidade e impacto sobre os HUF. Algumas exercem poder normativo e orçamentário direto (como MS, MEC, MF, MGI e Ebserh), enquanto outras atuam de forma indutiva ou subsidiária, como agências de fomento, conselhos participativos e o setor privado. As agências regulatórias também funcionam como mecanismos de controle de qualidade, embora possam implicar em maior burocratização das

atividades fim. Essa diferenciação aponta para a importância de mapear capacidades de coordenação horizontal e vertical dentro do Estado e entre os diversos atores.

O mapeamento realizado sugere um sistema de governança em rede, no qual não há um ator único com autoridade total sobre os HUF. Essa configuração exige mecanismos robustos de coordenação, negociação e alinhamento de objetivos. A ausência ou fragilidade desses mecanismos pode comprometer a coerência das políticas públicas e a eficiência da gestão hospitalar.

A efetividade desse modelo depende não apenas da clareza de competências, mas da capacidade de articulação entre os grupos, da coerência normativa e do alinhamento entre os objetivos das políticas públicas e as práticas institucionais. Em um cenário de crescente demanda por qualidade na atenção à saúde, a governança dos HUF exige uma abordagem sistêmica, capaz de equilibrar os imperativos da gestão hospitalar com a missão universitária e os princípios do SUS.

Com a entrada da Ebserh nesse arranjo, a estatal passou a exercer papel central na gestão direta dos serviços hospitalares, enquanto as universidades mantiveram responsabilidade sobre a integração com o ensino e a pesquisa. Esse arranjo gera tensões e desafios de coordenação, mas também possibilita certa modularidade institucional, especialmente quando bem regulado.

O envolvimento do CNS, dos conselhos estaduais e municipais, de sindicatos, sociedades científicas e entidades estudantis mostra que os HUF são também espaços permeáveis à deliberação pública e à representação social. No entanto, a efetividade dessa participação é variável e depende da institucionalização de canais de escuta e deliberação dentro das universidades e dos próprios hospitais.

A presença de empresas de base tecnológica, farmacêuticas e organismos internacionais sinaliza a abertura dos HUF para arranjos de colaboração voltados à inovação, desenvolvimento tecnológico e cooperação internacional. Essa dimensão amplia o escopo estratégico dos hospitais, mas exige capacidade institucional para gerir riscos associados à captura de interesses ou à dependência de agendas externas.

## **12.2 Instrumentos de coordenação intra e intergovernamentais**

O levantamento dos instrumentos de governança, categorizados como instrumentos de coordenação intra e intergovernamentais na Rede Ebserh, corrobora para a análise da ativação de capacidades por meio dos arranjos de implementação. Esses arranjos evidenciam a importância da

flexibilidade organizacional para lidar com contextos variados, exigindo não apenas normas e rotinas padronizadas, mas também espaços de deliberação técnica e adaptações situacionais. Assim, os instrumentos aqui analisados refletem tanto a institucionalização de estruturas de governança quanto a busca por coerência estratégica e capacidade de resposta frente às especificidades dos contextos universitários e hospitalares que compõem a Rede Ebserh.

A estrutura da Rede Ebserh é composta pela Administração Central da Ebserh (Ebserh Sede) e 45 HUF filiais Ebserh. A Administração Central está localizada em Brasília/DF e é responsável pela gestão da Rede, formulação de diretrizes estratégicas, padronização de procedimentos e suporte técnico aos HUF.

A adesão das universidades federais ao modelo de gestão pela Ebserh é voluntária, sendo que, para estabelecimento dos compromissos para reestruturação dos HUF, são assinados contratos de gestão entre elas e a Ebserh. Nesses contratos, identificados como instrumentos de governança neste estudo, são definidas as obrigações dos signatários, as metas de desempenho, indicadores e prazos de execução, bem como as formas de acompanhamento e avaliação das metas estabelecidas. Em suma, os contratos de gestão exigem compromisso com a qualidade, e isso só pode ser garantido por meio de um monitoramento estruturado e uma avaliação rigorosa do desempenho dos HUF. Isso não apenas assegura melhores condições para os usuários do SUS, mas também fortalece a formação acadêmica e a inovação em saúde.

Os HUF são unidades descentralizadas, porém vinculadas administrativamente à Ebserh Sede por meio desses contratos de gestão, celebrados entre a Ebserh e 34 universidades federais presentes nas cinco regiões do Brasil. Essa estrutura exige da Ebserh mecanismos robustos de coordenação, dada a diversidade de HUF e a necessidade de articulação com universidades, mantendo a autonomia destas, bem como com os outros atores envolvidos na governança dos HUF. A análise desses mecanismos revela a utilização de instrumentos de coordenação intraorganizacionais com diferentes finalidades que revelam um esforço deliberado de promover alinhamento estratégico, controle interno e eficiência administrativa (**Quadro 22**).

**Quadro 22** – Instrumentos de coordenação intraorganizacionais identificados na Rede Ebserh

Tipo de instrumento		Finalidade
Arquitetura Organizacional		Definir uma estrutura organizacional uniforme para a Administração Central e filiais Ebserh, articulada com a cadeia de valor <sup>30</sup> da rede e com a Arquitetura de Processos.
Colegiados Internos (Núcleos, Comissões, Comitês e Grupos de Trabalho internos <sup>31</sup> )		Atuar como instâncias de assessoramento técnico e operacional em áreas específicas como avaliação de tecnologias, segurança do paciente, padronização de insumos, contratualização, pesquisa e inovação, promovendo a articulação entre áreas, o compartilhamento de boas práticas e a qualificação das decisões institucionais.
Ferramentas de gestão estratégica	Mapa Estratégico	Apresenta a estratégia de longo prazo da empresa.
	Plano de Negócios	Apresenta o Portfólio de Projetos e Indicadores definidos para o ano, seguindo a estratégia de longo prazo.
	Plano Diretor Estratégico dos Hospitais	Elaborado por cada HUF da Rede Ebserh a fim de apresentar à comunidade os principais problemas identificados em cada período de planejamento e as estratégias para solucioná-los. Funciona como instrumento de planejamento compartilhado, articulando o nível central e local na definição de prioridades e estratégias de atuação.
	Contrato de Objetivos/ Acordo Organizativo de Compromissos	Dar transparência ao planejamento dos recursos orçamentários dos HUF.
Instrumentos normativos (leis, normas, políticas e procedimentos)		Estruturar e regular a atuação da empresa.

Fonte: elaboração própria (2025).

A Arquitetura Organizacional é um instrumento de coordenação de destaque, que se alinha à cadeia de valor da empresa e que, ao definir estruturas e funções claras, atua como eixo integrador dos demais instrumentos (Ebserh, 2024e). Por meio dela, é definida a forma como as unidades organizacionais da Ebserh estão estruturadas e inter-relacionadas, estabelecendo fluxos de autoridade, responsabilidades, processos e comunicação interna que permitem alinhar os esforços das diferentes unidades e atores organizacionais em torno de objetivos comuns. Ao estabelecer áreas funcionais (como diretorias, coordenadorias e serviços) e atribuir funções claras a cada unidade, a Arquitetura Organizacional facilita a coordenação, evitando sobreposições e lacunas operacionais (Ebserh, 2024e).

Nessa arquitetura, boas práticas de governança corporativa são adotadas pela Ebserh, a exemplo dos órgãos de administração (Diretoria Executiva, Conselho de Administração e Conselho

<sup>30</sup> Representação gráfica que permite (re)conhecer os processos executados pela Ebserh, relacionando o encadeamento desses para promover entregas de valor para seus clientes.

<sup>31</sup> Ex.: Núcleos de Avaliação de Tecnologias em Saúde (NATS), Núcleos de Segurança do Paciente (NSP), Comissão de Acompanhamento da Contratualização (CAC), Comissões de Farmácia e Terapêutica (CFT) e Comissões de Padronização de Produtos para Saúde (CPPS), Centros de Pesquisa.

Consultivo) e de fiscalização (Conselho Fiscal e Auditoria Interna), comissões e comitês constituídos para finalidades diversas (**Quadro 23**). Tais órgãos visam definir e orientar as políticas, diretrizes, normas e regulamentos da empresa, assegurando *accountability* e a participação institucionalizada de diferentes atores internos e externos.

**Quadro 23** – Aspectos gerais dos Conselhos, Diretoria Executiva e Conselhos da Ebserh

Conselhos, Diretoria e Comitês	Aspectos gerais
Assembleia Geral	Instância máxima de deliberação da empresa. Composição: Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional <sup>32</sup> , Conselho de Administração (CA), Diretoria Executiva, Conselho Fiscal, Conselho Consultivo, Comitê de Auditoria, Comitê de Pessoas, Elegibilidade, Sucessão e Remuneração.
Conselho de Administração (CA)	Órgão de deliberação estratégica e colegiada que busca a sustentabilidade econômico-financeira e a consecução do interesse público que justificou a criação da empresa estatal. Composição: 3 MEC + 1 MF + 2 MS + Presidente + 1 Representante dos Empregados + 1 Andifes (reitor) + 2 independentes (1 MEC, 1 MS). Mandato de 2 anos, com até 3 reconduções. Reuniões mensais e uma anual (ordinária). Direção dos trabalhos: Presidente do CA da Ebserh Participação sem direito a voto: Presidente da Ebserh
Diretoria Executiva	Órgão gestor central que segue orientações do CA para assegurar o funcionamento regular da Ebserh. Composição: Presidente, Vice-Presidente e Diretores eleitos pelo CA (Atenção à Saúde; Ensino, Pesquisa e Inovação; Orçamento e Finanças; Gestão de Processos e Tecnologia da Informação; Administração e Infraestrutura; e Gestão de Pessoas). Mandato renovável por até 3 vezes. Possui requisitos adicionais para seus membros (tempo de experiência na administração pública). Reuniões semanais.
Conselho Consultivo	Possui como finalidades: consulta, controle social e apoio à Diretoria Executiva e ao CA. Composição: Presidente e Ex-presidentes da Ebserh (desde que não tenham cargo em comissão ou função gratificada na empresa). Reunião anual
Conselho Fiscal	Responsável por fiscalizar a atuação dos administradores e verificar o cumprimento dos seus deveres legais e estatutários (monitoramento independente). Composição: 1 MEC + 1 MS + 1 MF – Tesouro Nacional. Mandato renovável por 2 vezes.
Comitê de Pessoas, Elegibilidade, Sucessão e Remuneração	Assessora a Ebserh nos processos de indicação, avaliação, sucessão e remuneração dos administradores, conselheiros fiscais e demais membros de órgãos estatutários. Composição: 3 membros do CA ou do Comitê de Auditoria
Comitê de Auditoria	Órgão de assessoramento ao CA (monitoramento da qualidade das demonstrações financeiras, dos controles internos, da conformidade, do gerenciamento de riscos e das auditorias interna e independente). Composição: 3 membros eleitos pelo CA. Mandato de 3 anos com 1 re-eleição Mínimo de 2 reuniões mensais.

Andifes: Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior. CA: Conselho de Administração. MEC: Ministério da Educação. MF: Ministério da Fazenda. MS: Ministério da Saúde  
Fonte: elaboração própria com informações da página da Ebserh no Portal Gov.Br (2025).

<sup>32</sup> A PGFN, órgão da Advocacia-Geral da União (AGU), representa a União como única acionista da Ebserh (a estatal não possui participação de entes privados ou de outros órgãos públicos em sua estrutura societária) para aprovar contas, deliberar sobre alterações estatutárias e tomar decisões estratégicas relativas à empresa.

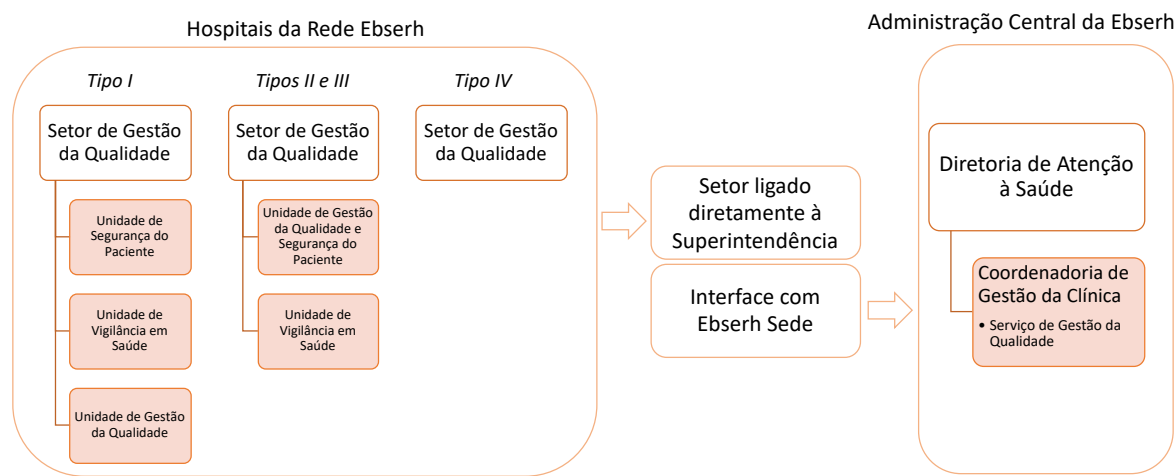


Além dessas instâncias, são identificadas as seguintes unidades organizacionais no organograma da Administração Central da empresa: Presidência; Vice-Presidência; Diretoria de Atenção à Saúde (DAS); Diretoria de Ensino, Pesquisa e Inovação (Depi); Diretoria de Gestão de Pessoas (DGP); Diretoria de Orçamento e Finanças (DOF); Diretoria de Administração e Infraestrutura (DAI) e Diretoria de Tecnologia da Informação (DTI), além de Assessorias, Supervisões, Coordenadorias, Serviços, Divisões, Setores e Unidades (**Anexo I**). Cada diretoria é responsável por propor e gerenciar as políticas relacionadas à sua área de atuação.

Nos HUF filiais Ebserh, busca-se manter uma estrutura organizacional uniforme, seguindo um alinhamento com a estrutura da Administração Central da empresa, articulada com a cadeia de valor da rede, a fim de melhor coordenar os processos. Possuem também instâncias decisórias e deliberativas (Colegiado Executivo, Superintendência, Gerência de Atenção à Saúde, Gerência de Ensino e Pesquisa e Gerência Administrativa), instâncias de apoio à gestão (Ouvidoria, Comissões Assessoras) e de controle e fiscalização (Auditoria e Conselho Consultivo), além das unidades organizacionais constantes em cada gerência a nível operacional (Divisões, Setores e Unidades). Como instâncias colegiadas, tem-se: o Colegiado Executivo, composto pelo Superintendente e Gerentes Administrativo, de Atenção à Saúde e de Ensino e Pesquisa; e o Conselho Consultivo, integrado pelo Superintendente, membros das Unidades Acadêmicas com Programas de Residência, Gestor SUS, Representantes dos usuários, da Residência Multiprofissional, da Residência Médica, dos Empregados CLT, dos Servidores RJU, dos Estudantes de Graduação, da Comissão de Residência Médica (Coreme), da Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde (Coremu) e da Reitoria.

A gestão da qualidade na Rede Ebserh também se insere nessa arquitetura organizacional padronizada, havendo unidades organizacionais específicas nos HUF para coordenação das atividades afetas ao tema, conforme o grau de complexidade estrutural de cada hospital, e articuladas com unidades da Administração Central da Ebserh (**Figura 16**). A ligação do Setor de Gestão da Qualidade diretamente à Superintendência confere maior relevância estratégica ao tema no âmbito institucional, garantindo que as ações voltadas à melhoria contínua dos processos assistenciais, de gestão e de ensino, extensão, pesquisa e inovação estejam alinhadas às diretrizes corporativas, bem como favorece a implementação de ações da qualidade de modo transversal nos HUF.

**Figura 16** – Unidades organizacionais responsáveis pela coordenação das atividades de gestão da qualidade na Rede Ebserh



Fonte: elaboração própria (2025) a partir de informações de Ebserh (2024e).

A criação de conselhos, comissões, comitês e colegiados (como o Colegiado Executivo e o Conselho Consultivo nos HUF) viabiliza a deliberação coletiva e o alinhamento de diferentes setores da organização.

Os demais Núcleos, Comissões e Comitês internos possibilitam a articulação técnico-operacional entre áreas especializadas e asseguram espaços para deliberação técnica, gestão da qualidade e inovação. Dentre esses, destaca-se a presença de NSP e de Comissões AVAQualis em todos os HUF da Rede Ebserh que atuam diretamente na implementação de processos avaliativos, no monitoramento de indicadores e no suporte às demais equipes hospitalares na elaboração de planos de ação de melhoria contínua.

As ferramentas de gestão estratégica alinham a atuação da Ebserh e das unidades descentralizadas com os objetivos corporativos, permitindo acompanhamento sistemático de metas e resultados. Em conjunto, esses instrumentos reforçam a capacidade da Ebserh de coordenar uma rede complexa de HUF, com diferentes contextos e especificidades, mantendo coerência organizacional e adaptabilidade local.

O **Quadro 24** apresenta os principais instrumentos normativos, que estruturam e regulam a atuação da empresa, selecionados em função de sua relevância estratégica em um nível macro.

**Quadro 24** – Instrumentos normativos relacionados à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

Instrumento Normativo		Ementa/ Descrição
Lei nº 12.550/2011		Autoriza o Poder Executivo Federal a criar a Ebserh
Lei nº 13.303/2016 (Lei das Estatais)		Dispõe sobre o estatuto jurídico da empresa pública, da sociedade de economia mista e de suas subsidiárias, no âmbito da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios
Estatuto Social da Ebserh		Define a estrutura organizacional, as competências e o funcionamento da Ebserh.
Regimentos Internos	- Conselho de Administração (CA)	Disciplina a organização e o funcionamento do CA da Ebserh, observadas as disposições do Estatuto Social da empresa, a legislação aplicável e as boas práticas de governança.
	- Administração Central da Ebserh	Estabelece a estrutura organizacional, competências e normas de funcionamento da sede da empresa, define as atribuições dos órgãos colegiados e das diretorias executivas, bem como os procedimentos administrativos e operacionais que orientam a atuação da administração central, detalha os mecanismos de governança e gestão.
Portaria nº 442/2012		Delega à Ebserh competências dos Decretos nº 7.082 e 7.690/2012
Portaria nº 8/2019		Delega competências aos Superintendentes, incluindo a gestão administrativa, orçamentária, financeira, contábil, patrimonial, de estoques, documental e de recursos humanos
Carta Anual de Políticas Públicas e Governança Colaborativa - <i>Escrita pelo Conselho de Administração em conformidade com o art. 8º, inciso I e VIII, da Lei 13.303/2016, e publicada anualmente de acordo com as orientações da Secretaria de Coordenação e Governança das Empresas Estatais (Sest) do Ministério da Gestão e Inovação em Serviços Públicos (MGI).</i>		Explicita os compromissos de consecução de objetivos de políticas públicas pela Ebserh, em atendimento ao interesse coletivo que justificou a autorização para criação da empresa, com definição dos recursos empregados para esse fim, bem como dos impactos econômico-financeiros da consecução desses objetivos e a capacidade de continuidade em exercícios futuros.
Compromisso Empresarial Responsável		Reforça alguns compromissos sobre direitos humanos, responsabilidade social, desenvolvimento sustentável e relações de negócios e trabalho.
Política Ambiental		Orientações no tratamento das questões ambientais
Política de backup e recuperação de dados digitais da Rede Ebserh		Institui procedimentos, diretrizes e responsabilidades que visam garantir a segurança, integridade e disponibilidade dos dados digitais custodiados pelos setores de Tecnologia da Informação (TI) e formalmente definidos como de necessária salvaguarda na Ebserh, para se manter a continuidade do negócio.
Política de Classificação de Informação, Sigilo e Temporalidade		Estabelece diretrizes para o acesso à informação, para a classificação das informações institucionais e definir o grau de sigilo e temporalidade dessas no âmbito da Ebserh, para fins do disposto na Lei nº 12.527, de 2011 - Lei de Acesso à Informação e na Lei nº 13.709, de 2018 - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais.
Política de Comunicação Institucional		Instrumento orientador da comunicação organizacional da Ebserh.
Política de Cordialidades		Estabelece princípios e diretrizes para o recebimento e o oferecimento de cordialidades no âmbito da Ebserh, complementado o Programa de Integridade da empresa.
Política de Divulgação de Informações		Disciplina o uso e a divulgação de informações no âmbito da Ebserh, contemplando, ainda, os procedimentos relativos à manutenção de sigilo acerca de informações não divulgadas.
Política de Conformidade, Controle Interno e Gerenciamento de Riscos		Estabelece diretrizes para conformidade, controle interno e gerenciamento de riscos da Ebserh; dissemina a orientação estratégica de alto nível da governança da empresa, reforça aspectos fundamentais para a continuidade do negócio e contribui

<b>Instrumento Normativo</b>	<b>Ementa/ Descrição</b>
	com o alinhamento dos macroprocessos ao alcance dos objetivos estratégicos e propósito da estatal.
Política de Governança de Tecnologia da Informação e Comunicação	Conjunto de princípios, diretrizes e atividades, visando alinhar as ações e a utilização dos recursos de Tecnologia da Informação e Comunicação às estratégias da Ebserh.
Política de Impressão Corporativa	Regulamenta a utilização dos recursos de impressão no âmbito da Rede Ebserh.
Política de Indicação e Sucessão da Ebserh	Estabelece princípios e diretrizes para a indicação e sucessão de membros do Conselho de Administração, da Diretoria Executiva, do Conselho Fiscal, do Comitê de Pessoas, Elegibilidade, Sucessão e Remuneração e do Comitê de Auditoria da Ebserh.
Política de Porta-Vozes	Tem a finalidade de eliminar risco de contradição entre informações de diversas áreas e a dos gestores da Ebserh ao público em geral.
Política de Prevenção e Enfrentamento a Todas as Formas de Assédio e de Discriminação	Estabelece princípios, diretrizes e responsabilidades, visando orientar, divulgar e implementar mecanismos de prevenção e acolhimento referentes a casos de assédio e discriminação na Ebserh.
Política de Proteção de Dados Pessoais	Dispõe sobre definições, princípios, diretrizes, deveres e direitos a serem observados para a proteção de dados pessoais no âmbito da Ebserh.
Política de Relacionamento com Fornecedores da Ebserh	Apresenta um conjunto de diretrizes, processos e práticas voltadas ao desenvolvimento da cultura de integridade, como um dos pilares da boa governança no âmbito da Rede Ebserh.
Política de Segurança da Informação	Instituição de diretrizes estratégicas contra ameaças e vulnerabilidades para garantir segurança na disponibilidade, integridade, confidencialidade e autenticidade das informações, bem como para difundir atitudes adequadas para uso, manuseio, tratamento, controle e proteção dos dados, informações, documentos e conhecimentos produzidos, armazenados, sob guarda ou transmitidos por qualquer ativo de informação digital ou físico da Ebserh, buscando a preservação das responsabilidades legais, proteção de dados pessoais de pacientes e empregados e da imagem institucional da Empresa.
Política de Transações com Partes Relacionadas	Estabelece definições, princípios, diretrizes, vedações e responsabilidades a serem observados quando da ocorrência de transações com partes relacionadas, de modo a assegurar que as decisões envolvendo tais situações sejam direcionadas, sempre, com vistas ao interesse da Ebserh, garantindo a adoção das melhores práticas de governança corporativa.

Fonte: elaboração própria a partir de informações da página da Ebserh no Portal Gov.br (2025).

A Lei nº 12.550/2011, que autoriza a criação da Ebserh, e a Lei nº 13.303/2016, que estabelece o estatuto jurídico das empresas estatais, são exemplos de normas que conferem legitimidade e orientam a atuação da empresa. As Portarias nº 442/2012 e nº 8/2019 estabelecem delegações de competências fundamentais para a gestão descentralizada dos HUF, promovendo a autonomia operacional dos superintendentes, ao mesmo tempo em que preservam a coerência da atuação institucional.

O Estatuto Social da Ebserh e os Regimentos Internos do Conselho de Administração e da Administração Central definem as estruturas de governança e as competências institucionais, estabelecendo fluxos decisórios e responsabilidades claras entre as instâncias diretivas e

operacionais. Entretanto, não foi identificado um regimento padronizado para os HUF, o que dificulta um alinhamento geral para a Rede quanto às competências esperadas para cada unidade organizacional. Conforme informações levantadas, encontra-se em discussão pela Ebserh com os Reitores das universidades federais (por meio da Andifes) um regimento único elaborado pela empresa, comum aos HUF da Rede, que visa padronizar regras de funcionamento, instâncias colegiadas e processos administrativos. Apesar do reconhecimento dos ganhos advindos com esse instrumento, há impasses quanto à autoridade responsável pela elaboração e aprovação dos regimentos (Ebserh, universidade ou HUF) e entraves quanto às implicações do normativo com uma padronização gerencial pela Ebserh e a autonomia universitária.

A decisão quanto à publicação desse regimento tem se arrastado por alguns anos, o que denota a ausência de um senso de urgência institucional e evidencia fragilidades nos arranjos institucionais de implementação da política pública de reestruturação hospitalar no âmbito federal. Essa lacuna normativa pode ser interpretada como um sintoma de capacidades institucionais limitadas, sobretudo no que diz respeito à coordenação e à coerência organizacional. A gestão compartilhada entre a Ebserh e as universidades federais gera sobreposições e indefinições quanto à autoridade responsável pela formalização de normas internas, dificultando a consolidação de estruturas decisórias legítimas e estáveis. Além disso, a ausência de incentivos para induzir a institucionalização do regimento dos HUF ou mecanismos coercitivos claros por parte dos ministérios coordenadores das políticas de maior interface (MEC e MS) contribui para a manutenção de um modelo operacional sustentado por normas provisórias ou práticas informais. Tal cenário revela não apenas uma falha administrativa, mas um indicador mais profundo de desarticulação dos atores do arranjo de implementação, comprometendo a institucionalização plena do modelo de governança pretendido.

Quanto às Políticas, verifica-se que estas promovem a harmonização de práticas administrativas, fortalecendo a coordenação horizontal entre áreas estratégicas, e reforçam a capacidade estatal de condução da política pública. Como exemplo, as Políticas de Relacionamento com Fornecedores e de Transações com Partes Relacionadas fortalecem práticas de integridade e transparência, fundamentais para a coordenação com parceiros públicos e privados.

Esses instrumentos contribuem para a formalização de práticas administrativas e para a construção de um arcabouço mínimo de governança. No entanto, os resultados da análise revelam lacunas significativas que comprometem a completude do arranjo institucional e podem limitar a

efetividade das capacidades estatais. Destaca-se, entre elas, a ausência de uma política da qualidade, elemento essencial para orientar a padronização, a melhoria contínua e a avaliação sistemática dos serviços prestados nos HUF. Em um contexto hospitalar, esse tipo de política é particularmente relevante por estar diretamente relacionado ao desempenho assistencial, à segurança do paciente e à eficácia dos processos internos.

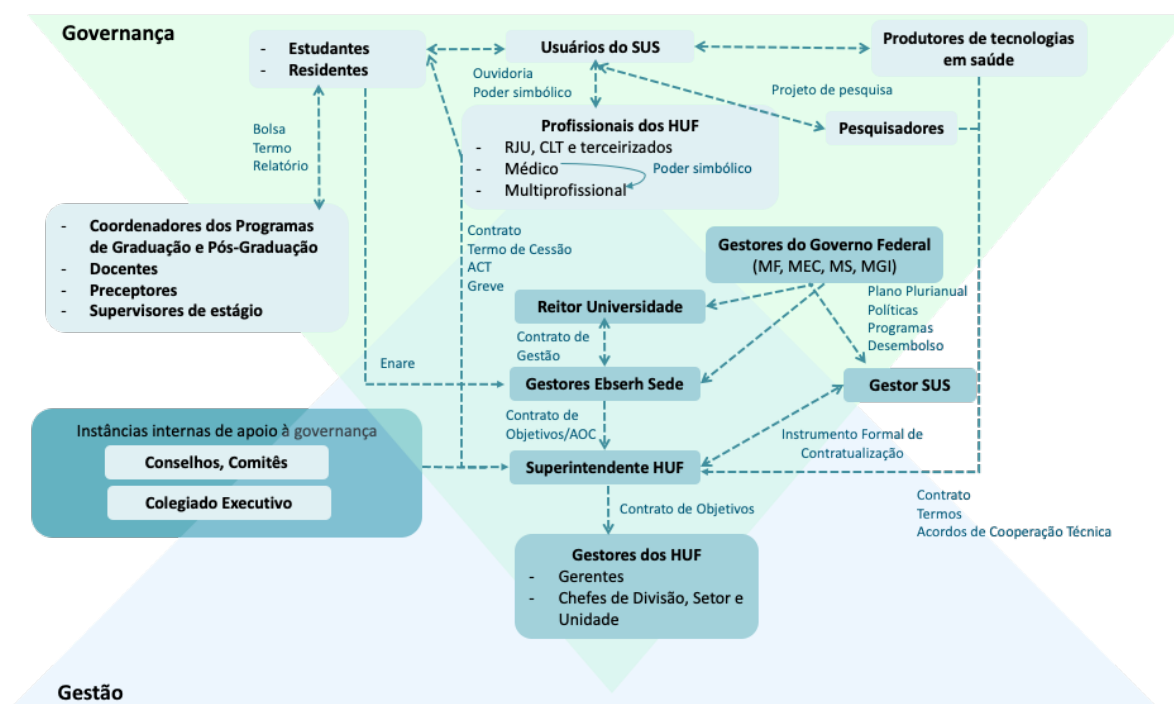
Outra lacuna relevante refere-se à inexistência de uma política de governança de dados, o que fragiliza a institucionalização de práticas consistentes de gestão da informação e dificulta a articulação com as diretrizes da PNDA. A ausência dessa política compromete não apenas a qualidade e a interoperabilidade dos dados gerados, mas também limita a capacidade da empresa em utilizar essas informações como suporte estratégico à tomada de decisão, ao monitoramento da qualidade da atenção à saúde e à prestação de contas à sociedade.

Portanto, embora o conjunto normativo analisado indique avanços importantes na estruturação das capacidades técnico-administrativas da Ebserh, as lacunas identificadas apontam para a necessidade de fortalecer aspectos-chave da governança organizacional, especialmente no que diz respeito à qualidade dos serviços e à gestão estratégica da informação. Tais fragilidades podem comprometer a coerência entre os objetivos da política pública e os meios institucionais disponíveis para sua efetiva implementação.

Articulados aos instrumentos intraorganizacionais estão os instrumentos interorganizacionais de coordenação, que cumprem papel central na articulação entre a Ebserh, as universidades federais, MEC, MS e outros ministérios, e atores externos do sistema de saúde e da gestão pública federal. Esses instrumentos visam assegurar a coerência entre as ações da Ebserh e as políticas públicas de saúde e educação superior, bem como garantir o alinhamento com as diretrizes do Governo Federal, respeitando a autonomia universitária e promovendo a integração com as demais instâncias de governança.

O diagrama a seguir busca apresentar os vários instrumentos de governança utilizados pelos diferentes *stakeholders* envolvidos na governança dos HUF (**Figura 17**). Cabe observar que cada instrumento possui um nível de influência e alcances diferenciados, interna e externamente a cada HUF (ex.: contrato de gestão, instrumento formal de contratualização, greve, ouvidoria, instrumentos de governança corporativa etc.).

**Figura 17** – Sistema de governança dos hospitais universitários federais geridos pela Ebserh, incluindo *stakeholders* e instrumentos de governança



Tipo de instrumento	Finalidade
<b>Plano Plurianual, Políticas Públicas de saúde e educação superior</b>	Estabelecer as diretrizes e metas do Governo Federal, em especial no âmbito das políticas públicas de saúde, educação superior e gestão pública.
<b>Programas</b>	Participação da Ebserh em programas nacionais de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS, contribuindo para a qualificação da assistência e da gestão hospitalar. – Ex.: PROADI-SUS, RVA
Programa de Remuneração Variável (RVA) - <i>Instrumento de gestão conduzido pelo MGI por intermédio da Sest</i>	Colaborar com a implementação estratégica da empresa e o atingimento dos resultados desejados, através da vinculação de parcela acrescida à remuneração anual dos membros da Diretoria Executiva da companhia vinculada ao respectivo desempenho.
Indicadores externos de monitoramento e avaliação – Ex.: <i>Indicador de Governança das Estatais Federais (IG-Sest<sup>33</sup>) e Indicador de Conformidade da Sest (IC-Sest)</i>	Subsidiar o pagamento da RVA e permitir o acompanhamento de práticas de governança, transparência e eficiência institucional.
<b>Contrato de gestão especial</b>	Instrumento formal celebrado entre a Ebserh e as universidades federais, que estabelece as condições para a transferência da gestão dos HUF à empresa, incluindo metas, obrigações, indicadores e formas de acompanhamento e avaliação.

<sup>33</sup>Conforme resultado do indicador de governança IG SEST, a Ebserh alcançou o nível 2. Esse indicador envolve como dimensões: os Conselhos e Diretorias, Transparência, Gerenciamento de Riscos e Controles Internos.

<b>Tipo de instrumento</b>	<b>Finalidade</b>
<b>Plano de Reestruturação</b>	Anexo ao contrato de gestão. Detalha as ações necessárias para modernizar a infraestrutura, qualificar os processos assistenciais, ampliar a força de trabalho e adequar a gestão dos HUF ao novo modelo.
<b>Contrato de objetivos/ Acordo Organizativo de Compromissos (AOC)</b>	Instrumento de pactuação firmado entre a Administração Central da Ebserh e o HUF para melhorar a eficiência e sustentabilidade da Rede com a otimização da gestão e acompanhamento das receitas e despesas de cada Unidade.
<b>Instrumento Formal de Contratualização</b>	Formalizar os compromissos institucionais assumidos por cada HUF com o gestor local do SUS
<b>Exame Nacional de Residência (Enare)</b>	Selecionar profissionais da área da saúde para as vagas de programas de residência médica, multiprofissional e uniprofissional, ofertadas pelas instituições participantes, em processo seletivo unificado para todo o território nacional.
<b>Termos e Acordos de Cooperação Técnica</b>	Estabelecer parcerias com instituições públicas ou privadas para execução de ações conjuntas, compartilhamento de recursos, desenvolvimento de projetos e fortalecimento institucional.
<b>Bolsas</b>	Instrumentos de fomento vinculados a ações de ensino, pesquisa, extensão ou gestão, que fortalecem o papel universitário dos HUF e a integração com as universidades federais.
<b>Projeto de Pesquisa</b>	Estabelecer cooperação técnico-científica entre pesquisadores e o sistema de saúde, promovendo inovação e qualificação.
<b>Contratos</b>	Instrumentos contratuais que regulam a aquisição de bens e a prestação de serviços, com vistas à padronização, economicidade, legalidade e atendimento às especificidades locais.
<b>Termo de Cessão</b>	Regular a movimentação de servidores públicos das universidades para a Ebserh.
<b>Acordo Coletivo de Trabalho (ACT)</b>	Acordo entre a Ebserh e os sindicatos representantes dos trabalhadores, que estabelece as condições de trabalho, remuneração e benefícios para os empregados da empresa no triênio. É resultado de negociações entre a Ebserh e entidades sindicais representativas dos trabalhadores, visando à melhoria das relações laborais e à valorização dos profissionais.
<b>Greve</b>	Instrumento de pressão coletiva utilizado pelos trabalhadores para reivindicar melhores condições de trabalho, salários, benefícios, ou para protestar contra descumprimentos contratuais ou decisões patronais consideradas prejudiciais.
<b>Ouvidoria</b>	Canal de escuta e resposta às demandas dos usuários e profissionais, com função simbólica e de melhoria institucional.

Fonte: elaboração própria (2025) com adaptações da estrutura proposta por TCU (Brasil, 2020).

A análise do diagrama evidencia a complexidade da governança da Rede Ebserh, que impõe a necessidade de instrumentos de coordenação robustos, dinâmicos e adaptáveis, capazes de lidar com a heterogeneidade institucional e com os múltiplos interesses envolvidos na governança dos HUF. Essa complexidade se manifesta tanto no alinhamento das atividades entre a Administração Central da Ebserh e os HUF (coordenação vertical intraorganizacional), quanto na integração com



universidades, gestores do SUS e demais atores externos (coordenação horizontal interorganizacional).

Não há um único instrumento de coordenação centralizador; a governança ocorre por meio da justaposição e sobreposição de múltiplos instrumentos – formais e informais – que coexistem, interagem, e, por vezes, podem ser conflitantes.

Esses instrumentos variam desde contratos de gestão, que estabelecem metas, indicadores e compromissos entre a Ebserh e as IFES, instrumentos formais de contratualização entre os HUF e os gestores locais do SUS (Secretários Estaduais ou Municipais de Saúde), termos e acordos de cooperação técnica, até mecanismos mais difusos, como greve, ouvidoria e o poder simbólico de profissionais, revelando a pluralidade de dispositivos que operam simultaneamente para orientar decisões, alinhar comportamentos e legitimar ações.

A força relativa de cada instrumento varia ao longo do tempo, conforme mudanças políticas, dinâmicas institucionais, mobilizações sociais ou alterações regulatórias. Por exemplo, uma greve de empregados Ebserh pode suspender temporariamente a eficácia de instrumentos formais de gestão, enquanto a ouvidoria, como instrumento de *accountability* responsiva, pode reforçar demandas dos usuários e pressionar por mudanças administrativas, independentemente de normas explícitas.

O sistema de governança dos HUF revela-se, portanto, altamente policêntrico, com múltiplos centros de poder e autoridade institucional, interagindo simultaneamente e operando de forma relativamente autônoma e interdependente, o que amplia os desafios de coordenação. A Ebserh, enquanto empresa estatal pública, as universidades federais, como instituições autônomas de ensino e pesquisa, e os entes federativos (União, estados e municípios), enquanto operadores do SUS, compartilham responsabilidades e disputam legitimidade. Essa configuração institucional fragmentada torna a coordenação mais desafiadora e exige mecanismos sofisticados de articulação.

Além disso, o sistema articula diferentes esferas governamentais – federal (MS, Ministério da Gestão e da Inovação em Serviços Públicos – MGI, MEC, Ebserh), estadual (Secretarias Estaduais de Saúde – SES), municipal (Secretarias Municipais de Saúde – SMS) – e múltiplos públicos – produtores de tecnologias em saúde (fornecedores de medicamentos e produtos para a saúde), comunidade universitária (reitoria, professores, estudantes, residentes, pesquisadores), profissionais de saúde e sociedade (usuários do SUS). Tais interações ampliam os pontos de contato

e conflito entre diferentes lógicas: prestação de serviços de saúde, formação acadêmica, pesquisa científica, regulação estatal e gestão empresarial.

Identificam-se ainda importantes instâncias internas de apoio à governança, como conselhos, comitês e colegiados executivos. Nesse contexto, a coordenação não se dá apenas por mecanismos de comando e controle, mas por uma combinação de incentivos, normas, redes de confiança e mecanismos deliberativos, o que remete à noção de capacidades estatais adaptativas. A governança da Rede Ebserh ilustra que a efetividade da política pública em redes descentralizadas não depende apenas de capacidades coercitivas ou burocráticas clássicas, mas sim da capacidade relacional do Estado – sua aptidão para construir arranjos colaborativos e flexíveis com diversos atores institucionais e sociais, sensíveis às dinâmicas locais e capazes de equilibrar interesses diversos.

Dada a complexidade dos arranjos nessa rede, as diversas possibilidades de configurações podem ativar ou desativar capacidades. Para garantir que as metas dos contratos e dos IFC sejam cumpridas, é essencial um sistema robusto de monitoramento e avaliação que permita acompanhar o desempenho dos HUF e assegurar transparência na gestão de recursos públicos.

### **12.3 Mecanismos de governança: compreendendo a Rede Ebserh**

Considerando a noção de capacidades estatais como o conjunto de competências organizacionais, técnicas e políticas que permitem ao Estado (ou a organizações estatais) implementar políticas públicas de forma eficaz (Centeno; Kohli; Yashar, 2017), é possível identificar, no caso da Ebserh, a construção de uma capacidade burocrática voltada à coordenação de uma rede hospitalar complexa e nacionalmente distribuída. Essa capacidade se ancora tanto em mecanismos de controle hierárquico quanto em instrumentos de gestão corporativa e colegiada, demonstrando um esforço institucional de construir capacidades coordenativas e analíticas (Wu; Ramesh; Howlett, 2015).

Tais capacidades são operacionalizadas por meio de arranjos institucionais que combinam centralização decisória com instâncias locais de implementação, compondo uma arquitetura de governança multinível (Pierre; Peters, 2005).

Observando a estrutura organizacional da estatal (**Anexo A**), identifica-se o mecanismo de governança hierárquico, com uma cadeia de comando claramente definida, com níveis de

autoridade e supervisão, que orientam a tomada de decisão e o fluxo de informações. Por um lado, isso reduz incertezas e promove alinhamento interno. Por outro, pode limitar a flexibilidade local e a capacidade de inovação nas unidades descentralizadas, exigindo contrapesos institucionais e instâncias participativas que equilibrem centralização com autonomia e adaptabilidade. Também é necessário considerar que, apesar da hierarquia, a efetividade da coordenação depende da articulação entre as esferas decisórias e executoras e da clareza dos mecanismos de responsabilização e prestação de contas.

Ao analisar os arranjos junto ao setor produtivo, fornecedor de equipamentos, medicamentos e produtos para saúde, aponta-se para o mecanismo de governança de mercado no qual a Ebserh utiliza contratos, licitações e parcerias para regular preços, prazos e padrões de qualidade. Esses instrumentos não apenas viabilizam o abastecimento e a operação dos HUF, mas também criam incentivos para inovação, padronização e uso racional de recursos. O poder de barganha é ampliado ao congregar várias unidades hospitalares nas compras centralizadas.

Nessa mesma lógica de governança orientada por instrumentos contratuais, os contratos de gestão firmados com as IFES também se inserem no mecanismo de mercado, uma vez que estabelecem metas, indicadores e incentivos de desempenho, introduzindo elementos de responsabilização e eficiência típicos desse tipo de coordenação.

A atuação da Ebserh deve ser compreendida também sob a perspectiva da governança em rede, uma vez que sua estratégia se materializa em uma arquitetura institucional que conecta 45 HUF vinculados a 34 IFES. Essa Rede é orientada por objetivos comuns definidos na Estratégia de Longo Prazo da empresa e operada com base em princípios de horizontalidade, interdependência, cooperação e confiança.

Tal arranjo evidencia a complexidade da gestão pública em contextos policêntricos, nos quais diferentes organizações e níveis de governo compartilham responsabilidades e recursos. Como argumentam Nunes *et al.* (2014), trabalhar em rede implica criar geometrias organizacionais flexíveis, que favorecem a mobilidade de ideias, projetos e pessoas, permitindo a formação de vínculos e a promoção de diálogos entre múltiplos atores. No caso da Ebserh, a constituição dessa rede viabiliza a difusão de inovações organizacionais, a padronização de processos e o aprendizado institucional conjunto, funcionando como vetor de fortalecimento das capacidades estatais em escala nacional.

A rede de HUF geridos pela Ebserh pode ser considerada um sistema complexo. Um sistema pode ser compreendido como um todo organizado, um todo composto de partes, um composto (conjunto) de elementos em interação ou um complexo de elementos interagentes (Bertalanffy, 2010). Seguindo o alinhamento da psicologia da Gestalt, para se compreender as partes, é necessário ver o todo. Como aponta Bertalanffy (2010), a interação dinâmica entre os elementos confere propriedades ao sistema que não se manifestam quando observados isoladamente.

Sob a ótica da qualidade do cuidado em saúde, essa concepção sistêmica é particularmente relevante. O desempenho de cada HUF não pode ser avaliado de forma estanque: sua capacidade de ofertar serviços de qualidade depende das interações entre políticas, diretrizes da Administração Central, recursos locais, processos de formação acadêmica e contextos regionais. O modelo em rede, se bem articulado, permite que padrões de qualidade assistencial sejam disseminados, evitando desigualdades no acesso a práticas seguras e efetivas entre diferentes regiões do país.

A elaboração do grafo da rede institucional da Ebserh permitiu identificar os principais atores envolvidos nos contratos de gestão e mapear suas conexões institucionais (**Figura 18**). Os nós<sup>34</sup> (representando 34 universidades, 45 HUF e a Administração Central da Ebserh) foram classificados com base em suas interações, e seu volume está proporcionalmente relacionado ao número de conexões estabelecidas (arestas<sup>35</sup>). Assim, quanto maior o nó, maior a centralidade do ator e, conseqüentemente, sua capacidade de difusão de informações, articulação e influência no conjunto da rede.

---

<sup>34</sup> Os nós são representados no grafo por caixas circulares.

<sup>35</sup> As arestas são representadas no grafo por linhas.

Figura 18 – Rede institucional dos hospitais universitários federais geridos pela Ebserh



Fonte: elaboração própria (2025).

A análise da Rede Ebserh evidencia a complexidade do arranjo institucional e os desafios de coordenação em um sistema composto por atores diversos, com diferentes capacidades, histórias

e papéis. Esse arranjo não apenas executa, mas constrói as políticas públicas de atenção hospitalar e reestruturação dos HUF, e precisa estar pautado em uma cultura colaborativa com foco na melhoria da qualidade do cuidado. A estrutura em rede possibilita a disseminação de práticas gerenciais, padrões de qualidade e cooperação técnico-científica, articulando o campo da saúde com o da educação.

A análise da topologia da rede revela uma configuração hierarquizada e radial, com alta centralidade da Administração Central da Ebserh (nó central e coordenador), que se conecta diretamente a todos os HUF e IFES. Esse posicionamento reitera o papel da estatal como instância coordenadora e estratégica da rede hospitalar federal. Nesse sentido, a Ebserh funciona como um arranjo de implementação multinível, articulando o nível:

- a) federal-central, que consolida diretrizes, normas operacionais e recursos;
- b) regional, que compreende diferentes contextos político-institucionais; e
- c) local, no qual capacidades organizacionais são efetivamente mobilizadas.

No entanto, também se observa a presença de nós intermediários relevantes, como as universidades federais com múltiplos HUF vinculados (casos da UFBA, UFRN, UFRJ, UFPA, entre outras), que assumem funções regionais de articulação e circulação de práticas e informações. Apesar disso, a rede apresenta baixa densidade relacional horizontal – ou seja, há poucas conexões diretas entre os próprios HUF e entre IFES – o que sugere um modelo organizacional centralizado e pouco colaborativo em sua base operacional. Tal configuração, embora funcional do ponto de vista do controle e da padronização, limita a aprendizagem interpares e a coprodução de soluções voltadas à qualidade assistencial.

A disposição dos nós por região mostra que, embora a Ebserh tenha uma estrutura centralizada, a sua implementação é fortemente descentralizada. A segmentação por cores (representando as regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul) revela a existência de subarranjos regionais, com maior ou menor densidade e grau de conectividade. Destaca-se o Nordeste, com alta densidade de nós (mais de um terço dos HUF da rede), indicando forte presença da Ebserh, o que pode indicar políticas de fortalecimento da capacidade hospitalar em áreas historicamente carentes.

As demais regiões apresentam proporções mais equilibradas, com destaque para o Sudeste, que concentra hospitais de maior complexidade e tradição vinculados a universidades consolidadas. Já nas regiões Norte, Sul e Centro-Oeste, a participação de HUF na rede gira em

torno de 13,75%, o que, embora proporcionalmente inferior, reveste-se de importância estratégica frente à cobertura regional do SUS. No Centro-Oeste, destaca-se a proximidade da Administração Central da Ebserh, o que pode indicar outra lógica de ativação de capacidades.

Essa distribuição desigual demanda políticas diferenciadas de alocação de recursos e de indução de qualidade, a fim de reduzir disparidades regionais no cuidado hospitalar. Tal fator deve ser considerado no desenho e na implementação das políticas da Ebserh.

O arranjo em rede contribui para compensar fragilidades históricas da gestão hospitalar pública no Brasil, sobretudo em contextos periféricos. Ele reforça o argumento de que capacidades estatais podem ser ativamente construídas, em vez de pré-existirem ao aparato institucional.

Um elemento crucial, frequentemente ausente das representações formais da rede, diz respeito à presença das fundações de apoio universitárias, que operam como instâncias paralelas de gestão nos HUF. Cada HUF tende a contar com uma fundação vinculada à sua universidade mantenedora, responsável por apoiar projetos de ensino, pesquisa e extensão. Na prática, essas fundações funcionam como instrumentos de flexibilização administrativa e financeira, permitindo a execução de ações que extrapolam as restrições orçamentárias e legais do modelo estatal. Em muitos casos, atuam como estruturas facilitadoras para contratações emergenciais, recebimento de doações, execução de projetos de pesquisa clínica, entre outros. Essa atuação paralela, embora legalmente constituída, configura uma espécie de gestão dual, na qual a Ebserh responde pela gestão formal, enquanto as fundações operam como “caixa auxiliar” de apoio, com diferentes graus de integração institucional.

Essa sobreposição institucional demanda atenção redobrada em termos de transparência, *accountability* e integração de dados, pois muitas dessas fundações não estão subordinadas aos mesmos sistemas de controle e avaliação utilizados pela Ebserh. Ao mesmo tempo, representam ativos importantes para a inovação, captação de recursos e agilidade operacional, sendo fundamentais para a sustentabilidade de projetos de complexidade técnico-científica.

Nesse contexto, o arranjo em rede emerge não apenas como um componente organizacional, mas como um mecanismo estratégico para integrar capacidades dispersas e compensar assimetrias históricas da administração pública em saúde.

Em síntese, os mecanismos de governança hierárquico, de mercado e em rede coexistem e se articulam na estrutura da Ebserh, conformando um arranjo híbrido de coordenação. Enquanto a hierarquia assegura controle, padronização e alinhamento institucional, o mercado introduz

incentivos à eficiência, *accountability* e gestão por resultados, expressos, entre outros instrumentos, nos contratos de gestão firmados com as IFES. Já a lógica em rede favorece a cooperação, a aprendizagem interinstitucional e o compartilhamento de soluções entre as diversas instituições que compõem o sistema de governança dos HUF. Essa combinação reflete um modelo de governança adaptativo, no qual diferentes lógicas de coordenação são acionadas de forma complementar para responder à complexidade da gestão hospitalar pública.



## **ATO 5 – QUANDO AS PEÇAS SE ENCAIXAM: da trama aos resultados e inferências causais**

A interpretação é o ato de montar o quebra-cabeça. Aqui, as peças encontradas no caminho são reorganizadas à luz do referencial teórico, permitindo compreender a lógica de funcionamento da Ebserh dentro do SUS interligada ao Sistema de Educação e ao SNCTIS, e a influência desse arranjo sobre a melhoria da qualidade do cuidado em saúde nos HUF.

Este ato integra as descobertas das etapas anteriores, explorando como as interações nos arranjos de implementação (atores e instrumentos) ativam (ou desativam) capacidades e explicam os resultados observados na Rede Ebserh. A análise contextualiza a atuação da Ebserh sob diferentes governos federais.

### **13 RESULTADOS ALCANÇADOS: evidências sobre a melhoria da qualidade na Rede Ebserh e inferências causais**

Em 2024, foram realizadas aproximadamente 7 milhões de consultas, 296 mil cirurgias, 380 mil internações e 1,2 milhão de exames de imagem nos HUF da Rede Ebserh, além da oferta de 9 mil leitos e uma base eletrônica de 24 milhões prontuários (Ebserh, 2024a). Esses números expressam a magnitude da produção assistencial e revelam a complexidade da gestão da rede. Mas esses números seriam indicativos de melhoria da qualidade em saúde nos HUF após a gestão da Ebserh? Quais outros resultados foram alcançados após a gestão da estatal considerando todas as dimensões da qualidade (eficiência, efetividade, cuidado oportuno, seguro e centrado no usuário)?

Nesse contexto, o monitoramento e a avaliação do alcance dos resultados relativos à melhoria da qualidade do cuidado em saúde constituem dimensões centrais da governança dos HUF. Tais práticas permitem não apenas identificar avanços e fragilidades, mas também orientar decisões estratégicas quanto à criação ou ao aperfeiçoamento de instrumentos de governança, reforçando capacidades e contribuindo para o fortalecimento dos HUF.

Com esse objetivo, apresenta-se no **Apêndice C** a revisão rápida voltada à identificação da produção científica existente que analisa resultados alcançados em relação à melhoria da qualidade dos serviços nos HUF após a gestão da Ebserh.

As evidências científicas demonstram que a Ebserh tem cumprido sua finalidade, apoiando as IFES na gestão dos HUF, que continuam com atendimento integralmente pelo SUS articulado às atividades de ensino, extensão, pesquisa e inovação em saúde, como previsto na EM e Lei de sua criação (Brasil, 2010b).

A expectativa de um modelo de gestão mais eficiente também foi evidenciada, em que pese alguns anos de gestão ainda se encontrarem abaixo da fronteira de eficiência técnica (Mayer et al., 2021). Corroboram para este entendimento de tendência de melhora todo o contexto analisado pelos pesquisadores, principalmente pelo enfrentamento de problemas diagnosticados (melhorias na infraestrutura física e tecnológica e de processos para atender às exigências dos órgãos de controle externo e do gestor local do SUS, incluindo a adoção de instrumentos de planejamento e monitoramento e a substituição gradativa de pessoal das fundações de apoio por empregados selecionados por concurso público) (Mayer et al., 2021).

Outros objetivos almejados com a estatal foram alcançados pelo que demonstram as evidências, tais como:

- a) prestação de serviços e atividades eminentemente públicos que estavam sendo terceirizados pelas fundações de apoio foram reassumidos pela Administração Pública;
- b) contratação de profissionais CLT por meio de concurso público (e via processo seletivo simplificado se temporária);
- c) cessão de servidores públicos que atuavam nos HUF para a Ebserh com ônus para a empresa;
- d) implantação de modelo de gestão administrativa, orçamentária e financeira por resultados, com controle de gastos mais efetivos, com instrumentos mais eficazes e transparentes de relacionamento entre os HUF e as IFES; e
- e) obtenção de ganhos de escala e especialização nos processos de compras, em processos finalísticos, na aquisição e disseminação de tecnologias e na gestão de pessoas, com a gestão integrada de vários HUF.

Alguns objetivos esperados com a Ebserh na EM não foram abordados nos estudos como a análise da compatibilidade do regime de remuneração e de gestão de pessoal com a realidade do setor e do resgate da autonomia das IFES. Muitas das intenções dos gestores com a Ebserh se relacionavam ao aprimoramento de capacidades técnico-administrativas dos HUF, o que é refletido na produção científica, que aponta, em sua maioria, capacidades (des)ativadas como resultados

alcançados após a gestão da estatal. Poucos são os indicadores mensurados em termos efetivos das dimensões da qualidade em saúde.

Os resultados na melhoria da qualidade dos HUF após a gestão da Ebserh, apontados na literatura científica, envolvem principalmente a melhora na eficiência técnica, a ampliação da oferta de serviços, a redução do tempo de permanência e a otimização da ocupação hospitalar (Abbade, 2022; Dalcin; Lunardi; Barcelos, 2021; Mayer et al., 2021; Sales; Peixe, 2020).

Em que pese a reduzida abrangência dos resultados identificados, foi possível identificar o aprimoramento de capacidades estatais que possuem potencial para corroborar com melhorias em todas as dimensões da qualidade em saúde (recomposição da força de trabalho, ampliação da capacidade orçamentária e financeira, modernização da infraestrutura e parque tecnológico, institucionalização de práticas de monitoramento e avaliação, fortalecimento de habilidades gerenciais e político-relacionais, aprimoramento das práticas de engajamento social e cooperação em redes). Importante observar que outros resultados podem ter sido alcançados com a gestão da Ebserh, embora não tenham sido objeto de análise dos estudos científicos identificados nesta pesquisa. Como já apresentado nesta tese, o enfoque dos estudos tem sido na produção assistencial, avaliando principalmente eficiência e efetividade, não se atendo às dimensões de cuidado seguro, equitativo, oportuno e centrado no usuário. Futuros estudos poderão se debruçar nessas lacunas já identificadas.

A melhoria da qualidade do cuidado em saúde na Rede Ebserh pode ser explicada pela congruência de resultados, considerando que diferentes arranjos de implementação, forjados em contextos político-institucionais específicos, ativaram ou desativaram capacidades estatais, resultando em diferentes padrões de desempenho. Isso demonstra que a efetividade das políticas públicas depende não apenas do desenho formal da ação estatal, mas também da forma como os arranjos de implementação são constituídos e como as capacidades estatais são ativadas (Pires; Gomide, 2016, 2024). Em uma tentativa de diferenciar capacidades (des)ativadas, resultados e impactos em relação à melhoria da qualidade identificados, arranjos de implementação e inferências causais, apresenta-se o **Quadro 25**.

**Quadro 25** – Explicação da congruência de resultados: análise de ativação de capacidades dos HUF pelos arranjos de implementação após a Ebserh

Arranjos de implementação		Inferências causais	Capacidades (des)ativadas	Resultados alcançados**
Grupos de atores	Instrumentos			
Poder Executivo Federal e unidades vinculadas; Instituições acadêmicas, de pesquisa e inovação; Associações, sociedade civil e sociedades de classes profissionais	Implementação de novos instrumentos de governança e aprimoramento dos existentes (+). Contrato de Gestão, Concurso Público, Contrato de trabalho CLT, ACT, Enare, Contrato de Residência, Termo de Cessão de RJU.	Indução de conformidade legal. Gestão estratégica (contratualização por resultados).	Técnico-administrativas	<p><b><u>Dimensões da qualidade em saúde:</u></b></p> <p>a) <b><u>Cuidado oportuno:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– aumento de procedimentos hospitalares (consultas e exames) (+);</li> <li>– redução de mamografias, tomografias e ultrassonografias (-);</li> <li>– aumento de ressonâncias magnéticas (+);</li> <li>– aumento de cirurgias (+)*;</li> <li>– aumento de internações (+)*;</li> </ul> <p>b) <b><u>Eficiência:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– melhoria na eficiência técnica (+);</li> <li>– redução do tempo médio de permanência das internações (+); e</li> <li>– aumento da taxa de ocupação hospitalar (+);</li> </ul> <p>c) <b><u>Efetividade:</u></b></p>
Secretarias e Conselhos de Saúde	Contrato de objetivos, Instrumentos formais de contratualização, AIH. Fortalecimento da gestão estratégica (+). Melhorias nas ações administrativas, na gestão de compras e estoque (+).	Gestão estratégica (contratualização por resultados). Construção de parcerias e aprendizagem em redes (cooperação intra e intergovernamental)		
Setor produtivo, varejo e distribuição	Regimento de Compras e Contratos, Contrato com fornecedores	Gestão estratégica. Construção de parcerias e aprendizagem em redes.		
			<p><b><u>Recursos humanos</u></b></p> <p>a) Aumento de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– médicos e outros profissionais CLT (+); e</li> <li>– residentes médicos, multiprofissionais e totais (+);</li> </ul> <p>b) Redução de trabalhadores RJU (?).</p> <p>c) Piora nas relações de trabalho (-).</p> <p>d) Aumento do afastamento de funcionários RJU por licença médica (-).</p>	
			<p><b><u>Recursos financeiros</u></b></p> <p>a) Aumento das receitas de contratualização* (+).</p> <p>b) Redução da rejeição de contas (+).</p> <p>c) Aumento do valor total das AIH (+).</p> <p>d) Melhor resultado financeiro sem REHUF* (+).</p> <p>e) Sem diferença significativa na receita REHUF.</p> <p>f) Melhorias na gestão de estoque (+).</p> <p>g) Aumento do volume de recursos por emendas parlamentares (+).</p>	
			<p><b><u>Recursos tecnológicos</u></b></p> <p>a) Aquisição de novos equipamentos* (+).</p> <p>b) Melhorias na infraestrutura e no parque tecnológico (+).</p> <p>c) Aumento de leitos e salas cirúrgicas (+).</p> <p>d) Melhorias no acompanhamento do paciente com o AGHU (+).</p>	

Arranjos de implementação		Inferências causais	Capacidades (des)ativadas	Resultados alcançados**
Grupos de atores	Instrumentos			
Poder Executivo Federal e unidades vinculadas	Documentos da qualidade, sistemas de gestão da qualidade, Dados abertos, Comissões de Avaliação da Qualidade, Vigihosp, Paineis BI. Padronização de protocolos assistenciais (+).	Indução de conformidade legal. Fomento à cultura de qualidade e segurança	<u>Estratégias de monitoramento e avaliação</u> <ol style="list-style-type: none"> <li>Adoção de instrumentos de planejamento e monitoramento de metas e ações (+).</li> <li>Implantação do PGQuali, PESP, Programa Ebserh Gestão à Vista (+).</li> <li>Utilização de painéis BI (ex.: Painel de Gestão Estratégica) (+).</li> <li>Implementação do Vigihosp e Boletim Vigilância em Foco (+).</li> <li>Implementação (+) e posterior suspensão das avaliações externas da qualidade (-).</li> <li>Redução do número de pesquisas (-).</li> </ol>	– diminuição da redução da taxa média de mortalidade nas internações hospitalares (-).
Poder Executivo Federal e unidades vinculadas. Órgãos de controle	Enfoque no sigilo na Política de Divulgação de Informações (-).	Construção de parcerias e aprendizagem em redes (cooperação intra e intergovernamental)	<u>Publicação de dados abertos:</u> <ol style="list-style-type: none"> <li>51% das unidades da Rede Ebserh publicam dados abertos;</li> <li>854 conjuntos de dados abertos;</li> <li>35% de grau de alinhamento à PNDA, considerando toda a rede Ebserh, e 67%, considerando somente as unidades da rede que publicam dados abertos.</li> </ol>	
Congresso Nacional	Assessoria Parlamentar, Reuniões, Caderno de Sugestões de Emendas Parlamentares	Intermediação político-institucional	<u>Interações institucionalizadas entre atores</u> <ol style="list-style-type: none"> <li>Aprimoramento da articulação com os parlamentares, estratégia proativa de articulação com o Legislativo (+).</li> </ol>	
Associações, sociedade civil e sociedades de classes profissionais; Instituições acadêmicas, de pesquisa e inovação	Pesquisas de satisfação, conselhos, ouvidorias	Engajamento social	<u>Canais de participação social</u> <ol style="list-style-type: none"> <li>Levantamento de satisfação dos usuários, dos residentes, estudantes, reitores e superintendentes (+).</li> <li>Criação de espaços de escuta aos usuários (+).</li> <li>Baixa institucionalização de conselhos hospitalares com representação social (-).</li> <li>Participação social periférica nos processos decisórios (-).</li> </ol>	

Arranjos de implementação		Inferências causais	Capacidades (des)ativadas	Resultados alcançados**
Grupos de atores	Instrumentos			
Instituições acadêmicas, de pesquisa e inovação; Secretarias e Conselhos de Saúde; Organismos internacionais e multilaterais	Acordos de Cooperação, reuniões, redes sociais. Criação de espaços de governança compartilhada nos hospitais (núcleos de governança, comitês executivos locais) (+). Maior integração com a SES, SMS e gestores locais (+).	Construção de parcerias e aprendizagem em redes	<u>Networking e articulações interinstitucionais</u> <ol style="list-style-type: none"> <li>Parcerias com universidades, secretarias de saúde e organizações sociais (+).</li> <li>Projetos colaborativos inter-HUF (+).</li> <li>Intercâmbio de boas práticas (+).</li> <li>Acordos de cooperação com organismos internacionais (+).</li> <li>Dispersão de iniciativas e descontinuidade por trocas na gestão ou falta de orçamento (-).</li> <li>Aprimoramento da relação com o gestor local do SUS (+).</li> </ol>	
Órgãos de controle	Relatórios de auditoria, acordãos	Indução de conformidade legal	<u>Mecanismos de articulação com órgãos de controle</u> <ol style="list-style-type: none"> <li>Maior aderência a recomendações dos órgãos de controle externo (recomposição da força de trabalho e instrumentos de monitoramento) (+).</li> <li>Atuação preventiva em casos críticos (+).</li> </ol>	
<b>Fatores relevantes de contexto</b>				
Restrição orçamentária (Emenda Constitucional nº 95/2016, congelamento dos investimentos em saúde e educação por 20 anos). Pressão acadêmica e dos movimentos sociais. Pandemia da Covid-19 e outras emergências de saúde pública. Inserção do HUF na rede de atenção à saúde e relação com gestor SUS.				

\*Efeito contrário em alguns HUF. \*\*O símbolo (+) indica efeito positivo, (-) efeito negativo e (?) indefinido, dependente de outros fatores de contexto.

Siglas: AIH: Autorização de Internação Hospitalar. BI: *Business Intelligence*. CGU: Controladoria Geral da União. HUF: Hospital Universitário Federal. PESP: Programa Ebserh de Segurança do Paciente. PGQuali: Programa de Gestão da Qualidade. REHUF: Programa de Reestruturação dos HUF. RJU: Regime Jurídico Único. SES: Secretaria Estadual de Saúde. SMS: Secretaria Municipal de Saúde. SUS: Sistema Único de Saúde. TCU: Tribunal de Contas da União. Vigihosp: Aplicativo de Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos Assistenciais Hospitalares.

Fonte: elaboração própria (2025) a partir de pesquisa documental e bibliográfica.

Como pode ser observado, as evidências apontam para ativação de capacidades após a gestão da Ebserh relacionadas a recursos humanos, financeiros e tecnológicos, estratégias de monitoramento e avaliação, *networking* e articulações interinstitucionais e mecanismos de articulação com órgãos de controle.

Desativação de capacidades estiveram também relacionadas a recursos humanos, bem como a estratégias de monitoramento e avaliação e canais de participação social. As capacidades relativas a dados abertos e interações institucionalizadas entres atores, embora importantes para o debate como potenciais influenciadoras nos resultados, não foram identificadas na revisão rápida, mas puderam ser mapeadas pelo inventário de estoque de capacidades. A associação dessas capacidades, junto a outros fatores, pode ter conduzido aos resultados de ampliação da produção hospitalar e da taxa de ocupação, melhoria da eficiência técnica, redução do tempo médio de permanência das internações e diminuição da redução da taxa média de mortalidade.

Para compreendermos como as interações entre atores e instrumentos contribuem para os resultados observados para melhoria da qualidade do cuidado em saúde, identificamos possíveis relações causais que podem explicar como arranjos institucionais remodelados pela Ebserh ativaram (ou inibiram) capacidades estatais. Um pouco desta análise de ativação de capacidades já foi realizada ao longo do inventário de estoque de capacidades (seções 10 e 11) e na discussão da revisão rápida (**Apêndice C**). Nesta parte da pesquisa, busca-se trazer mais elementos dos arranjos de implementação e evidências mecanicistas.

Infere-se que os resultados alcançados decorrem da interação de diferentes atores e instrumentos (arranjos de implementação) que propiciaram a ativação combinada de capacidades técnico-administrativas e político-relacionais e contribuíram para a reorganização dos processos de trabalho e o aprimoramento da gestão hospitalar e assistência à saúde. Como apresentado na seção 12, o sistema de governança dos HUF é complexo e envolve muitos atores que podem ser organizados em 10 grupos principais. Embora todos esses grupos e a maioria das entidades que deles fazem parte já existisse antes da Ebserh e interagisse de alguma forma com os HUF, a entrada da estatal nesse sistema remodelou os arranjos institucionais, alterando a interação dos atores, adequando instrumentos existentes e criando outros, e produzindo efeitos por meio de variados mecanismos. Como apontam Capano, Howlett e Ramesh (2015), diferentes arranjos institucionais e instrumentos de coordenação produzem diferentes capacidades, as quais são elementos críticos ao alcance dos objetivos e efetividade das políticas públicas.

De forma geral, infere-se que a mobilização de recursos, qualificação de processos e o fortalecimento de vínculos interinstitucionais conformam uma trajetória de melhoria da qualidade centrada na reorganização dos arranjos de implementação. Embora essas inferências mecanicistas estejam identificadas no **Quadro 25** direcionados à ativação de determinadas capacidades e grupos de atores, elas se associam, muitas vezes, à ativação de múltiplas capacidades. Elas também se somam para produção de seus efeitos. Ademais, a ativação de determinada capacidade pode acabar por desencadear a ativação de outra, em um círculo virtuoso de aprimoramento. Assim, os efeitos da atuação da Ebserh sobre a qualidade do cuidado não são determinados apenas por sua existência formal, mas pelas relações dinâmicas entre atores, instrumentos e contextos, que moldam a trajetória de implementação da política pública.

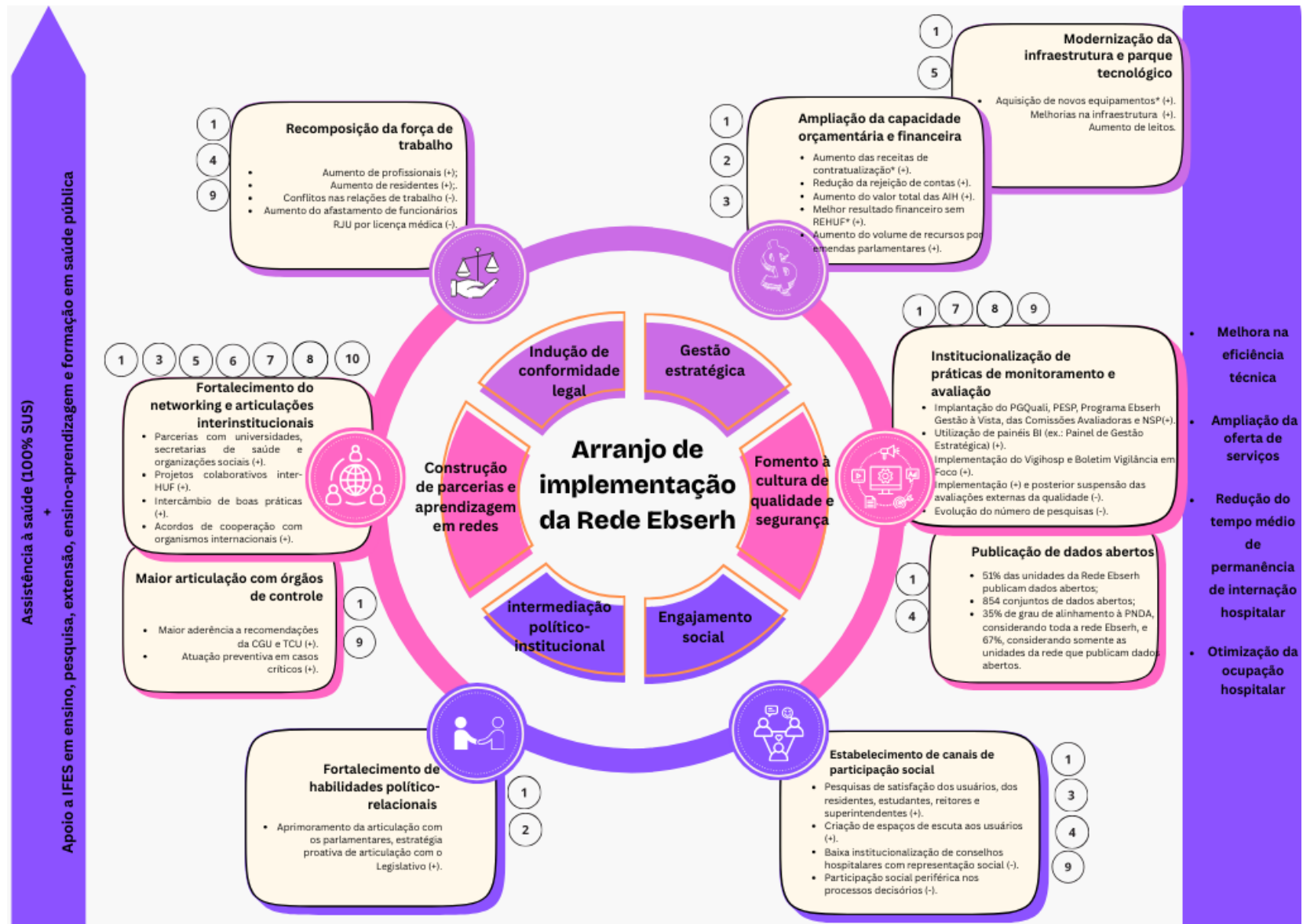
A **Figura 19** sintetiza o arranjo de implementação da Rede Ebserh a partir do método de congruência de resultados, evidenciando como determinados instrumentos e atores ativam (ou desativam) capacidades estatais nos HUF. A faixa lateral esquerda indica a finalidade da Ebserh – garantir assistência integral 100% SUS associada ao ensino, pesquisa e formação em saúde pública –, enquanto a faixa lateral direita apresenta os resultados alcançados após a adoção do novo modelo de governança. O núcleo central do diagrama representa o arranjo de implementação propriamente dito, formado por atores e pelos instrumentos por eles utilizados para mobilizar recursos, coordenar ações e induzir comportamentos.

A segunda camada central (camada intermediária) destaca as seis inferências causais que podem explicar os resultados observados: 1) indução de conformidade legal; 2) gestão estratégica, incluindo a contratualização por resultados; 3) construção de parcerias e aprendizagem em redes; 4) fomento à cultura de qualidade e segurança; 5) intermediação político-institucional; e 6) engajamento social (**Figura 19**). Essas inferências podem ser compreendidas como dispositivos indutores que articulam competências técnicas, organizacionais e político-relacionais, que possibilitaram o alinhamento de objetivos e a consolidação de práticas.

Os quadros externos ao círculo central ilustram as capacidades ativadas ou desativadas por meio desses dispositivos. Os números ao redor desses quadros indicam os grupos dos principais atores dos arranjos envolvidos na (des)ativação de capacidades.



**Figura 19** – Análise de inferências causais e ativação de capacidades dos HUF pelos arranjos de implementação após a Ebserh e resultados alcançados



Fonte: elaboração própria (2025) a partir de pesquisa documental e bibliográfica.

Siglas: AIH: Autorização de Internação Hospitalar. BI: *Business Intelligence*. CGU: Controladoria Geral da União. HUF: Hospital Universitário Federal. PESP: Programa Ebserh de Segurança do Paciente. PGQuali: Programa de Gestão da Qualidade. REHUF: Programa de Reestruturação dos HUF. RJU: Regime Jurídico Único. SES: Secretaria Estadual de Saúde. SMS: Secretaria Municipal de Saúde. TCU: Tribunal de Contas da União. Vigihosp: Aplicativo de Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos Assistenciais Hospitalares.

\*Explicação do diagrama: A faixa lateral esquerda indica a finalidade/objetivo da Ebserh e a faixa lateral direita os resultados alcançados pelos HUF após a gestão da Ebserh segundo revisão rápida. A parte central representa o arranjo de implementação da Rede Ebserh, formado pelos atores e instrumentos que utilizam para mobilizar suas ações. A segunda camada central indica os mecanismos promovidos por esses arranjos. Os quadros associados apresentam as capacidades técnico-administrativas e político-relacionais (des)ativadas por meio desses mecanismos. O símbolo (+) indica efeito positivo e (-) efeito negativo. Os números indicam os grupos dos principais atores dos arranjos envolvidos na (des)ativação de capacidades: 1) Poder Executivo Federal e unidades vinculadas; 2) Congresso Nacional; 3) Secretarias e Conselhos de Saúde; 4) Associações, sociedade civil e sociedades de classes profissionais; 5) Setor produtivo, varejo e distribuição; 6) Unidades da Rede de Atenção à Saúde; 7) Entidades de apoio operacional; 8) Instituições acadêmicas, de pesquisa e inovação; 9) Órgãos de controle; e 10) Organismos internacionais e multilaterais. Os principais instrumentos envolvidos incluem: Arquitetura Organizacional, Colegiados Internos, Ferramentas de gestão estratégica, Instrumentos normativos, Contratos (de Gestão, de objetivos, de trabalho CLT, de Residência, com fornecedores), Instrumentos formais de contratualização, Concurso Público, Termo de Cessão, ACT, Enare, Greve, ouvidorias, Termos e Acordos de Cooperação Técnica, Relatórios de auditoria, acórdãos.

A primeira inferência causal relaciona-se à **indução de conformidade legal**, desencadeada principalmente pelas auditorias do TCU nos HUF, que propiciou principalmente a recomposição da força de trabalho, a ampliação da capacidade orçamentária e financeira, a modernização da infraestrutura e do parque tecnológico e a institucionalização de práticas de monitoramento e avaliação.

Como apontam Mayer et al. (2021), a tendência de melhoria da eficiência técnica no HUSM-UFSM após a gestão da Ebserh pode estar relacionada à equalização dos macroproblemas diagnosticados para atender às exigências dos órgãos de controle externo e do gestor local do SUS. Esses macroproblemas e mudanças propiciadas estavam associados ao quadro de pessoal (substituição gradativa do pessoal contratado por meio da FATEC e nomeação de pessoal efetivo, mediante concurso para provimento de vagas), à infraestrutura física e tecnológica (aprimoramento do parque tecnológico) e aos processos organizacionais (adoção de instrumentos de planejamento e monitoramento de metas e ações).

Abbade (2022) sugere que o aumento do quantitativo de pessoal, um dos principais propósitos da Ebserh, foi uma das causas principais a desencadear o aumento expressivo na produção hospitalar, já que os HUF estavam muito defasados em termos de força de trabalho. Outros estudos (Graziotin, 2022; Mayer et al., 2021) também destacam a recomposição da força de trabalho como um dos principais pontos para o impacto da gestão da Ebserh na produção hospitalar e na eficiência.

No entanto, esse mecanismo também apresenta limites: embora haja recomposição do quadro de pessoal por meio de concursos públicos e aumento da capacidade instalada (leitos, tecnologia), há evidências de que nem sempre ocorre aumento proporcional de internações ou procedimentos, ou que em determinados períodos a eficiência medida decresce, possivelmente por fatores como questões orçamentárias, limitações contratuais ou pela complexidade inerente à assistência hospitalar pública (limites de procedimentos e de pagamentos estabelecidos na contratualização com o gestor SUS). Mayer et al. (2021) identificaram que nos anos posteriores à reorganização do HUSM (2013-2015) houve queda no quantitativo de internações e procedimentos, mesmo com melhorias estruturais e processuais. Os achados apontam ainda para a limitação de estudos puramente quantitativos para avaliação de implementação de intervenções complexas. Outros mecanismos e fatores relevantes de contexto podem ter influenciado os resultados alcançados.

A segunda inferência causal refere-se à **gestão estratégica**, incluindo a contratualização por resultados e outros dispositivos implementados pela Ebserh, como o Planejamento Estratégico e a padronização de processos, que visam qualificar a gestão e a oferta de serviços (Grazziotin, 2022). Dalcin et al. (2021) reforçam que a estatal implementou uma lógica empresarial como padrão de gestão, focada na produtividade e eficiência. Teixeira et al. (2018) reconhecem que os métodos de gerenciamento introduzidos pela empresa se aproximam aos da iniciativa privada. Abbade (2022) afirma que esse modelo, centrado em uma postura gerencial, gerou melhorias de performance. Como aponta Santos (2025), a contratualização com o Gestor SUS, após as diretrizes estabelecidas pelo MS e pactuações junto à Ebserh, também se demonstrou eficaz na expansão da oferta de serviços da alta complexidade.

A terceira inferência causal associa-se ao **fomento à cultura de qualidade e segurança** que propiciou a institucionalização de práticas de monitoramento e avaliação e, em menor medida, a publicação de dados abertos. A cultura de qualidade e segurança do paciente compreende um conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que orientam o compromisso com a qualidade em saúde e segurança. Ao invés de culpabilizar ou punir, privilegia-se a aprendizagem com as falhas para aperfeiçoar continuamente o cuidado prestado (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2013).

A promoção de uma cultura de qualidade e segurança é reconhecida mundialmente como essencial para a melhoria contínua nos serviços de saúde, incluindo a redução de riscos e eventos adversos, o que se traduz em um cuidado de alta qualidade e fortalece a credibilidade do serviço (World Health Organization, 2021). O PNSP considera a promoção dessa cultura uma de suas principais estratégias (Brasil, 2013a).

Uma dimensão chave da cultura de qualidade e segurança é a aprendizagem organizacional – melhoria contínua<sup>36</sup>, que pressupõe que os erros sejam convertidos em oportunidades de aperfeiçoamento e que as mudanças decorrentes sejam sistematicamente avaliadas quanto à sua efetividade (Gama, 2024). Isso demonstra uma conexão direta entre a cultura e as práticas de monitoramento e avaliação, como a implementação de sistemas de gestão da qualidade e de

---

<sup>36</sup> As outras dimensões da cultura de segurança que compõem a Avaliação Nacional da Cultura de Segurança do Paciente incluem abertura para comunicação, feedback e comunicação sobre erros, frequência de eventos relatados, problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços, apoio da gerência do hospital para segurança do paciente, resposta não punitiva para erros, percepção de segurança, dimensionamento de pessoal, expectativas e ações da chefia/supervisão que favorecem a segurança do paciente, trabalho em equipe entre unidades e trabalho em equipe na unidade/serviço (Gama, 2024).

programas de segurança do paciente e o monitoramento de indicadores de desempenho para embasar a tomada de decisão. Tais práticas fornecem dados que permitem aos gestores implementar estratégias (como a gestão de leitos via NIR ou o uso de tecnologias) que resultam em melhorias tangíveis, como a redução do tempo de permanência, o aumento do giro de leitos, a ampliação do acesso (aumento de internações e consultas) e, conseqüentemente, uma maior eficiência técnica e sustentabilidade para a instituição hospitalar (Lima et al., 2023).

A quarta inferência causal refere-se ao **engajamento social**, o qual pode ser entendido como o conjunto de instrumentos e processos por meio dos quais usuários, estudantes, trabalhadores e organizações da sociedade civil participam ativamente da formulação, implementação, monitoramento e avaliação de políticas, programas e serviços nos HUF. Embora identificado ainda como incipiente na Rede Ebserh, algumas iniciativas para o estabelecimento de canais de participação foram identificadas, como conselhos de saúde, ouvidorias, pesquisas de satisfação e espaços de escuta aos usuários, com o objetivo de fortalecer a legitimidade, a responsividade e a qualidade dos serviços. Instrumentos mais avançados, de envolvimento ativo e parceria, como a participação de pacientes em comitês de qualidade, conselhos consultivos ou projetos de melhoria, ainda são menos frequentes. Esse engajamento pressupõe, além da consulta aos cidadãos, o diálogo, coprodução de soluções, corresponsabilização e troca de saberes, criando condições para maior transparência e controle social e para que políticas sejam mais ajustadas às necessidades reais dos usuários.

Apesar de não identificado explicitamente como possível causa nos estudos avaliados, compreende-se que o engajamento social pode influenciar os resultados na melhoria da qualidade nos HUF. Como argumenta Saut (2021), o engajamento de pacientes e familiares na gestão da qualidade é reconhecido por sua complexidade e dificuldade de demonstrar os resultados alcançados. Ainda assim é uma estratégia poderosa para a melhoria da qualidade, pois permite direcionar as ações para o que realmente importa aos pacientes, identificar problemas que os profissionais podem não perceber e propor soluções diferentes. A ideia central é dar voz, ouvir e tornar os pacientes e seus familiares participantes ativos tanto no seu próprio tratamento quanto na gestão da qualidade e segurança dos serviços (Saut, 2021).

O engajamento das equipes assistenciais (valorização das equipes, escuta qualificada, reconhecimento e inclusão) também está associado a avanços concretos na qualidade do cuidado. Segundo Lima et al. (2025), lideranças engajadas e ambientes de trabalho saudáveis estão

diretamente ligados a uma menor incidência de erros, melhor trabalho em equipe e maior satisfação dos pacientes.

A **intermediação político-institucional** representa a quinta inferência causal que corrobora para o fortalecimento de habilidades político-relacionais, para a ampliação da capacidade orçamentária e financeira e, conseqüentemente, para a modernização da infraestrutura física e tecnológica. A capacidade de articulação com o Legislativo é determinante para a implementação de políticas em sistemas presidencialistas de coalizão, como o brasileiro.

O aprimoramento das articulações com o Legislativo efetivou-se como uma via concreta para captação de recursos orçamentários (ex.: programas como o REHUF, PRHOSUS e Novo PAC que necessitam de alinhamento e aprovação legislativa para sua continuidade e dotação orçamentária) e emendas parlamentares (Ebserh, 2023a). Os recursos obtidos foram aplicados principalmente em reformas, aquisição de equipamentos e novas obras, favorecendo a institucionalização de políticas, o alinhamento regulatório e a efetividade das ações do Executivo no âmbito dos HUF, possibilitando, por exemplo, a adequação da infraestrutura para um cuidado de maior qualidade (Ebserh, 2024b, 2024a).

A sexta inferência causal é atribuída à **construção de parcerias e aprendizagem em redes** que envolveu o fortalecimento do *networking* e articulações interinstitucionais e a maior articulação com órgãos de controle. Uma das principais premissas da Ebserh é a estruturação dos HUF numa lógica de rede interorganizacional. Como discute Abbade (2022), essa abordagem visa promover elevada sinergia interorganizacional e o intercâmbio de conhecimento e experiências. Na perspectiva administrativa, também possibilita planejamento conjunto de compras públicas, permitindo otimizar processos e recursos, gerando economia e padronização. A troca de informações e práticas bem-sucedidas entre as unidades é fundamental para elevar o nível geral de eficiência dos HUF.

A melhoria da qualidade em saúde também depende de parcerias que transcendem a própria Rede Ebserh, envolvendo diferentes níveis de governo e a sociedade civil. As ações para uma prestação de serviços de assistência à saúde qualificada no âmbito do SUS são responsabilidades conjuntas da União, estados, DF e municípios, que devem atuar de forma colaborativa na RAS para gerar complementaridade (Brasil, 2024a). O fortalecimento dessas relações e da participação social podem impactar positivamente no acesso de qualidade. O Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente também enfatiza que a colaboração entre parceiros (governos, serviços de saúde e

outros stakeholders) agrega valor aos esforços de segurança do paciente (World Health Organization, 2021).

Diante do exposto, o diagrama demonstra que a melhoria da qualidade do cuidado em saúde nos HUF da Rede Ebserh resulta de um conjunto articulado de mecanismos que ativam, tensionam e reconfiguram capacidades estatais em múltiplas dimensões. Em conjunto, as inferências causais revelam que:

- a) capacidades técnico-administrativas foram fortalecidas sobretudo por contratos de gestão, concursos e planejamento estratégico, fomento à cultura de qualidade, ainda que de forma parcial; e
- b) capacidades político-relacionais foram ativadas pela cooperação intergovernamental, pela construção de redes e pela intermediação com o Legislativo, mas ainda permaneceram limitadas, com baixa institucionalização da participação social.

Importante considerar ainda a existência de fatores relevantes de contexto que atuam como mecanismos inibidores – como resistências acadêmicas, desalinhamentos entre diretrizes centrais e prioridades locais, e limitações na institucionalização da participação social – que evidenciam que os efeitos da gestão da Ebserh sobre a qualidade do cuidado derivam de uma dinâmica complexa, na qual os avanços são condicionados por aspectos contextuais relevantes. O desafio futuro está em consolidar arranjos sustentáveis de governança, capazes de articular mecanismos de coordenação, cooperação e aprendizado de forma contínua.

## **14 INTERAÇÕES QUE TRANSFORMAM: reconfigurações do arranjo de implementação ao longo do tempo e ativação de capacidades**

A análise de congruência de resultados alcançados com a Ebserh em relação à melhoria da qualidade nos HUF também pode ser conduzida em perspectiva histórica, uma vez que a ativação de capacidades estatais está diretamente condicionada ao contexto político, orçamentário e aos arranjos de governança estabelecidos entre a estatal, o MEC, o MS, as IFES e os demais atores do SUS, SNCTIS e Sistema de Educação. A trajetória institucional da empresa revela como diferentes governos federais reconfiguraram os arranjos de implementação, moldaram as capacidades dos HUF e induziram melhorias na qualidade do cuidado em saúde.

### **14.1 Governos Dilma Rousseff (2011–2016)**

A criação da Ebserh, em 2011, representou um ponto de inflexão na trajetória dos HUF ao propor um novo modelo de gestão hospitalar baseado em eficiência (Brasil, 2011b), apontando uma resposta à crise multifatorial que essas instituições enfrentavam ao longo de décadas, marcada por fragilidades estruturais, dificuldades na gestão administrativa, precarização de vínculos de trabalho e gestão orçamentária fragmentada. Essa iniciativa expressava, portanto, uma tentativa de recompor a capacidade estatal de provisão do Estado no setor hospitalar público federal, por meio da execução de serviços via estrutura organizacional especializada, respaldada por modelo jurídico empresarial público.

Nesse interim, identifica-se a primeira inferência causal, que está relacionada à indução de conformidade legal, desencadeada principalmente pelas auditorias do TCU nos HUF. O poder de atuação deste órgão, autônomo e independente, frente aos atores do Poder Executivo Federal e unidades vinculadas induziu à procura de uma solução para reestruturação dos HUF e resolução da questão emblemática de precarização das relações de trabalho via fundações de apoio. A atuação desses atores junto ao Congresso Nacional possibilitou, então, que a solução identificada – a criação da Ebserh – pudesse ser aprovada. Nesse sentido, identifica-se o TCU como agente fiscalizador e indutor da formulação de políticas públicas de saúde e educação, aproximando-o de um *policy designer*.



A criação da Ebserh permitiu às IFES aderirem à estatal para gestão dos HUF, sobretudo para superar restrições de recursos humanos e financeiros. A manifestação de interesse das IFES em aderir à gestão da Ebserh deu início a um ciclo de planejamento institucional, incluindo estudo de dimensionamento de serviços e pessoal, elaboração de plano de reestruturação hospitalar e análise pelo MGI para autorização de concursos públicos.

A assinatura do contrato de gestão entre IFES e Ebserh consolidou o processo e viabilizou a realização de concursos públicos e a contratação de pessoal pelo regime celetista, recompondo e ampliando a força de trabalho dos HUF.

A articulação das IFES com a Ebserh direciona para outras duas inferências causais: a construção de parcerias e aprendizagem em redes, refletida na cooperação intra e intergovernamental para estabelecimento e execução dos contratos; e a gestão estratégica, operacionalizada por meio da contratualização por resultados para efetivar o novo modelo de gestão.

Além da indução pelo contrato de gestão entre IFES e Ebserh, esse movimento foi impulsionado pelo aprimoramento dos instrumentos de contratualização – celebrados entre HUF e SES ou SMS – e pelo uso estratégico dos recursos obtidos, resultando em alavancagem orçamentária, modernização gerencial, investimentos em infraestrutura e aquisição de tecnologias. Esse aprimoramento foi propiciado pelas orientações da Administração Central da Ebserh, com revisões dos instrumentos junto às equipes locais dos HUF e promoção de discussões com os gestores locais do SUS. Essa lógica é coerente com os estudos de Bresser-Pereira (1998), que associam a reforma gerencial do Estado à busca por eficiência e *accountability* via contratos de gestão e instrumentos de desempenho.

Com o desenvolvimento de uma estrutura formada por uma Administração Central (Ebserh Sede) que coordena múltiplas filiais (os HUF), foi possível estabelecer um eixo norteador único para seguimento por todos os HUF da Rede.

Foram, assim, ativadas principalmente capacidades técnico-administrativas inicialmente: a) criação e aprimoramento de instrumentos de coordenação intra e inter organizacionais, incluindo normativas (ex.: Estatuto Social; Regimento Interno da Administração Central; Plano de Cargos, Carreiras e Salários; Acordo Coletivo), contratos de gestão entre a Ebserh e as IFES, estruturas padronizadas de gestão e instrumentos diretivos de gestão da qualidade; b) ampliação de insumos; c) recomposição da força de trabalho, por meio da contratação de profissionais por concurso

público, reorganização das equipes e escalas; d) desenvolvimento de recursos tecnológicos, como o AGHU e o Vigihosp, e aquisição de computadores e equipamentos; e) implantação de estratégias de monitoramento e avaliação, como o PESP e a pesquisa de satisfação dos usuários (Ebserh, 2021); f) ampliação da capacidade financeira e orçamentária dos HUF, com aumento das receitas de contratualização, melhor performance na aprovação de contas e elevação dos valores autorizados em AIH.

O desenvolvimento do PESP, do Vigihosp, do AGHU e das pesquisas de satisfação estabeleceram as primeiras bases para o mecanismo de fomento à cultura de qualidade e segurança, fornecendo meios para institucionalizar processos de monitoramento, avaliação e melhoria contínua. Também fortaleceram a capacidade da Rede Ebserh de registrar informações assistenciais para orientar práticas voltadas à excelência do cuidado e à segurança do paciente. Por outro lado, as pesquisas de satisfação dos usuários revelaram um movimento inicial, embora tímido, do mecanismo de engajamento social.

Capacidades político-relacionais também foram ativadas, envolvendo articulações interinstitucionais com organismos multinacionais (ex.: OPAS, Unesco, Unops, Organização dos Estados Ibero-americanos) e parcerias com instituições externas (Capes, Universidade de São Paulo, HCPA, Consórcio de Saúde e Social da Catalunha, Hospital Sírio Libanês, Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia do Ministério da Saúde) para capacitações na Rede Ebserh nas áreas de gestão, pesquisa clínica, melhoria dos gastos e serviços de saúde (Brasil, 2015b). Durante a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional no Brasil, destaca-se ainda o acordo firmado com o MS para atuação dos HUF como centros colaboradores para enfrentamento da microcefalia (Brasil, 2016a).

Destacam-se ainda mecanismos de coordenação interinstitucional e articulação federativa por meio da criação de comitês executivos locais, padronização de protocolos, fortalecimento da gestão estratégica participativa e a maior integração com as SES e SMS, que favoreceram a produção de soluções colaborativas, a redução de conflitos operacionais e o alinhamento intergovernamental. Esses arranjos remetem à governança colaborativa, que enfatiza a importância da confiança, da interdependência e do engajamento contínuo entre os atores para alcançar resultados sustentáveis em políticas públicas complexas.

Nesse sentido, é possível inferir que a construção de parcerias e aprendizagem em redes também contribuiu como causa para o alcance de resultados pela estatal. A Ebserh e os HUF

consolidaram redes de cooperação com instituições acadêmicas, secretarias de saúde e organismos internacionais, gerando intercâmbio de práticas, projetos colaborativos e padronização de protocolos. Esse mecanismo ativou capacidades político-relacionais e de gestão em rede, favorecendo a disseminação de boas práticas e a criação de arranjos inovadores de governança. Nos HUF, essa aprendizagem em redes fortaleceu a integração ensino-serviço, ampliou a circulação de conhecimento e abriu espaço para internacionalização por meio de acordos de cooperação.

Nesse período, os arranjos de implementação se caracterizaram por forte centralização estratégica, com padronização de processos e fortalecimento da capacidade de coordenação nacional. A assinatura dos primeiros contratos de gestão entre a Ebserh e as IFES e o estabelecimento de diretrizes unificadas para os HUF possibilitaram a implementação de políticas de recursos humanos, financeiros e tecnológicos, que associados às demais capacidades ativadas (estratégias de monitoramento e avaliação e capacidades político-relacionais), traduziram-se em aumento da capacidade instalada e ampliação do escopo assistencial (aumento de consultas, exames, internações e cirurgias), que contribuíram diretamente para ganhos nas dimensões de oportunidade, efetividade (redução do tempo médio de permanência de internação hospitalar) e eficiência técnica.

No entanto, observa-se a atuação simultânea de um mecanismo de tensão institucional: a coexistência de regimes de contratação distintos (RJU e CLT) e a sobrecarga de trabalho, que resultaram no aumento de afastamentos por licença médica entre servidores do RJU, configurando um fator de desativação de capacidades relacionadas à gestão do trabalho. Essa tensão reflete o que Lipsky (1980) descreve como as contradições enfrentadas pelos *street-level bureaucrats*, especialmente quando submetidos a regras ambíguas e estruturas fragmentadas de autoridade.

## 14.2 Governo Michel Temer (2016–2018)

Com a adoção de uma política fiscal austera, principalmente após a aprovação da Emenda Constitucional nº 95/2016, a Rede Ebserh passou a operar em ambiente de contenção de recursos e racionalização de despesas. A atuação da Ebserh junto aos HUF introduziu a lógica de gestão estratégica como mecanismo central para orientar as ações e o uso de recursos. A empresa priorizou o aprimoramento de processos internos, consolidando práticas de planejamento estratégico, metas

e monitoramento. Apesar das limitações financeiras, houve continuidade na atuação em HUF já vinculados, com foco na eficiência da execução.

Nesse período, as auditorias do TCU nos HUF continuaram a surtir efeitos indutores da melhoria da qualidade nessas instituições. Como exemplo, cita-se a criação do PGQuali em 2018 pela Ebserh, associado ao objetivo de “melhorar o ensino, pesquisa, extensão e a assistência por meio da excelência do campo de prática e gestão hospitalar eficiente” (Ebserh, 2018), em atendimento às recomendações do Acórdão nº 1610 (Brasil, 2013b). Outras estratégias de monitoramento e avaliação foram mobilizadas, por meio da valorização de instrumentos de planejamento, pactuação de metas, indicadores de desempenho, gestão de riscos e controles internos e criação de programas voltados especificamente para a gestão da qualidade (Ebserh, 2022a).

A implantação do PGQuali na rede Ebserh ocorreu de forma interativa e participativa entre as equipes dos HUF e da administração central da empresa em um processo inovador de escuta ativa, troca de experiências e construção coletiva em plataformas digitais. Esse processo iniciou-se em 2018 com o reconhecimento da importância da avaliação da qualidade pela alta gestão da Ebserh, incluindo-a como um dos projetos prioritários da estatal no Plano Estratégico de 2018-2023 e elaborando as diretrizes, requisitos e orientações para execução do programa (Ebserh, 2018). No Mapa Estratégico da Ebserh de 2018, a qualidade e a segurança assistenciais foram apresentados dentre os direcionadores estratégicos (Ebserh, 2018), indicando com mais clareza e de forma mais institucionalizada o fomento à cultura de qualidade e segurança.

A adoção do PGQuali, juntamente ao PESP, ao Programa Ebserh Gestão à Vista e ao Vigihosp, implementados no governo anterior, possibilitou ampliar o monitoramento contínuo dos processos de assistência à saúde. Essas iniciativas têm fortalecido as capacidades para registro de dados, bem como a capacidade decisória das unidades hospitalares, aproximando-se das recomendações internacionais de que a melhoria da qualidade em saúde depende de sistemas robustos de informação e governança (OECD, 2018; WHO, 2020). Como aponta a OMS (2021), a ativação de capacidades técnico-administrativas para gestão da qualidade contribui para o alcance de melhorias da qualidade do cuidado em saúde de forma geral.

A atuação preventiva em situações críticas também contribuiu para a conformação de uma cultura organizacional mais orientada à integridade e ao cumprimento de normativas. O

gerenciamento de riscos e o monitoramento de resultados envolvem dimensões cada vez mais valorizadas nos marcos de “boa governança pública” (Brasil, 2021a).

O PDA da Ebserh, atualizado em 2018, também contribuía para que estratégias de monitoramento e avaliação pudessem ser definidas com base nos dados disponibilizados, bem como para o aprimoramento dos canais de participação social.

A promulgação da Lei das Estatais (Lei nº 13.303, de 2016), ao impor exigências de conformidade administrativa, como regras detalhadas de licitação, exigências de conselhos e critérios para nomeação de dirigentes, demandou da Ebserh o aprimoramento de práticas de governança corporativa, que foram gradualmente incorporadas ao longo dos anos posteriores (Ueda; Pereira, 2024). Além das alterações no Estatuto Social, foram publicados o Regulamento de Licitações e Contratos da Ebserh, os Regimentos Internos da Administração Central da Ebserh e do Conselho de Administração, o Código de Ética e Conduta da Ebserh, entre outros instrumentos normativos e orientativos relacionados à infraestrutura (Ebserh, 2021).

O estabelecimento de contratos com fornecedores, regulamentos de compras e pactuações de investimentos promoveu a ativação de capacidades técnico-administrativas voltadas à gestão de recursos tecnológicos. Isso se traduziu em modernização da infraestrutura hospitalar, aquisição de equipamentos e maior integração dos processos logísticos.

O desenvolvimento de recursos tecnológicos aprimorou a área do ensino, com a disponibilização para os HUF do Sistema de Informações Gerenciais dos Programas de Residências da Rede Ebserh (SIG-RES) e a plataforma de pesquisa em saúde UpToDate, além de trazer contribuições para o público geral, com o novo sistema de ouvidoria e-OUV (Ebserh, 2021).

A valorização do ensino para o desenvolvimento de recursos humanos também pode ser evidenciada com o lançamento de programas de incentivo à graduação e à pós-graduação e de programas de mestrado profissional, incluindo parcerias com HCPA (Pesquisa Clínica) e UFRN (Gestão e Inovação em Saúde), que seguiram no governo seguinte com a inclusão de outras linhas e instituições (Fiocruz – Políticas Públicas em Saúde, e Enap) (Ebserh, 2021).

No que tange a capacidades político-relacionais, destaca-se, no período, a assinatura de acordo entre a Ebserh e a Associação dos Diretores Gerais dos Centros Hospitalares Regionais e Universitários da França para troca de experiências entre os HUF do Brasil e hospitais da França (Ebserh, 2017).

Nesse período, o novo contexto de austeridade e a promulgação da EC nº 95/2016 induziram arranjos focados na racionalização de custos e incremento da governança interna. A ativação de capacidades se concentrou na internalização de estratégias de monitoramento e avaliação, como o PGQuali, com ênfase na mensuração de resultados, embora a limitação de recursos tenha dificultado a sustentação de melhorias mais estruturantes.

### **14.3 Governo Jair Bolsonaro (2019–2022)**

Com o slogan “Ebserh é MEC”, os aspectos relacionados ao ensino, extensão, pesquisa e inovação foram destacados. A gestão desta temática, antes congregada em uma Coordenadoria na Vice-Presidência da Ebserh, passou a fazer parte da então formatada Depas. Novos sistemas foram implantados, como o Sistema REDCap e o Sistema de Estágio de Residência da Rede Ebserh (Ser Rede). Pela primeira vez, foi realizada a pesquisa nacional de satisfação dos residentes dos HUF, trazendo o olhar para esses usuários (Ebserh, 2019). Nesse sentido, também foi desenvolvido o Exame Nacional de Residência (Enare), que teve sua primeira aplicação em 2020, e estabelecido Termo de Cooperação com o CNPq para realização do Programa de Iniciação Científica da Ebserh (Ebserh, 2021).

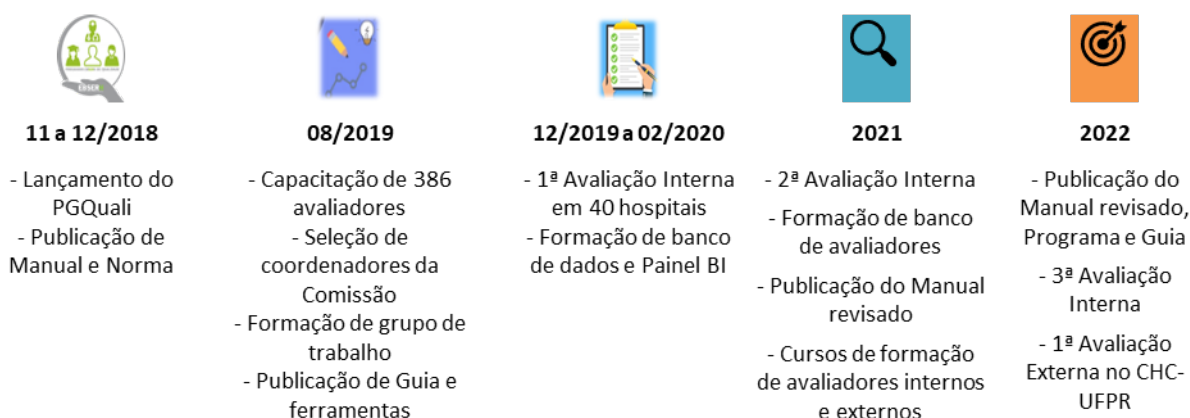
A padronização de processos e o estímulo para o trabalho em rede foram norteadores desta gestão, com a inclusão de parceiros para o apoio operacional, como a Unops e a Unesco. O enfoque no controle interno também pode ser evidenciado pela publicação de nova versão do Código de Ética e Conduta da Ebserh, da Política de Proteção de Dados Pessoais e de cartilhas sobre assédio moral e sexual, bem como pela integração da empresa ao Programa Nacional de Prevenção à Corrupção.

Entretanto, nesse período, identifica-se que o PDA da Administração Central da Ebserh deixou de ser publicado no portal eletrônico do governo federal, com o entendimento de que a estatal, sendo pertencente à administração pública indireta, não precisaria seguir o regramento da PNDA. Esse comportamento atuou como desativador de capacidades técnico-administrativas na Rede Ebserh, fazendo com que boa parte (49%) dos HUF também deixassem de publicar dados abertos e que os que publicam não atendessem a todos os princípios da PNDA.

No âmbito do PGQuali, seguiu-se, em 2019, com a capacitação de avaliadores internos, seleção de coordenadores das Comissões de Avaliação, instauração de grupo de trabalho com

representantes de todos os HUF e desenvolvimento de ferramentas de gestão da qualidade aplicáveis aos HE, incluindo modelos de roteiro, relatório de avaliação e plano de ação. Em 2020, todos os 40 HUF da Rede Ebserh à época concluíram a primeira AVAQualis, indicando, grosso modo, 100% de implantação do PGQuali na Rede (Silva et al., 2022). Nos anos subsequentes, seguiu-se com as AVAQualis anuais. Já a visita piloto da avaliação externa estava prevista para 2020, mas precisou ser adiada para 2022 em decorrência da pandemia de covid-19 (**Figura 20**).

**Figura 20** – Implantação do Programa Ebserh de Gestão da Qualidade na Rede de HUF



Fonte: elaboração própria (2025).

O rastreamento de processos demonstra que o PGQuali avançou de um estágio inicial de padronização normativa e capacitação de avaliadores internos para uma lógica de institucionalização da avaliação em rede, culminando com a realização da AVAQualis em todos os HUF, estratégia que se manteve perene. O movimento evidencia a adoção de instrumentos de gestão da qualidade que favorecem o aprendizado organizacional e o monitoramento contínuo, ao mesmo tempo em que sinaliza o fomento à cultura de qualidade e segurança e a construção de parcerias e aprendizagem em redes. Há ainda que se avaliar a capacidade dos arranjos para retroalimentação, com a utilização efetiva dos dados de monitoramento para tomada de decisão, elementos que reforçariam a capacidade da Ebserh de atuar como indutora de padrões nacionais de qualidade nos HUF.

No contexto da pandemia de COVID-19, o papel da Ebserh ganhou destaque. A empresa coordenou a ampliação emergencial de leitos, contratou profissionais temporários e articulou ações

com o MS para apoiar o atendimento hospitalar de alta complexidade. No entanto, essa atuação ocorreu em um ambiente marcado por descoordenação federativa, disputas político-ideológicas e retração dos investimentos estruturantes na saúde e na educação. Apesar do fortalecimento da gestão hospitalar, o período também evidenciou déficits de infraestrutura, equipamentos e pessoal, que representaram desafios na eficiência. Embora capacidades técnico-administrativas tenham sido mobilizadas para a resposta à emergência, os arranjos de implementação nesse período foram predominantemente centralizados, pouco participativos e voltados para resultados imediatos, dificultando a ativação de capacidades dinâmicas e de longo prazo. Articulações com MS, Anvisa e Fiocruz, que fortaleceriam práticas de qualificação do cuidado, foram reduzidas e desestimuladas.

Durante este governo, os arranjos foram marcados pela centralização decisória e por estratégias de padronização com menor espaço para participação e aprendizado institucional. O foco na eficiência operacional se deu via ativação de capacidades técnico-administrativas voltadas para a resposta rápida e controle de processos, sobretudo no contexto da pandemia. Contudo, a descontinuidade de articulações interinstitucionais e a retração em investimentos estruturantes funcionaram como mecanismos de desativação de capacidades, limitando os avanços sustentáveis em qualidade.

#### **14.4 Governo Luiz Inácio Lula da Silva (2023—...)**

Com o retorno de Lula à presidência da República em 2023, o governo federal sinalizou a retomada de uma agenda de fortalecimento das instituições públicas, com valorização do SUS, reaproximação das universidades e recuperação da capacidade de investimento do Estado (Brasil, 2022b). Para a Ebserh, isso se traduziu na abertura de novos concursos públicos, reforço dos mecanismos de gestão participativa e maior articulação com o MS para políticas de ampliação de acesso a serviços de saúde, como o esforço coordenado de redução de filas cirúrgicas e de procedimentos de alta complexidade (Estratégia Ebserh em Ação conjugada ao Programa Agora tem Especialistas do MS). Os mutirões de cirurgias tomaram espaço nas agendas dos HUF com forte apelo midiático capitaneado pelo Ministro da Saúde Alexandre Padilha e envolvendo, além dos gestores da Ebserh, diversos atores do Poder Executivo Federal (Brasil, 2025d). Nesse sentido, o slogan propagado pela gestão da estatal passou a ser “Ebserh é SUS” com a prerrogativa de fortalecimento da assistência à saúde e maior interface com as ações do MS.



Como outro exemplo de articulação interfederativa, pode-se citar o Acordo de Cooperação nº 2/2023, estabelecido entre o MEC, MS, Ebserh, Conass e Conasems, para disseminação do AGHU em hospitais e serviços especializados vinculados ao MS, SES e SMS, como uma iniciativa de saúde digital para aprimorar as capacidades do SUS quanto a recursos tecnológicos (Brasil, 2023b).

Ainda que os desafios administrativos e orçamentários persistam (Brasil, 2024e), este novo ciclo abriu espaço para reconfigurar os arranjos de implementação com maior ativação de capacidades político-relacionais, fundamentais para ampliar a legitimidade da empresa, reconstruir confiança com os entes federativos e integrar ensino, pesquisa e assistência de forma mais robusta.

Em 2024, a Rede Ebserh avançou na captação de emendas parlamentares com a Lei Complementar nº 209/2024, que autorizou repasses diretos do FNS aos HUF e à Ebserh, e com a segunda edição do Caderno de Sugestões de Emendas, que organizou demandas prioritárias e mobilizou 28 hospitais, resultando em 34 emendas aprovadas, no valor de R\$ 80,7 milhões. Neste mesmo ano, novos programas federais como o PRHOSUS e o Novo PAC, alocados no orçamento do FNS, aportaram mais de R\$ 465 milhões aos hospitais da Rede Ebserh, evidenciando a materialização de políticas do Executivo que dependem de aprovação orçamentária no Legislativo (Ebserh, 2024b, 2024a).

Isso demonstra que a relação entre a Ebserh e o Congresso Nacional, por meio de assessoria parlamentar, reuniões técnicas e mecanismos formais de encaminhamento de sugestões de emendas, configurou um outro mecanismo, denominado intermediação político-institucional. Tal mecanismo ativou capacidades político-relacionais, permitindo maior articulação entre gestores hospitalares e legisladores e ampliando a captação de recursos orçamentários e emendas parlamentares.

Outros instrumentos de coordenação interorganizacionais ainda precisam ser fortalecidos, em especial o aprimoramento da contratualização dos HUF com gestores locais do SUS para melhor integração com a RAS, bem como a articulação entre HUF e universidades como apresentado nas auditorias do TCU (Brasil, 2024e). Nesse primeiro quesito, as CAC podem ser instrumento estratégico, desde que incluam na sua composição, além dos gestores, representantes dos profissionais atuantes nos HUF, da universidade e da sociedade usuária dos serviços, bem como ultrapassem o perfil tipicamente formalista apresentado em estudos (Chioro et al., 2021). Outros desafios a serem percorridos incluem a necessidade de definir metas quali-quantitativas nos IFC

de forma equilibrada, aumentar a transparência e as práticas de auditoria clínica e envolver equipes assistenciais na definição e cumprimento dos compromissos (Santos, 2025).

Nas articulações interinstitucionais com parceiros externos, tomaram maior vulto as contratações de consultorias para os processos de assistência à saúde, com destaque para o projeto de desenvolvimento da Rede Oncológica (Oncorede), coordenado pela UNOPs em conjunto com o consórcio que envolve a Pezco, o Centro de Combate ao Câncer e a Mapes Solution (Ebserh, 2024f; United United Nations Global Marketplace, 2023); o projeto para qualificação da assistência materna e neonatal, que conta com o apoio do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF)/Fiocruz (Ebserh, 2024g); além de consultores contratados pelas OPAS no âmbito do Termo de Cooperação estabelecido com a Ebserh para fortalecer a integração entre os HUF e o SUS (OPAS, 2023). Em que pesem a relevância e competência das instituições contratadas com as temáticas, faz-se importante um olhar para as capacidades internas da Rede Ebserh e para o aproveitamento de informações já coletadas em estratégias executadas pelo corpo técnico da estatal, em especial nas AVAQualis.

Há que ressaltar ainda que o aprimoramento de capacidades técnico-administrativas no que tange à formação de recursos humanos deixou de ser um elo estratégico desenvolvido pela Ebserh, ao menos no que se evidencia pela ausência de programas de mestrado ou doutorado lançados pela empresa na presente gestão. Em que pese a manutenção da vigência da Norma Operacional nº 7 de 2016, não se identificam editais de chamadas públicas ou internas, nem mesmo cronogramas divulgados para licença capacitação parcial ou total dos empregados. Tal condução vai na contramão da retórica de valorização de recursos humanos, bem como do que é propagado mundialmente para a busca de melhores resultados organizacionais.

Quanto às ações de gestão da qualidade neste último governo, elas têm se concentrado no monitoramento dos processos assistenciais na dimensão de segurança do paciente, principalmente nos Protocolos Básicos de Segurança do Paciente (Ebserh, 2024b, 2024a). Apesar de as AVAQualis terem tido continuidade (4ª e 5ª edições realizadas em 2023 e 2024), as avaliações externas no âmbito do PGQuali foram suspensas, sem indicação no portal eletrônico da empresa de motivação ou perspectiva de retomada. A fragmentação e descontinuidade de iniciativas, motivadas por mudanças de gestão ou restrições orçamentárias, configuram um mecanismo de fragilidade institucional que pode comprometer a sustentabilidade dos arranjos cooperativos.

A ausência de avaliações externas regulares e a descontinuidade de pesquisas sistemáticas sobre qualidade em HUF restringem a consolidação de uma cultura institucional de qualidade e segurança. Tal fragilidade associada à restrita utilização dos resultados das AVAQualis aponta para uma ativação parcial e instável das capacidades estatais, na medida em que os esforços de monitoramento e avaliação não se traduzem plenamente em processos decisórios de alto impacto nem em *accountability* efetiva.

Em suma, no ciclo atual, observa-se a reconfiguração de arranjos de implementação com ênfase em governança colaborativa e ampliação das capacidades político-relacionais, ancoradas na aproximação com o MS, universidades e organismos multilaterais. As estratégias de mutirões de procedimentos e programas de integração interfederativa funcionam como mecanismos de mobilização de recursos e coordenação horizontal, que ativam capacidades de resposta coordenada e ampliam a legitimidade da Rede. No entanto, lacunas permanecem na dimensão de formação de recursos humanos, indicando que a ativação de capacidades não é homogênea entre categorias ou objetivos da política.

A implementação de instrumentos como ouvidorias, pesquisas de satisfação e espaços de escuta aos usuários associam-se ao mecanismo de engajamento social, e propiciaram a ativação parcial das capacidades de canais de participação social (atuação mais consultiva do que deliberativa). Esses canais contribuíram para captar percepções de residentes, estudantes, trabalhadores e usuários, alimentando a gestão com informações relevantes sobre necessidades e expectativas. Entretanto, a baixa institucionalização de conselhos hospitalares com representação social e a pouca incidência da participação nos processos decisórios revelam que a *accountability* permanece periférica.

#### **14.5 Análise comparada dos governos federais**

A análise comparada dos diferentes governos mostra que a atuação da Ebserh como indutora da melhoria da qualidade do cuidado em saúde nos HUF está diretamente relacionada à forma como os arranjos institucionais e os contextos políticos condicionam a ativação (ou não) de suas capacidades (**Quadro 26**).

**Quadro 26** – Reconfigurações do arranjo de implementação da Ebserh e (des)ativação de capacidades por governo federal e Presidência da Ebserh

Governo Federal	Presidência da Ebserh	Reconfigurações dos arranjos e (des)ativação de capacidades
Dilma Rousseff (2011–2016)	- José Rubens Rebelatto (1º presidente, nomeado em 2012) - Newton Lima (nomeado em 2015)	<p>Criação da Ebserh para recompor a capacidade estatal e superar a crise de governança dos HUF. Recomposição da força de trabalho por concurso; implantação do PESP e padronização inicial de práticas de monitoramento.</p> <p><b>Mecanismos:</b> indução de conformidade legal, gestão estratégica com destaque para contratualização por resultados, construção de parcerias e aprendizagem em redes.</p> <p><b>Ativação de capacidades técnico-administrativas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Recursos humanos: concursos públicos e criação de plano de cargos e salários.</li> <li>Recursos tecnológicos: desenvolvimento do AGHU e do Vigihosp.</li> <li>Estratégias de monitoramento e avaliação: PESP, pesquisa de satisfação.</li> </ul> <p><b>Ativação de capacidades político-relacionais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Networking: articulações com organismos multinacionais e parcerias.</li> </ul>
Michel Temer (2016–2018)	Kleber Moraes	<p>Foco no aprimoramento de processos internos. Estruturação do PGQuali; alinhamento via Plano Diretor Estratégico; início da modelagem de instrumentos de avaliação da qualidade.</p> <p><b>Mecanismos:</b> gestão estratégica, fomento à cultura de qualidade e segurança, construção de parcerias e aprendizagem em redes</p> <p><b>Ativação de capacidades técnico-administrativas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Governança corporativa: regulamentos internos, código de ética e compliance.</li> <li>Recursos tecnológicos: SIG-RES, UpToDate e sistema e-OUV.</li> </ul> <p><b>Ativação de capacidades político-relacionais:</b> acordos de cooperação com hospitais franceses</p>
Jair Bolsonaro (2019–2022)	General Oswaldo Ferreira	<p>Ênfase na padronização, trabalho em rede, controle interno, e nos aspectos de ensino, pesquisa e inovação. Consolidação do ciclo do PGQuali (planejamento, monitoramento e avaliação). A pandemia de COVID-19 destacou o papel da Ebserh, mas também expôs déficits de infraestrutura e descoordenação federativa, limitando o desenvolvimento de capacidades dinâmicas de longo prazo.</p> <p><b>Mecanismos:</b> gestão estratégica, fomento à cultura de qualidade e segurança construção de parcerias e aprendizagem em redes</p> <p><b>Ativação de capacidades técnico-administrativas:</b> avanços em controle interno (códigos, políticas de dados, combate ao assédio) e início das AVAQualis, fortalecendo o fomento à cultura de qualidade. Entretanto, os arranjos centralizados e pouco participativos resultaram em ativação parcial e instável das capacidades estatais, com predomínio de medidas de curto prazo.</p> <p><b>Ativação de capacidades político-relacionais:</b> <i>networking</i> entre os HUF da Rede Ebserh</p>
Lula (a partir de 2023)	Arthur Chioro	<p>Retomada da agenda de fortalecimento do SUS e valorização da política pública em saúde; atualização do Contrato de Gestão MEC–Ebserh com novos indicadores de desempenho. Retomada de concursos, reforço da gestão participativa e maior articulação com o MS (ex: redução de filas cirúrgicas). Houve maior ativação de capacidades político-relacionais, embora ainda haja necessidade de fortalecer a coordenação interorganizacional.</p> <p><b>Mecanismos:</b> construção de parcerias e aprendizagem em redes, cooperação intergovernamental e intermediação político-institucional.</p> <p><b>Ativação de capacidades político-relacionais:</b> maior integração com atores do SUS e do Legislativo.</p>

Fonte: elaboração própria a partir de revisão documental e da literatura (2025).

Comparativamente, nota-se que os governos de Dilma Rousseff (2011–2016) concentraram-se na criação da Ebserh e na recomposição da capacidade estatal por meio da formalização de vínculos, da implantação de recursos tecnológicos e do início da padronização de estratégias de monitoramento e avaliação, configurando um momento fundacional.

No governo Michel Temer (2016–2018), os arranjos de implementação para ativação de estratégias de monitoramento e avaliação foram destacados, com o início da elaboração do PGQuali e do alinhamento institucional via PDE, mas sem plena implementação em rede.

Já no governo Bolsonaro (2019–2022), estruturou-se um ciclo contínuo de qualidade na Rede Ebserh, baseado em planejamento, monitoramento e avaliação. Esse desenho institucional reforça a ideia de que a empresa buscou não apenas difundir ferramentas homogêneas de gestão, mas também induzir aprendizado organizacional em rede, consolidando uma lógica de comparação entre desempenhos hospitalares e de retroalimentação para a tomada de decisão.

No governo Lula (2023–), observa-se uma nova reconfiguração dos arranjos, marcada pela ativação de capacidades político-relacionais. Contudo, persistem desafios de contratualização e de implementação efetiva das práticas de monitoramento e avaliação.

As reconfigurações dos arranjos de implementação e mecanismos utilizados evidenciam um processo seletivo e assimétrico de ativação de capacidades, com predomínio das técnico-administrativas. A melhoria da qualidade em saúde, portanto, depende menos da existência formal de instrumentos e mais da capacidade de articulação, coordenação e aprendizado institucional, que são fortemente moldadas pela orientação política dos governos e pelos recursos efetivamente disponibilizados.

O enfrentamento de condições de saúde cada vez mais complexas, com doenças crônicas crescentes convivendo com a manutenção de doenças infectocontagiosas, demanda, além do acesso aos cuidados de saúde, cuidados contínuos, integrados e qualificados (Kruk et al., 2018b). Melhorar a qualidade do cuidado em saúde, incluindo a segurança do paciente, é uma ação complexa que depende do envolvimento de toda a governança dos HUF, desde formuladores e reguladores de políticas públicas até prestadores de serviços, pacientes e familiares (Slawomirski; Klazinga, 2022).

Como apontam Barbosa et al. (2017), diversos autores destacam que o engajamento da alta gestão constitui fator crítico para a implementação de mudanças organizacionais de caráter estratégico, entre elas a incorporação de práticas e valores relacionados à cultura da qualidade. O

compromisso e o apoio da alta gestão funcionam como elementos motivadores para as equipes, criando um ambiente propício para a cooperação e conduzindo a mais resultados positivos, como aumento de produtividade e melhoria da qualidade (Barbosa; Gambi; Gerolamo, 2017; Silva et al., 2024).

## ATO 6 – EPÍLOGO: e agora?

Toda jornada deixa marcas e abre novas trilhas. O epílogo desta tese apresenta possibilidades de desenvolvimento que visam não apenas aperfeiçoar a atuação da Ebserh, mas também reforçar a qualidade como um compromisso sistêmico. Ao mesmo tempo, reconhece as limitações da pesquisa e sugere caminhos para investigações futuras. Ao retornar à cena inicial, o leitor é convidado a perceber como, ao longo da narrativa, o problema ganhou contornos mais nítidos e, quem sabe, soluções mais próximas.

## 15 POSSIBILIDADES DE DESENVOLVIMENTO

A melhoria da qualidade do cuidado em saúde nos HUF requer mais do que a simples adesão a um novo modelo de gestão. É necessário ativar de forma coordenada capacidades estatais mediadas por arranjos institucionais adequados e sustentáveis. Isso implica investir em sistemas de informação, políticas de transparência, mecanismos de engajamento social e formação contínua dos profissionais.

As sete alavancas para a melhorar a qualidade dos serviços de saúde propostas pela OMS, OCDE e Banco Mundial (2018) fornecem elementos para orientar essa mobilização. A Matriz Propositiva apresentada no **Quadro 27** mostra, para cada alavanca, exemplos concretos de desenvolvimento possíveis para a Rede Ebserh, organizados por tipo de capacidade (Pires; Gomide, 2018).

**Quadro 27** – Matriz Propositiva para melhoria do cuidado em saúde nos HUF a partir dos arranjos de implementação com a Ebserh e ativação de capacidades

Alavanca para melhoria da qualidade	Possibilidades de desenvolvimento a partir dos arranjos para ativação de capacidades	
	Capacidades técnico-administrativas	Capacidades político-relacionais
<b>1. Transformação da prática clínica na linha de frente</b>	<p><b>Aprimorar o uso do AGHU e de outros recursos tecnológicos:</b> integrar sistemas de apoio à decisão clínica, como alertas baseados nos Protocolos de Segurança do Paciente e em Listas de Verificação (como a Lista de Segurança Cirúrgica da OMS).</p> <p><b>Utilizar dados para redesenhar o cuidado:</b> analisar as práticas clínicas com base em evidências (dados do Vigihosp, Pannel de Indicadores, PGQuali, pesquisas científicas, auditorias, registros de ouvidoria) para identificar padrões de eventos adversos (ex.: quedas, IRAS) e criar modelos de cuidado preventivos e proativos.</p>	<p><b>Estimular a criação de redes de aprendizagem:</b> fomentar comunidades de prática entre os HUF e a RAS para compartilhar experiências na implementação de protocolos e listas de verificação, superando a baixa densidade de conexões horizontais da rede.</p> <p><b>Institucionalizar revisões de morbidade e mortalidade participativas:</b> criar espaços colaborativos e não punitivos para que os profissionais examinem práticas e aprendam com os erros (articular NSP e comissões multidisciplinares nos HUF).</p>
<b>2. Definição de padrões de qualidade</b>	<p><b>Ressignificar o PGQuali:</b> transformar o programa de um instrumento de conformidade para um motor de definição de padrões de cuidado baseados em evidências, alinhado a diretrizes clínicas e focado em desfechos para o paciente.</p> <p><b>Retomar as avaliações externas e o SEQuali</b> que promovem a adesão a padrões de excelência e segurança.</p> <p><b>Consolidar o GED como repositório unificado e acessível</b> da Rede Ebserh com documentos da qualidade atualizados, incluindo guias clínicos, fluxos e protocolos assistenciais.</p>	<p><b>Fortalecer parcerias com entidades profissionais, sociedades científicas, órgãos reguladores (ex: Anvisa), organismos internacionais e multilaterais</b> para validar e atualizar os padrões de qualidade da Rede, garantindo alinhamento com as melhores práticas e políticas nacionais</p>
<b>3. Engajamento e empoderamento de pacientes, famílias e comunidades</b>	<p><b>Institucionalizar PREMs e PROMs:</b> ir além dos indicadores usuais de qualidade e das pesquisas de satisfação, adotando medidas de resultados e experiências relatadas pelo paciente para capturar o valor do cuidado sob a perspectiva do usuário.</p> <p><b>Publicar dados abertos sobre a qualidade:</b> aumentar a transparência publicando indicadores de segurança e desempenho assistencial de forma acessível para fortalecer o controle social, superando o baixo alinhamento à PNDA (35%).</p>	<p><b>Desenvolver materiais educativos</b> acessíveis e culturalmente adequados sobre qualidade e segurança para usuários dos HUF, famílias e comunidades.</p> <p><b>Criar Conselhos Consultivos de Pacientes:</b> institucionalizar a participação de usuários e familiares, comissões de usuários e organizações da sociedade civil na cocriação de políticas e planos de melhoria, superando o modelo reativo das ouvidorias.</p> <p><b>Pactuar monitoramento com Conselhos de Saúde:</b> envolver os conselhos locais no acompanhamento de indicadores de qualidade, fortalecendo a <i>accountability</i>.</p>
<b>4. Informação e capacitação para profissionais, gestores e formuladores de políticas</b>	<p><b>Desenvolver trilhas formativas na plataforma 3eC:</b> oferecer capacitação contínua em gestão da qualidade, ciência da melhoria, governança de dados, dados abertos e segurança do paciente, conforme preconizado pelo Plano de Ação Global de Segurança do Paciente (OE5).</p>	<p><b>Investir em conscientização e educação sobre direito à saúde e à qualidade do cuidado em saúde,</b> incluindo formuladores de políticas, parlamentares, gestores e demais profissionais de saúde, prestadores de serviços, fornecedores de tecnologias e usuários (Kruk et al., 2018b).</p>



Alavanca para melhoria da qualidade	Possibilidades de desenvolvimento a partir dos arranjos para ativação de capacidades	
	Capacidades técnico-administrativas	Capacidades político-relacionais
	<p><b>Disseminar informações:</b> publicar o Boletim Vigilância em Foco, painéis BI e relatórios públicos e comparativos sobre o desempenho dos HUF no portal Gov.br para estimular a aprendizagem em rede e a transparência.</p> <p><b>Garantir o engajamento das lideranças institucionais,</b> condição essencial para a institucionalização da qualidade como prática rotineira (Silva et al., 2024).</p>	<p><b>Articular com escolas de governo e instituições de ensino superior</b> para inclusão de conteúdos sobre qualidade em saúde nos currículos.</p>
<b>5. Implementação de programas e metodologias de melhoria contínua da qualidade</b>	<p><b>Estabelecer estratégias de monitoramento</b> de protocolos assistenciais com base em auditorias e <i>rounds</i> de segurança.</p> <p><b>Padronizar indicadores e metas</b> para monitoramento e avaliação da qualidade do cuidado em saúde nos HUF, incluindo todas as dimensões da qualidade e indicadores específicos para linhas de cuidado referentes às condições clínicas mais prevalentes em internações hospitalares na Rede Ebserh<sup>37</sup>.</p> <p><b>Incluir esses indicadores e metas nos contratos</b> de gestão e nos instrumentos formais de contratualização.</p> <p><b>Adotar metodologias sistemáticas de melhoria:</b> promover o engajamento para a implementação dos Planos de Melhoria da Qualidade (PMQ) decorrentes das avaliações do PGQuali.</p> <p><b>Integrar sistemas de informação para a qualidade:</b> integrar dados do AGHU, Vigihosp, processos avaliativos (ex.: PGQuali), PREMs/PROMs, pesquisas de satisfação dos usuários, profissionais e residentes, e registros de ouvidoria para criar um sistema robusto de monitoramento contínuo.</p>	<p><b>Consolidar uma cultura organizacional voltada à qualidade e segurança:</b> promover uma cultura de segurança justa e não punitiva.</p> <p><b>Criar comitês regionais de qualidade:</b> facilitar a troca de experiências e a disseminação de boas práticas entre os HUF para fortalecer a aprendizagem horizontal.</p>
<b>6. Criação de incentivos baseados em desempenho</b>	<p><b>Vincular recursos a resultados de qualidade:</b> associar parte dos recursos da RVA, do Contrato de Objetivos/AOC a metas de qualidade e segurança (ex: redução de IRAS, adesão a protocolos), e não apenas à produção. Descentralizar a RVA para inclusão de atores da linha de frente.</p> <p><b>Criar programas de reconhecimento não financeiros:</b> valorizar equipes que se destacam em projetos de melhoria, estimulando a inovação e o trabalho colaborativo.</p>	<p><b>Articular incentivos no plano de carreira:</b> negociar com o MGI a inclusão de critérios de desempenho em qualidade para progressão e reconhecimento funcional, valorizando a qualificação e a dedicação dos profissionais (Garcia, 2025).</p>

<sup>37</sup> A exemplo dos indicadores definidos pela ANS, por meio do Consórcio de Indicadores de Qualidade Hospitalar, no âmbito do Programa Qualiss. Aponta-se a estratégia para exemplificar a forma de organização, mas ressalta-se a necessidade de se avaliar, principalmente para os indicadores específicos, o perfil mais prevalente de atendimentos dos HUF da Rede Ebserh.

Alavanca para melhoria da qualidade	Possibilidades de desenvolvimento a partir dos arranjos para ativação de capacidades	
	Capacidades técnico-administrativas	Capacidades político-relacionais
<b>7. Adoção de instrumentos legais e regulatórios</b>	<b>Institucionalizar Políticas de Qualidade e de Governança de Dados e atualizar a Política de Comunicação Institucional:</b> formalizar normativos para toda a Rede Ebserh, superando a fragmentação e a ausência de diretrizes claras (proposta de Política da Qualidade apresentada no <b>Apêndice H</b> ). <b>Incluir cláusulas de transparência nos Contratos de Gestão:</b> exigir a publicação de relatórios anuais de qualidade, alinhando-se ao Plano de Ação Global de Segurança do Paciente (Estratégia 2.1)	<b>Apoiar a construção de uma Política Nacional de Qualidade:</b> atuar proativamente junto ao MS para o desenvolvimento de uma política nacional, posicionando a Rede Ebserh como um ator estratégico na sua formulação e implementação.

Legenda das cores por subcategoria de capacidade:

Capacidades técnico-administrativas

■ Recursos humanos

■ Recursos financeiros

■ Recursos tecnológicos

■ Estratégias de monitoramento e avaliação

■ Publicação de dados abertos

Capacidades político-relacionais

■ Interações institucionalizadas entre atores burocráticos e agentes políticos

■ Canais de participação social

■ *Networking* e articulações interinstitucionais

■ Mecanismos de articulação com órgãos de controle

Grupos de atores: 1) Poder Executivo Federal e unidades vinculadas; 2) Congresso Nacional; 3) Secretarias e Conselhos de Saúde; 4) Associações, sociedade civil e sociedades de classes profissionais; 5) Setor produtivo, varejo e distribuição; 6) Unidades da Rede de Atenção à Saúde; 7) Entidades de apoio operacional; 8)

Instituições acadêmicas, de pesquisa e inovação; 9) Órgãos de controle; e 10) Organismos internacionais e multilaterais.

Fonte: elaboração própria (2025) por meio dos achados de pesquisa e estruturada a partir das alavancas da qualidade da OMS, OCDE e Banco Mundial (2018) e das capacidades de Pires e Gomide (2018).

## **15.1 Alavanca 1: transformação na prática clínica na linha de frente**

A melhoria da qualidade começa na ponta, onde o cuidado é prestado, exigindo transformação nas práticas clínicas cotidianas, especialmente na linha de frente (WHO; OECD; IBRD, 2018). O objetivo desta alavanca é preencher a lacuna entre o que se sabe ser um cuidado eficaz (conhecimento científico) e o que é rotineiramente realizado pelos prestadores de cuidados em saúde (prática clínica diária) (WHO; OECD; IBRD, 2018).

Como possibilidades de desenvolvimento para a Rede Ebserh, aponta-se para a necessidade do uso efetivo do Plano Terapêutico Singular e de transformação de recursos tecnológicos relacionados à qualidade do cuidado, como o AGHU, Vigihosp e Painel de Indicadores de Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente, em ferramentas ativas de qualificação.

É fundamental evoluir o AGHU para incluir sistemas de apoio à decisão clínica. Isso pode ser feito integrando protocolos baseados em evidências, alertas de interações medicamentosas e lembretes para procedimentos preventivos (World Health Organization, 2021). A plataforma UpToDate® já é um recurso valioso, mas sua integração ao fluxo de trabalho do AGHU potencializaria seu uso.

À luz da crescente complexidade dos processos organizacionais e assistenciais, não se pode atribuir as falhas predominantemente à insuficiência de qualificação profissional, mas sim às limitações cognitivas inerentes à memória e à gestão simultânea de múltiplas tarefas críticas. Nesse sentido, a integração a outros sistemas de apoio à decisão, como alertas para prevenção de eventos adversos e a inclusão das listas de verificação – ex: Listas de Verificação de Cirurgia Segura (LVCS) e do Tratamento de Traumatismos – no AGHU, podem reduzir erros e padronizar cuidados baseados em evidências, além de possuírem potencial positivo na redução de complicações clínicas e da mortalidade (Gawande, 2023).

Conforme discutido por Gawande (2023), listas de verificação configuram instrumentos simples, porém de elevada potência para a sistematização de rotinas, a prevenção de omissões e a garantia da execução adequada de etapas essenciais. Longe de substituir o conhecimento técnico, esses dispositivos funcionam como apoios estruturantes à prática profissional em contextos de alta complexidade, contribuindo para maior segurança, qualidade e consistência nos resultados (Gawande, 2023).

Além disso, a análise sistemática de dados do Vigihosp sobre incidentes, do Painel quanto a indicadores e de avaliações do PGQuali pode revelar falhas sistêmicas e subsidiar o redesenho de processos e o desenvolvimento de novos modelos de cuidado. Por exemplo, os dados de quedas ou lesões por pressão, apoiados por auditorias sistemáticas, podem subsidiar a criação de protocolos assistenciais mais robustos.

Contudo, recursos tecnológicos por si só são insuficientes. É crucial ativar capacidades político-relacionais, fomentando redes de aprendizagem entre os HUF e a RAS, um espaço onde profissionais possam compartilhar soluções e aprender com os pares, superando o isolamento e a baixa densidade de interações horizontais identificada. A estrutura em rede da Ebserh é um ativo estratégico para essa articulação.

Como possibilidades de canais de participação social, podem ser institucionalizados estudos de casos de morbidade e mortalidade, que incluam não apenas os profissionais de saúde, mas também representantes dos pacientes, para aprender com os eventos adversos em uma cultura de não culpabilização (World Health Organization, 2021).

## **15.2 Alavanca 2: definição de padrões de qualidade**

Esta pesquisa evidencia que a institucionalização de padrões de qualidade está em desenvolvimento na Rede Ebserh. O PGQuali, principal instrumento da Ebserh para a qualidade, e seus elementos, como o Manual de Requisitos, caminham neste sentido. Entretanto, tal instrumento precisa superar sua lógica atual de conformidade, predominantemente burocrática, para uma perspectiva de padrões de cuidado baseados em evidências.

Acredita-se que o PGQuali, formalmente instituídos no âmbito de uma Política da Qualidade da Ebserh, tem o potencial de ser esta alavanca, desde que seus requisitos sejam alinhados às dimensões de qualidade do cuidado, aos desfechos clínicos e à experiência do paciente, e não apenas a estruturas e processos. A retomada das avaliações externas no âmbito do PGQuali e do SEQuali também podem impulsionar a adesão a padrões internacionais de segurança e qualidade.

As equipes dos STGQ dos HUF precisam ser capacitadas nessa nova abordagem, para que atuem como consultores internos, apoiando as áreas assistenciais na implementação de oportunidades de melhoria.

Para que esses padrões tenham legitimidade e sejam continuamente atualizados, é fundamental fortalecer as capacidades político-relacionais, articulando-se com sociedades científicas, órgãos reguladores, entidades profissionais e organizações multinacionais profissionais, que podem validar e enriquecer as diretrizes da Rede.

### **15.3 Alavanca 3: Engajamento e empoderamento de pacientes, famílias e comunidades**

Políticas públicas só se consolidam quando há também ativação das capacidades político-relacionais, isto é, a capacidade de coordenar atores, engajar lideranças institucionais, fomentar a participação social e construir legitimidade. Esses elementos são centrais para garantir a continuidade e a aderência local das estratégias institucionais.

A OMS reforça que o envolvimento dos pacientes é talvez a ferramenta mais poderosa para a melhoria (World Health Organization, 2021). Como aponta a Health Foundation (2014), “somente cerca de dois terços das melhorias realizadas no cuidado de saúde resultam em mudanças sustentáveis que atingem o objetivo planejado”. Dessa forma, para que as intervenções sejam duradouras, é essencial que os líderes planejem cuidadosamente sua introdução e criem condições para a sua consolidação. O engajamento efetivo requer uma mudança de cultura organizacional, superando o modelo paternalista em que o paciente era um espectador passivo (Saut, 2021). É necessário criar um ambiente que valorize a colaboração multidisciplinar e o respeito mútuo entre profissionais e pacientes. Evidências indicam que projetos concebidos, desenhados e implementados com a participação ativa de profissionais de saúde e pacientes apresentam maior probabilidade de gerar mudanças sustentáveis do que aqueles impostos por modelos hierárquicos de “comando e controle”, conduzidos de forma exclusivamente vertical (Health Foundation, 2014).

Na Rede Ebserh, esta é uma alavanca subutilizada, com canais de participação ainda reativos e incipientes. Uma transformação real exige ir além das pesquisas de satisfação e institucionalizar PREMs e PROMs (Medidas de Resultados e Experiências Relatadas pelo Paciente), que capturam o que realmente importa para o usuário. A publicação de dados abertos sobre o desempenho assistencial dos HUF, superando o baixo alinhamento atual à PNDA (35%), é outra via para fortalecer a transparência, o controle e o engajamento social.

No campo político-relacional, a criação de comitês consultivos e canais institucionalizados de participação em cada HUF, com envolvimento de usuários e familiares, não apenas amplia a legitimidade das ações de qualidade, mas está em consonância com a diretriz constitucional da participação popular na saúde. Tais ações representariam um avanço significativo, transformando usuários de receptores passivos para parceiros ativos na cocriação do cuidado.

Na implementação dessas estratégias de engajamento, é preciso, entretanto, ter em mente os desafios que perpassam a temática, como a resistência cultural dos profissionais de saúde, a falta de apoio de médicos e gestores, e a falta de vontade ou déficit de capacidades dos próprios pacientes para participar (Saut, 2021).

Neste sentido, o letramento em saúde constitui um elemento central para o engajamento e empoderamento de pacientes, pois amplia a capacidade das pessoas de compreender, avaliar e utilizar informações sobre cuidados, tratamentos e prevenção de doenças. No âmbito dos HUF, a promoção do letramento em saúde vai além da simples disponibilização de dados: envolve estratégias pedagógicas, comunicação clara e culturalmente adequada, bem como mecanismos institucionais que favoreçam a participação ativa dos usuários nos processos decisórios sobre sua saúde. Ao fortalecer essa competência, cria-se um ambiente propício ao compartilhamento de responsabilidades, à adesão informada a terapêuticas e à construção de relações mais horizontais entre profissionais e pacientes, alinhando-se às evidências de que maior literacia em saúde está associada a melhores desfechos clínicos e maior satisfação dos usuários (OECD, 2024).

#### **15.4 Alavanca 4: Informação e capacitação para profissionais, gestores e formuladores de políticas**

Uma cultura de qualidade e segurança passa pelo investimento em capital humano. Como discutem Silva et al. (2024) para enfrentar problemas de qualidade em saúde, é necessária uma força de trabalho qualificada e motivada. Segundo a OMS (2021), para garantir um sistema de segurança do paciente robusto e eficaz, é essencial ter equipes dedicadas de especialistas em segurança do paciente, com habilidades e experiências diversas, para que possam abordar os variados desafios e complexidades que podem surgir.

Para isso, a plataforma 3eC já é um ativo importante, mas precisa ser mais bem explorada com trilhas formativas focadas em ciência da melhoria, governança de dados e segurança do

paciente, temas centrais no Plano de Ação Global da OMS (OE5). A disseminação de relatórios públicos de desempenho comparativo entre os HUF pode estimular uma competição saudável e a aprendizagem em rede. Para que essa cultura se enraíze, é preciso articular com as IFES e escolas de governo para que a qualidade e a segurança do paciente sejam componentes curriculares obrigatórios, formando profissionais já alinhados a essa perspectiva.

A oferta sistemática de capacitação permanente, o suporte ao gerenciamento das atividades e a adoção de uma política institucional orientada para a melhoria contínua constituem estratégias capazes de romper com a crença de que as ações de melhoria aumentam a carga de trabalho e mitigar resistências às mudanças, favorecendo melhores resultados em iniciativas colaborativas de aprimoramento da qualidade (Silva et al., 2024).

O caso de ensino apresentado nesta tese (**Apêndice A**) constitui um recurso pedagógico para apoiar esta alavanca. Ao simular um cenário decisório complexo envolvendo a possível adesão ao modelo de gestão da Ebserh, o caso promove o desenvolvimento de competências estratégicas, analíticas e relacionais entre atuais e futuros líderes da saúde. Estimula a reflexão crítica sobre estruturas de governança, engajamento de atores, negociação institucional e a articulação entre o ensino superior e o sistema público de saúde. Além disso, favorece a compreensão de conceitos-chave como governança democrática, tomada de decisão participativa e a influência de valores, crenças e dinâmicas de poder na formulação e implementação de políticas. Dessa forma, sua aplicação em contextos de formação contribui para o fortalecimento da capacidade de profissionais e tomadores de decisão em navegar em ambientes complexos de governança em saúde, alinhando-se às recomendações internacionais de melhoria da qualidade por meio de lideranças bem informadas e capacitadas.

Ademais, a disseminação de informações sobre qualidade em saúde nos HUF corrobora para o *benchmarking* e aprendizagem em redes. O Boletim Vigilância em Foco, publicado no portal eletrônico do governo federal, já caminha nesse sentido, trazendo informações atualizadas sobre fármaco e tecnovigilância, mas outros instrumentos podem ser incluídos, como a publicação de painéis BI e relatórios de avaliação sobre o desempenho dos HUF.

### 15.5 Alavanca 5: Implementação de programas e metodologias de melhoria contínua da qualidade

A melhoria da qualidade não é um projeto com início e fim, mas um processo contínuo. A adoção de ferramentas de gestão da qualidade e práticas como *safety huddles* (reuniões rápidas sobre segurança), rondas integradas, auditorias clínicas participativas, avaliações da qualidade, *rounds* de segurança focados em protocolos assistenciais atualização, PMQ e pesquisas de satisfação, pode criar ciclos virtuosos de aprendizado institucional. A liderança desempenha papel estratégico: favorecem a detecção precoce de riscos e promovem cultura de segurança. A estruturação dessas ações deve estar respaldada por evidências e adaptada ao contexto local, de modo a garantir efetividade e aderência. Como apontam Schilling *et al.* (2024), faz-se necessário aprimorar o desenvolvimento de ferramentas de monitoramento do desempenho dos serviços de saúde e de melhoria da qualidade do cuidado, reduzindo desigualdades entre os hospitais.

A definição de indicadores chave de qualidade em saúde para divulgação para a sociedade também caminha no sentido de construção de sistemas de saúde de alta qualidade, sendo importante selecionar aqueles mais adequados (foco em qualidade do indicador, não em quantidade) para demonstrar desfechos, experiência do usuário, confiabilidade, eficiência e equidade (Kruk *et al.*, 2018b). Estudos recentes mostram que a incorporação sistemática de PROMs e PREMs aumenta a sensibilidade para detectar desigualdades, melhora a comunicação profissional-paciente e favorece o redesenho dos serviços de saúde (Pearce *et al.*, 2023).

O uso de indicadores quanti e qualitativos é fundamental para o monitoramento contínuo, *benchmarking* e priorização de atividades que visam a melhoria da qualidade. A utilização desses parâmetros pelos gestores hospitalares para analisar e monitorar as atividades do hospital reforçam a ideia de uma gestão guiada por dados (Hadian *et al.*, 2024).

Como apresentado nesta pesquisa, os contratos de gestão e outros instrumentos de coordenação da Rede Ebserh se debruçam, em sua maioria, no monitoramento e análise de indicadores de gestão hospitalar e produção assistencial dos HUF, não se atendo a indicadores específicos de qualidade em saúde e segurança do paciente (Silvestre *et al.*, 2024). Assim, torna-se primordial que novos estudos enfoquem as demais dimensões de qualidade, assim como os contratos de gestão ampliem o seu enfoque. Como argumentam Kruk *et al.* (2018b), construir



sistemas de saúde de alta qualidade exige mais do que ampliar o acesso: é necessário fortalecer os mecanismos que garantam cuidado efetivo, seguro, equitativo e centrado nas pessoas.

Como discutido anteriormente, o aprimoramento e a integração dos sistemas de informação (ex.: AGHU, Vigihosp) são outros eixos estratégicos, permitindo a sistematização, análise e uso qualificado dos dados produzidos nos processos avaliativos.

A institucionalização de programas de melhoria contínua requer não apenas metodologias reconhecidas, mas também a criação de ambientes organizacionais que favoreçam aprendizagem, inovação e resiliência. Dessa forma, no plano político-relacional, é imperativo que a liderança promova uma cultura de segurança justa e não punitiva, pois o medo inibe a notificação de erros e bloqueia a aprendizagem organizacional, um princípio chave da OMS.

A articulação com redes de aprendizado, *benchmarking* e a criação de comitês regionais de qualidade podem também fortalecer as capacidades político-relacionais, estimulando soluções adaptadas ao contexto local e, ao mesmo tempo, promovendo convergência institucional.

## **15.6 Alavanca 6: criação de incentivos baseados em desempenho**

Incentivos bem desenhados podem alinhar os comportamentos de profissionais e instituições com os objetivos de qualidade. No caso da Rede Ebserh, a introdução de incentivos precisa considerar a dupla missão dos HUF: assistência e ensino. Assim, programas de valorização profissional devem reconhecer não apenas indicadores assistenciais, mas também resultados em pesquisa, formação e inovação.

O modelo de RVA para dirigentes já sinaliza essa possibilidade, podendo também ser repensando para ser atrelado a metas de qualidade, bem como para envolver profissionais da linha de frente, o que favoreceria o seu engajamento (Marcolino et al., 2011).

Como outras possibilidades de desenvolvimento, parte dos recursos do Contrato de Objetivos/AOC poderiam ser vinculados a metas de qualidade, como a redução de IRAS, e não apenas a metas de produção.

Além dos incentivos financeiros, programas de reconhecimento não financeiros podem valorizar equipes e projetos inovadores.

No campo político-relacional, a negociação com instâncias superiores da administração pública para ampliar incentivos vinculados ao desempenho institucional e à qualificação é

fundamental. Como exemplo, a negociação com o MGI para incluir critérios de qualidade no plano de carreira pode criar um estímulo estrutural para a qualificação e o engajamento contínuo. Além disso, a valorização da formação *stricto sensu* e a criação de carreiras hospitalares que estimulem permanência e engajamento reforçam a ativação das capacidades técnico-administrativas.

### **15.7 Alavanca 7: Adoção de instrumentos legais e regulatórios**

A institucionalização da qualidade em saúde depende de marcos normativos consistentes que assegurem o engajamento das equipes e a continuidade das ações.

A formulação, implementação e institucionalização de Políticas da Qualidade e de Governança de Dados da Ebserh, com diretrizes claras e alinhadas às especificidades dos HUF, pode também estabelecer bases normativas mais sólidas para a consolidação de práticas sistemáticas e sustentáveis de gestão da qualidade do cuidado em saúde. A minuta de Política da Qualidade proposta nesta tese pode servir de ponto de partida (**Apêndice H**).

A instituição de uma Política de Governança de Dados também favoreceria a disponibilização de dados abertos e permitiria que a Ebserh avançasse em direção a um modelo de governança estatal moderna, baseada em dados, voltada à transparência e à melhoria contínua da gestão pública em saúde e educação.

O estudo conduzido por Sanches e Oliveira (2023) também apresenta a necessidade de revisão periódica da Política de Comunicação Institucional da Ebserh a fim de alinhar a sua atuação aos fenômenos sociais, como a infodemia e a desinformação, e às necessidades informacionais dos públicos interno e externo.

A inclusão de cláusulas de transparência nos Contratos de Gestão, exigindo a publicação de relatórios anuais de desempenho, fortaleceria a *accountability* (World Health Organization, 2021).

Por fim, a Ebserh, pela sua capilaridade e relevância, está em posição privilegiada para apoiar a construção de uma Política Nacional de Qualidade, atuando como um ator estratégico junto ao Ministério da Saúde para elevar o patamar da qualidade no SUS como um todo.

## **15.8 Integração das alavancas da qualidade**

Como discutido ao longo deste trabalho, a Ebserh constitui uma plataforma institucional com elevado potencial para inovação pública e produção de valor em saúde, desde que orientada por uma estratégia coerente de ativação de capacidades e de indução à qualidade.

A análise integrada das sete alavancas da qualidade evidencia que a melhoria do cuidado em saúde nos HUF vinculados à Ebserh exige uma abordagem sistêmica, que requer não apenas melhores práticas técnicas, mas também iniciativas políticas e institucionais robustas, capazes de alinhar os diferentes níveis e atores da governança hospitalar pública. Programas de formação e transformação da prática clínica, a definição de padrões de qualidade, o engajamento de pacientes e comunidades, o uso estratégico da informação, a implementação de metodologias de melhoria contínua, a criação de incentivos bem desenhados e a consolidação de instrumentos regulatórios compõem um conjunto interdependente de estratégias.

A experiência da Rede Ebserh demonstra que avanços isolados tendem a produzir efeitos limitados, enquanto a integração entre arranjos institucionais, instrumentos de gestão e práticas participativas pode gerar impactos sustentáveis na qualidade, segurança e legitimidade dos HUF. Assim, a matriz propositiva apresentada constitui não apenas um roteiro de possibilidades, mas também um marco analítico que conecta as evidências desta pesquisa a uma agenda futura de fortalecimento da capacidade estatal no campo da saúde pública.

## 16 LIMITAÇÕES

Entre as limitações desta pesquisa, destaca-se o reduzido número de estudos científicos identificados na revisão rápida que abordavam especificamente a avaliação da melhoria da qualidade da prestação de serviços nos HUF com a implantação da Ebserh (estudos comparativos antes e após a nova gestão ou entre HUF com e sem o contrato de gestão). Observa-se também o foco restrito desses estudos, concentrados principalmente na análise de indicadores de gestão e assistência, enquanto resultados relacionados ao ensino, extensão, pesquisa e inovação foram pouco explorados. Essa assimetria pode ter fragilizado a compreensão do papel estratégico dos HUF como espaços de formação e desenvolvimento tecnológico em saúde, bem como indica que novas pesquisas com escopo mais abrangente se fazem necessárias.

Outra limitação relaciona-se ao período coberto pelos estudos revisados. Os primeiros contratos de gestão assinados entre as IFES e a Ebserh datam de 2013 e os dados coletados pelos pesquisadores alcançam, no máximo, 2018. Essa janela temporal relativamente curta (de cinco anos ou menos em alguns casos) pode ter sido insuficiente para evidenciar plenamente os impactos da contratação com a Ebserh. O processo de transição, ainda em curso em muitos HUF, requer um horizonte temporal mais longo para que os efeitos das mudanças institucionais possam ser avaliados com maior robustez.

Adicionalmente, a ausência de uma estrutura nacional padronizada de avaliação da qualidade nos HUF compromete a comparabilidade dos resultados entre os hospitais. A diversidade metodológica dos estudos revisados, aliada à falta de diretrizes claras sobre quais indicadores utilizar, torna as análises excessivamente dependentes de escolhas metodológicas individuais, limitando a robustez das conclusões.

Aponta-se ainda que o foco da revisão rápida em produções científicas pode ter deixado de fora estudos relevantes da literatura cinzenta, como teses e dissertações com resultados não publicados em periódicos, que poderiam oferecer evidências complementares ou divergentes. Parte desses materiais foi incorporada nas discussões desta tese, mas futuros estudos poderão aprofundar sua análise sistemática.

Em relação específica à análise sobre dados abertos, uma limitação está relacionada à busca pelos dados, que se restringiu à página da Ebserh no portal eletrônico do governo federal (Gov.br), não sendo realizada uma comparação com os dados publicados no Portal Brasileiro de Dados

Abertos ([dados.gov.br](http://dados.gov.br)). Além disso, a análise foi realizada com base nos dados publicados, não investigando o tema do ponto de vista interno das organizações.

Ademais, não foram realizadas entrevistas com gestores, profissionais de saúde, docentes ou estudantes, que poderiam captar percepções, interpretações e dinâmicas institucionais não visíveis apenas na análise documental e na experiência da pesquisadora. A ausência dessa etapa qualitativa pode ter restringido a compreensão de aspectos contextuais e processuais relevantes para a implementação das políticas e a ativação de capacidades estatais. A inclusão de estudos que adotaram essa técnica de pesquisa buscou mitigar parcialmente essa limitação, mas não a elimina. Novas pesquisas poderão avançar nesse sentido, combinando métodos documentais, análises quantitativas e técnicas qualitativas de forma integrada.

Por fim, apesar da atuação e experiência da pesquisadora terem proporcionado um conhecimento agregado sobre a Rede Ebserh e as ações de gestão da qualidade nos HUF, essa proximidade também pode ter dificultado o necessário distanciamento do objeto da pesquisa, com riscos de vieses na análise. Os métodos e técnicas de pesquisa adotados buscaram minimizar esses riscos.

## 17 CONSIDERAÇÕES FINAIS

### 17.1 Principais achados

Esta tese analisou como a Ebserh tem influenciado a qualidade do cuidado em saúde nos HUF, a partir dos arranjos de implementação (atores e instrumentos) e da ativação de capacidades, por meio de uma abordagem metodológica mista. Dentre as capacidades (des)ativadas, deu-se especial ênfase à publicação de dados abertos como recurso para monitoramento e avaliação da qualidade. O trabalho contribui para o campo da implementação de políticas públicas ao demonstrar o papel das empresas públicas como arranjos institucionais inovadores em setores complexos, ressaltando a interdependência entre capacidades, arranjos de implementação e resultados. Além disso, produz um modelo analítico replicável para outras estatais da saúde, bem como oferece subsídios para o aprimoramento da gestão pública hospitalar em contextos federativos, sobretudo em temas como qualidade em saúde, transparência e *accountability*.

A pesquisa evidenciou que a Ebserh emerge como uma inovação institucional no campo da gestão pública em saúde e educação, ao articular elementos do modelo gerencial – com destaque para a flexibilidade de gestão característica de uma empresa pública – com os princípios do SUS e da autonomia universitária.

Os contratos de gestão estabelecidos entre a estatal e as IFES configuram-se como instrumentos centrais de formalização de objetivos, metas e responsabilidades, orientando a alocação dos recursos e viabilizando o monitoramento do desempenho. O uso de indicadores e práticas avaliativas busca assegurar eficácia e transparência, ainda que prevalecendo métricas de caráter operacional e quantitativo.

A análise dos objetivos da Ebserh demonstrou coerência entre sua identidade institucional e os instrumentos legais que a estruturam. Entretanto, evidenciou-se uma lacuna simbólica na Estratégia de Longo Prazo da estatal, que não explicita a qualidade como valor institucional, embora ela apareça indiretamente em objetivos estratégicos. Tal ausência pode comprometer a consolidação de uma cultura organizacional orientada para a excelência e para a melhoria contínua. Incorporar a qualidade como princípio estruturante do direcionamento institucional da Ebserh fortaleceria sua legitimidade pública, alinharia mais claramente seus objetivos às diretrizes do SUS e ampliaria a efetividade de sua atuação como instrumento de política pública.

O inventário de capacidades demonstrou que os arranjos de implementação da Rede Ebserh potencializaram principalmente capacidades técnico-administrativas, embora tenham também ativado capacidades político-relacionais.

Destacam-se avanços relevantes quanto à recomposição da força de trabalho por profissionais celetistas via concurso público, mas persistem desafios, como heterogeneidade de vínculos, desigualdades salariais, carência de especialistas e limitações na qualificação de profissionais nas áreas de gestão e segurança do paciente. Em recursos financeiros, a Ebserh consolidou-se como principal gestora do orçamento dos HUF, mas a restrição fiscal e a predominância de despesas fixas limitam a flexibilidade e a capacidade de inovação. Em recursos tecnológicos, a existência de soluções de tecnologia da informação estruturantes para a qualificação do cuidado, como o AGHU, Vigihosp e Painel de Indicadores de Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente é contraposta por fragmentação, baixa interoperabilidade e limitada apropriação pelos profissionais para o aproveitamento integral de funcionalidades.

Quanto às estratégias de monitoramento e avaliação, identificam-se variados instrumentos que apresentam baixa integração entre os níveis estratégico, tático e operacional. No campo estratégico, os Contratos de Gestão, os Contratos de Objetivos e os AOC concentram-se em métricas de produção e eficiência operacional, em detrimento de indicadores mais abrangentes da qualidade em saúde. Embora os IFC não tenham sido avaliados quanto à composição de indicadores, acredita-se que sigam a mesma lógica, indicando a necessidade de rompimento da lógica restrita de qualidade. O PGQuali, o PESP, o Programa Ebserh Gestão à Vista e as pesquisas de satisfação avançam em direção a outras dimensões da qualidade, mas ainda carecem de instrumentos que capturem a experiência do paciente de forma mais completa (ex.: indicadores de PREMs e PROMs).

A publicação de dados abertos permanece incipiente, reduzindo o seu potencial de uso como recurso para monitoramento e avaliação da qualidade em saúde nos HUF. A baixa atualização e a falta de alinhamento com a PNDA limitam também o controle social, a produção de conhecimento sobre os impactos da estatal e a retroalimentação participativa. Isso impede que a sociedade, pesquisadores e até os próprios profissionais utilizem essas informações para monitorar e aprimorar a qualidade do cuidado de forma abrangente nos HUF. A Ebserh foca em conformidade legal e *accountability* reativa, mas ainda não plenamente em uma *accountability* mais ampla e colaborativa.

De forma geral, esta tese revelou fragilidades na disponibilidade e padronização dos dados, bem como a ausência de um sistema nacional de monitoramento e avaliação que possibilite acompanhar, de forma transparente e contínua, o desempenho da Rede Ebserh. O fortalecimento da divulgação de dados abertos e o alinhamento de indicadores orientados por modelos holísticos de qualidade em saúde são condições essenciais para avançar na avaliação da estatal como instrumento de política pública. Investimentos em pesquisas longitudinais, metodologicamente diversificadas, que combinem dados quantitativos e qualitativos, são fundamentais para ampliar a compreensão sobre a qualidade da implementação da Ebserh e para subsidiar a formulação de políticas orientadas pela integralidade e pela excelência do cuidado no SUS.

No âmbito das capacidades político-relacionais, observam-se avanços na interação com atores políticos, que propiciaram o aporte de recursos financeiros (por meio das emendas parlamentares), e na articulação com órgãos de controle, que, além de indutores da criação da Ebserh e da recomposição da força de trabalho, têm oportunizado melhorias nas estratégias de monitoramento e avaliação da Rede de HUF, assim como em outras capacidades. Fragilidades ainda permanecem nos canais de participação social, centrados em mecanismos reativos e individuais. A expansão da participação deliberativa poderia fortalecer a coprodução de políticas, aprimorar a qualidade assistencial e consolidar a legitimidade da Ebserh.

Nos arranjos de implementação, a Ebserh assume um papel central, sendo responsável pela gestão de 45 HUF e pela articulação entre múltiplos atores estatais e não estatais de 10 grupos principais: Poder Executivo Federal e unidades vinculadas; Congresso Nacional; Secretarias e Conselhos de Saúde; Associações, sociedade civil e sociedades de classes profissionais; Setor produtivo, varejo e distribuição; Unidades da Rede de Atenção à Saúde; Entidades de apoio operacional; Instituições acadêmicas, de pesquisa e inovação; Órgãos de controle; e Organismos internacionais e multilaterais. A pluralidade de atores revela um arranjo complexo de variados papéis e interesses atuando em conjunto, que implicam em desafios de coordenação.

O sistema de governança desse arranjo utiliza uma variedade de instrumentos, como contratos de gestão (entre Ebserh e IFES), IFC (com gestores locais do SUS), leis, decretos, portarias, mecanismos de governança corporativa (Conselhos, Diretoria Executiva, Comitês), colegiados internos, ACT, greve, ouvidoria e acordos de cooperação. O sistema é policêntrico, com múltiplos centros de poder e autoridade.



Quanto aos mecanismos de governança dos HUF, embora sejam reconhecidos os três (hierarquia, mercado e redes), apontam-se as redes como predominantes. A Administração Central da Ebserh atua como um nó altamente centralizador e coordenador que auxilia o controle e padronização, entretanto, pode reduzir a capacidade de inovação dos HUF.

Algumas interações carecem de aprimoramento para que reflitam na ativação de capacidades e resultados em melhoria da qualidade. Como exemplo, cita-se a articulação com o Cidacs que poderia apoiar a construção da política de governança de dados da Rede Ebserh e auxiliar na capacitação de profissionais para dados abertos e conectados.

As evidências científicas mostraram que a Ebserh tem cumprido, em grande medida, sua finalidade institucional, sobretudo ao apoiar as IFES na gestão dos HUF e ao reassumir atividades públicas antes terceirizadas. Evidenciou-se que, apesar de efeitos negativos identificados nos HUF após a adesão à Ebserh (redução de pesquisas, fragilidades nas relações de trabalho, aumento de afastamentos por licença médica e baixa participação social nos processos decisórios), os resultados positivos foram mais expressivos, especialmente no fortalecimento da gestão hospitalar, no incremento da capacidade instalada (infraestrutura, recursos humanos e tecnológicos) e da produção assistencial, na melhoria da eficiência técnica e na redução do tempo médio de permanência de internação hospitalar.

Outro aspecto central nos estudos científicos, que também foi verificado nos contratos de gestão e em outros instrumentos de coordenação da Rede Ebserh, é a predominância de indicadores quantitativos, centrados em estrutura, volume e produção, em uma concepção hospitalocêntrica. Tal abordagem técnico-gerencial, embora relevante, limita a compreensão dos efeitos da Ebserh sobre a qualidade em saúde e obscurece dimensões mais complexas do cuidado, como segurança do paciente, cuidado oportuno, equitativo e centrado no usuário. Além disso, a pouca atenção dedicada ao ensino, extensão, pesquisa e inovação compromete a análise do papel estratégico dos HUF na formação de profissionais e na inovação. Essa lacuna reforça a importância de ampliar o escopo avaliativo para todas as dimensões da qualidade em saúde e incorporar uma visão integrada que considere a experiência do usuário, o valor entregue à sociedade e a interface ensino-serviço-comunidade.

Identificaram-se variações de efeitos e de sua magnitude entre os HUF que assinaram contrato de gestão com a Ebserh, o que sugere que a ativação de capacidades não é homogênea nas unidades da Rede Ebserh e que os impactos da mudança de governança dependem de fatores

contextuais, como condições iniciais das unidades, tempo de maturação do contrato, inserção na RAS, mudanças de governo e políticas públicas, que reconfiguram os arranjos institucionais, ora ativando capacidades, ora desativando. Esses achados apontam para a necessidade de análises qualitativas e estudos comparativos capazes de revelar mecanismos explicativos para as diferenças encontradas.

As reconfigurações dos arranjos de implementação e (des)ativação de capacidades ao longo dos diferentes governos federais demonstram a influência dos atores e interrelações, mediadas por instrumentos, na geração de resultados. Isso revela que a qualidade do cuidado em saúde depende não apenas de insumos e estruturas, mas sobretudo das interações entre atores e instrumentos que sustentam os arranjos de implementação. Alguns mecanismos explicativos dos resultados foram mapeados e discutidos, incluindo:

- a) indução de conformidade legal (TCU/MPF), que impulsionou a criação da Ebserh e a regularização de vínculos;
- b) gestão estratégica por contratos, que permitiu a contratação de pessoal via CLT e a ampliação da produção assistencial;
- c) fomento à cultura de qualidade e segurança, com programas corporativos como PGQuali, PESP e Ebserh Gestão à Vista, juntamente a sistemas de informação (painéis BI, Vigihosp), que fortaleceram a capacidade de monitoramento e avaliação;
- d) construção de parcerias e aprendizagem em redes, com destaque para a cooperação com instituições acadêmicas, secretarias de saúde e organismos internacionais, que promoveu a troca de práticas e a padronização de protocolos, fortalecendo a integração ensino-serviço e a circulação de conhecimento; e
- e) engajamento social, incluindo instrumentos como ouvidorias e pesquisas de satisfação, que ativaram parcialmente capacidades político-relacionais.

Diante de todos os elementos analisados, acredita-se que a Ebserh é um instrumento de política pública inovador e estratégico para a reestruturação e melhoria da qualidade dos HUF, mas ainda em processo de consolidação. Embora tenha promovido avanços significativos em termos de capacidades técnico-administrativas e resultados em produção assistencial, ela enfrenta desafios importantes relacionados à transparência dos dados, à efetiva participação social e à gestão de tensões institucionais. A superação dessas fragilidades é fundamental para que a Ebserh possa

cumprir plenamente sua missão de garantir a excelência do cuidado em saúde no SUS, a formação de profissionais e o desenvolvimento de pesquisa e inovação.

## **17.2 Perspectivas para estudos futuros**

A partir das evidências levantadas nesta pesquisa, recomenda-se a condução de estudos futuros que aprofundem a compreensão dos seguintes aspectos:

- a) avaliação do impacto da implantação da Ebserh na melhoria da qualidade dos serviços prestados pelos HUF, considerando todas as categorias de processos – assistência à saúde, gestão hospitalar, ensino, extensão, pesquisa e inovação –, envolvendo a totalidade da Rede Ebserh, permitindo uma análise mais abrangente e comparativa entre unidades;
- b) avaliação do impacto dos contratos de gestão na produção científica dos HUF, especialmente no que diz respeito à redução no desenvolvimento de pesquisas evidenciada na revisão rápida desta tese;
- c) análise da efetividade dos modelos de gestão e práticas gerenciais adotados nos HUF, à luz das diretrizes estabelecidas pela Ebserh, a fim de identificar se os princípios e objetivos institucionais estão, de fato, sendo traduzidos em práticas concretas e eficazes;
- d) avaliação de eficiência econômica, com abordagem longitudinal e foco nas dimensões econômico-financeiras da gestão hospitalar, visando aferir a sustentabilidade e os resultados dos investimentos realizados nos HUF;
- e) investigação das causas dos efeitos antagônicos observados entre diferentes HUF da Rede Ebserh, no que se refere à melhoria da qualidade da prestação de serviços, com o objetivo de contribuir para o desenho de estratégias mais equitativas e eficazes de gestão;
- f) avaliação da percepção de servidores, empregados, estudantes e usuários dos HUF sobre a mudança de governança;
- g) avaliação comparativa de modelos de gestão hospitalar (administração direta, OS, entidade estatal autônoma com gestão privada, contrato de gestão com a Ebserh,

empresa estatal diretamente, etc.) a fim de se identificar aquele que traz melhores resultados para a administração pública e sociedade; e

- h) análise dos mecanismos causais que explicam os resultados observados na melhoria da qualidade do cuidado em saúde na Rede Ebserh por meio do rastreamento de processos, refinando as inferências causais apresentadas nesta pesquisa.

Além disso, os resultados obtidos neste trabalho podem servir de base para estudos pela Rede Ebserh para a (re)formulação de políticas e outras iniciativas voltadas à melhoria contínua dos HUF. O **Apêndice G** apresenta um *policy brief* que sintetiza os achados da revisão rápida realizada nesta pesquisa e pode ser utilizado como instrumento de apoio à gestão, favorecendo a disseminação do conhecimento produzido e a tomada de decisão baseada em evidências.

Registre-se ainda que a Portaria Conjunta MS/MEC nº 8.033, de 29 de agosto de 2025, que redefine os critérios para a Certificação de Hospitais de Ensino, foi publicada em 15 de setembro de 2025, representando um marco potencial para o fortalecimento da interface ensino-serviço-pesquisa no SUS (Brasil, 2025e). Por ter sido publicada no momento de encerramento desta pesquisa, não foi possível trazer uma análise em profundidade de seu conteúdo, contudo, abre-se um campo promissor para estudos futuros sobre como esses novos parâmetros normativos poderão influenciar os arranjos de implementação, a ativação de capacidades e a qualidade do cuidado nos HUF.

### 17.3 Agendas futuras

Melhorar a qualidade do cuidado em saúde nos HUF é uma escolha política – uma decisão do Estado e da sociedade que afeta as gerações atuais e futuras, com implicações diretas para o bem-estar social e para a vida. Entre os possíveis cenários, é possível escolher o futuro no qual a Ebserh se consolida como uma rede de HUF de excelência para o SUS, ofertando formação profissional em serviço e um cuidado efetivo, eficiente, seguro, oportuno e centrado nas pessoas.

O amplo estoque de capacidades, a diversidade de atores e a pluralidade de instrumentos presentes no arranjo de governança dos HUF constituem as bases para alcançar os resultados almejados. Parte dos problemas crônicos dos HUF decorre justamente da articulação incipiente entre essas dimensões, o que exige uma atuação coordenada e sustentada.

As sete alavancas da OMS, OCDE e Banco Mundial (2018) para melhoria da qualidade evidenciam que avanços isolados não são suficientes: é preciso integrar transformação clínica, padrões de qualidade, engajamento social, capacitação, melhoria contínua, incentivos e instrumentos regulatórios. A Matriz Propositiva apresentada na tese indica caminhos concretos para o desenvolvimento dessas dimensões, fortalecendo capacidades e o modelo de governança promovido pela Ebserh, de modo a consolidar práticas sustentáveis de gestão e cuidado e orientar a agenda futura da Rede Ebserh.

É importante reconhecer que a qualidade é responsabilidade de todos. Mas, é ainda mais primordial reconhecer que uma cultura voltada para a qualidade se faz com lideranças engajadas, capazes de promover em suas equipes o mecanismo propulsor para essas alavancas.

Entre as possibilidades de desenvolvimento, destacam-se: institucionalizar uma política de qualidade na Rede Ebserh, com metas claras e sustentáveis; revisar os contratos de gestão para incluir indicadores que vão além das métricas de produção, incorporando as dimensões de segurança do paciente, equidade, cuidado oportuno e centrado nas pessoas; priorizar métricas que reflitam desfechos clínicos, experiência do paciente (PROMs e PREMs) e uso racional dos recursos, deslocando o centro da avaliação do processo para os resultados; fortalecer a governança colaborativa e a coesão entre os atores do arranjo de implementação da Rede Ebserh, ampliando espaços de participação; consolidar sistemas interoperáveis de informação e painéis públicos que permitam acompanhar indicadores de qualidade, alinhando-os às melhores práticas nacionais e internacionais, às metas dos ODS, às diretrizes da OCDE e OMS, e ao Plano de Ação Global de Segurança do Paciente; ampliar o uso estratégico de dados para embasar decisões gerenciais e políticas, promovendo transparência e *accountability*; e consolidar uma cultura de qualidade que se traduza em resultados efetivos em saúde e para a formação profissional.

A discussão sobre qualidade do cuidado em saúde deve ganhar centralidade na agenda governamental, de forma intersetorial, envolvendo também o setor privado, os órgãos de controle e a sociedade civil. A garantia do acesso universal deve ser acompanhada de compromissos efetivos com a excelência e a integralidade do cuidado.

Ademais, as agendas futuras de qualidade do cuidado em saúde nos HUF devem estar integradas às tendências globais, com destaque para a transformação digital e sustentabilidade ambiental. O uso estratégico de inteligência artificial (IA) articulada a dados clínicos e a PROMs/PREMs representa uma oportunidade para predição de desfechos, alocação mais eficiente

de recursos e melhoria contínua da qualidade. Evidências apontam que modelos de IA podem antecipar riscos, otimizar fluxos assistenciais e apoiar decisões compartilhadas, desde que incorporados com transparência, validação externa e participação de profissionais e pacientes em seu desenvolvimento (Pearce et al., 2023; Wójcik et al., 2025). Paralelamente, torna-se imprescindível incorporar a dimensão ambiental. Há evidências de que os sistemas de saúde respondem por cerca de 4-5 % das emissões globais de gases de efeito estufa, e que tecnologias digitais e IA podem tanto aumentar esse impacto (pelo consumo energético e descarte de equipamentos) quanto reduzi-lo, por exemplo, com telemedicina, otimização logística e uso eficiente de insumos (Richie et al., 2025). Assim, a Rede Ebserh pode liderar a adoção de soluções tecnológicas que conciliem inovação voltada para qualidade e responsabilidade ambiental.

Apresenta-se ainda a necessidade de um monitoramento contínuo dos resultados alcançados e uma avaliação aprofundada e sistematizada da temática para fortalecer capacidades, orientar ajustes e assegurar que os HUF cumpram plenamente sua missão: oferecer cuidado de qualidade à população, formar profissionais altamente qualificados e impulsionar pesquisa e inovação no âmbito do SUS.

## REFERÊNCIAS

- ABBADE, Eduardo Botti. O impacto da gestão EBSEERH na produção dos hospitais universitários do Brasil. **Cien Saude Colet**, v. 27, n. 3, p. 999–1013, mar. 2022.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Manual metodológico do programa de monitoramento da qualidade hospitalar – PM-QUALISS**. Rio de Janeiro: ANS, 2024. Disponível em: <<https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/manual-metodologico-qualiss.pdf>>. Acesso em: 23 jul. 2025.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html)>. Acesso em: 30 jul. 2025.
- ANDREAZZI, Maria de Fatima Siliansky de. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: Inconsistências à Luz da Reforma do Estado. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, n. 2, p. 275–284, jun. 2013.
- ANSELL, Chris; GASH, Alison. Collaborative Governance in Theory and Practice. **Journal of Public Administration Research and Theory**, v. 18, n. 4, p. 543–571, 1 out. 2008.
- ARAÚJO, Kizi Mendonça de; LETA, Jacqueline. Os hospitais universitários federais e suas missões institucionais no passado e no presente. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 21, n. 4, p. 1261–1281, dez. 2014.
- ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS. **Desafios de Qualidade em Saúde no Brasil** - Os elementos fundamentais para medir a qualidade das instituições hospitalares. Anahp, 2022. Disponível em: <<https://www.anahp.com.br/pdf/manual-desafios-qualidade-em-saude-no-brasil.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2024.
- ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS; WOLTERS KLUWER. **Pesquisa - Qualidade, Segurança do Paciente e a importância das ferramentas de suporte à decisão clínica**. Anahp e Wolters Kluwe, 2024. Disponível em: <[https://www.anahp.com.br/wp-content/uploads/2024/08/Anahp\\_Pesquisa\\_qualidade\\_e\\_seguranca\\_2024.pdf](https://www.anahp.com.br/wp-content/uploads/2024/08/Anahp_Pesquisa_qualidade_e_seguranca_2024.pdf)>. Acesso em: 14 dez. 2024.
- BANCO MUNDIAL. **Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial**. O Estado num mundo em transformação. Washington, D.C.: Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento, 1997.
- BARBOSA, Flávia Monize; GAMBI, Lillian Do Nascimento; GEROLAMO, Mateus Cecilio. Liderança e gestão da qualidade – um estudo correlacional entre estilos de liderança e princípios da gestão da qualidade. **Gestão & Produção**, v. 24, n. 3, p. 438–449, 28 set. 2017.

BEACH, Derek; PEDERSEN, Rasmus Brun. Congruence Methods. In: **Causal Case Study Methods: Foundations and Guidelines for Comparing, Matching, and Tracing**. Ann Arbor: University of Michigan Press, 2016.

BERSCH, Katherine; PRAÇA, Sérgio; TAYLOR, Matthew M. State Capacity, Bureaucratic Politicization, and Corruption in the Brazilian State. **Governance**, v. 30, n. 1, p. 105–124, jan. 2017.

BERTALANFFY, Ludwig von. **Teoria geral dos sistemas: fundamentos, desenvolvimento e aplicações**. Tradução: Francisco M. Guimarães. 5. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

BERWICK, Donald; SNAIR, Megan; NISHTAR, Sania. Crossing the Global Health Care Quality Chasm: A Key Component of Universal Health Coverage. **JAMA**, v. 320, n. 13, p. 1317, 2 out. 2018.

BODENHEIMER, Thomas; SINSKY, Christine. From Triple to Quadruple Aim: Care of the Patient Requires Care of the Provider. **The Annals of Family Medicine**, v. 12, n. 6, p. 573–576, 1 nov. 2014.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 5 out. 1988.

BRASIL. Câmara dos Deputados. CLP debate sobre a Crise dos Hospitais Universitários pós Lei 12.550/2011. **Portal da Câmara dos Deputados**. 8 jun 2018b. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/clp/noticias/clp-debate-sobre-a-crise-dos-hospitais-universitarios-pos-lei-12-550-2011-1>>. Acesso em: 4 ago. 2025.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei Complementar nº 92, de 2007**. Dispõe sobre a criação das fundações estatais e dá outras providências. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 4 jun. 2007b. Disponível em: <[https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra?codteor=484676&filename=A\\_vulso+-PLP+92/2007](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=484676&filename=A_vulso+-PLP+92/2007)>. Acesso em: 23 jul. 2025.

BRASIL. Casa Civil da Presidência da República. **Guia da política de governança pública**. Brasília: Casa Civil da Presidência da República, 2018a. Disponível em: <<https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/downloads/guia-da-politica-de-governanca-publica/>>. Acesso em: 13 abr. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **O SUS não pode morrer!** Assine contra a redução de investimento sem saúde. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1055:o-sus-nao-pode-morrer-assine-contr-a-reducao-de-investimentos-em-saude&catid=87](http://conselho.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=1055:o-sus-nao-pode-morrer-assine-contr-a-reducao-de-investimentos-em-saude&catid=87)>. Acesso em: 1 ago. 2021.

BRASIL. Controladoria-Geral da União. Secretaria de Integridade Pública. **6º Plano de Ação Nacional em Governo Aberto - Open Government Partnership 2023/2027**. Brasília:



Controladoria-Geral da União, 2023a. Disponível em: <[https://www.gov.br/cgu/pt-br/governo-aberto/a-ogp/planos-de-acao/6deg-plano-de-acao-brasileiro/brazil\\_action-plan\\_2023-2027\\_december\\_pt.pdf](https://www.gov.br/cgu/pt-br/governo-aberto/a-ogp/planos-de-acao/6deg-plano-de-acao-brasileiro/brazil_action-plan_2023-2027_december_pt.pdf)>. Acesso em: 5 ago. 2025.

BRASIL. **Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010**. Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais- REHUF, dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais. 27 jan. 2010a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7082.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7082.htm)>. Acesso em: 30 set. 2024.

BRASIL. **Decreto nº 9.203, de 22 de novembro de 2017**. Dispõe sobre a política de governança da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. 22 nov. 2017c.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 109, de 15 de março de 2021**. Altera os arts. 29-A, 37, 49, 84, 163, 165, 167, 168 e 169 da Constituição Federal e os arts. 101 e 109 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias; acrescenta à Constituição Federal os arts. 164-A, 167-A, 167-B, 167-C, 167-D, 167-E, 167-F e 167-G; revoga dispositivos do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias e institui regras transitórias sobre redução de benefícios tributários; desvincula parcialmente o superávit financeiro de fundos públicos; e suspende condicionalidades para realização de despesas com concessão de auxílio emergencial residual para enfrentar as consequências sociais e econômicas da pandemia da Covid-19. 16 mar. 2021b.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. 15 dez. 2016b.

BRASIL. Gabinete de Transição Governamental. **Relatório final do Gabinete de Transição Governamental**. Brasília: Gabinete de Transição, 2022b. Disponível em: <<https://static.poder360.com.br/2022/12/Relatorio-final-da-transicao-de-Lula.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2025.

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. 19 set. 1990a.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 31 dez. 1990b.

BRASIL. **Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998**. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. 18 maio 1998.

BRASIL. **Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011.** Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências. 16 dez. 2011b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm)>. Acesso em: 23 abr. 2022.

BRASIL. **Lei nº 13.005, de 25 de junho de 2014.** Aprova o Plano Nacional de Educação - PNE e dá outras providências. 26 jun. 2014, Sec. 1, p. 1–7.

BRASIL. **Medida Provisória nº 520, de 31 de dezembro de 2010.** Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. - EBSEH e dá outras providências. 31 dez. 2010c.

BRASIL. Ministério da Economia. **Programa Nacional de Publicização:** relatório do projeto de cooperação entre a Secretaria de Gestão do Ministério da Economia do Brasil e o programa Eurosocial. Brasília, DF: DEMOR/ SEGES/Ministério da Economia, 2022d.

BRASIL. Ministério da Educação, Ministério da Saúde, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Acordo de Cooperação nº 02/2023** - Acordo de Cooperação que entre si celebram a União, por intermédio do Ministério da Educação - MEC e do Ministério da Saúde - MS, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - Ebserh, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS, para os fins que especifica. Brasília, 13 jul. 2023b. Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/governanca/plataformas-e-tecnologias/aghu/act-entre-mec-ms-conass-e-conasems/acordo-cooperacao-02-2023-mec-ms-conass-conasems.pdf>>. Acesso em: 5 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Educação, Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 285, de 24 de março de 2015.** Redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE). Brasília, DF: Ministério da Educação, Ministério da Saúde, 24 mar. 2015c. Disponível em: <[https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau delegis/gm/2015/prt0285\\_24\\_03\\_2015.html](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau delegis/gm/2015/prt0285_24_03_2015.html)>. Acesso em: 23 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Educação. **Parcerias ajudarão unidades a aperfeiçoar gestão e serviços - MEC.** Ministério da Educação, 2 dez. 2015b. Disponível em: <<https://portal.mec.gov.br/ultimas-noticias/212-educacao-superior-1690610854/32451-parcerias-ajudarao-unidades-a-aperfeiçoar-gestao-e-servicos>>. Acesso em: 30 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Gestão e da Inovação em Serviços Públicos. Secretaria de Coordenação e Governança das Empresas Estatais. **Relatório Agregado das Empresas Estatais Federais.** Ano base 2023. Brasília: Ministério da Gestão e da Inovação em Serviços Públicos, 2024c. Disponível em: <[https://www.gov.br/gestao/pt-br/assuntos/estatais/transparencia/publicacoes-2/relatorio-agregado-sest/relatorio\\_empresas\\_estatais\\_federais\\_2024.pdf](https://www.gov.br/gestao/pt-br/assuntos/estatais/transparencia/publicacoes-2/relatorio-agregado-sest/relatorio_empresas_estatais_federais_2024.pdf)>. Acesso em: 8 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Gestão e da Inovação em Serviços Públicos. Secretaria de Coordenação e Governança das Empresas Estatais. Ebserh. **Panorama das Estatais**. Disponível em: <<https://panoramadasestatais.gestao.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=paineldoppaineIdopanorada.qvw&lang=en-US&host=QVS%40srvbsaiasprd07&anonymous=true>>. Acesso em: 14 maio. 2025a.

BRASIL. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. **Portaria Conjunta MS/MEC nº 8.033, de 29 de agosto de 2025**. Dispõe sobre requisitos para obtenção da Certificação de Hospital de Ensino por parte dos estabelecimentos hospitalares, públicos ou privados, próprios ou conveniados a Instituições de Ensino Superior - IES, públicas ou privadas, devidamente inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES. Brasília: Ministério da Saúde, Ministério da Educação, 29 ago. 2025e. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-conjunta-ms/mec-n-8.033-de-29-de-agosto-de-2025-655713568>>. Acesso em: 19 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão de Relatoria Nacional. **Relatório Nacional Consolidado da 4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024b. Disponível em: <<https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/conferencias/4a-cngtes/publicacoes/4-cngtes-relatorio-nacional-consolidado.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde**: todos usam o SUS: SUS na seguridade social: Política pública, patrimônio do povo brasileiro: Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2012. Disponível em: <<https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/relatorios/relatorio-final-da-14a-conferencia-nacional-de-saude/>>. Acesso em: 11 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mutirão do Agora Tem Especialistas realizará 10,3 mil cirurgias, exames e consultas para pacientes do SUS neste sábado (5)**. Ministério da Saúde, 4 jul. 2025d. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/julho/mutirao-do-agora-tem-especialistas-realizara-10-3-mil-cirurgias-exames-e-consultas-para-pacientes-do-sus-neste-sabado-5>>. Acesso em: 6 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde 2024-2027**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024a. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/instrumentos-de-planejamento/pns/plano-nacional-de-saude-pns-2024-2027/>>. Acesso em: 9 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PNASS - Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde**. Resultado do processo avaliativo 2004-2006. Brasília: Ministério da Saúde, abr. 2007a. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnass\\_2004\\_2006.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnass_2004_2006.pdf)>. Acesso em: 22 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde.

Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: <<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-2-Politicas.html>>. Acesso em: 2 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017.html)>. Acesso em: 20 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.604, de 18 de outubro de 2023.** Institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 18 out. 2023c. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt1604\\_20\\_10\\_2023.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt1604_20_10_2023.html)>. Acesso em: 21 maio. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.492, de 8 de abril de 2024.** Institui o Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 8 abr. 2024d. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3492\\_11\\_04\\_2024.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3492_11_04_2024.html)>. Acesso em: 21 maio. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013.** Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Ministério da Saúde, 1 abr. 2013a. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)>. Acesso em: 17 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma do sistema de atenção hospitalar brasileiro.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/reforma\\_sistema\\_atencao\\_hospitalar\\_brasileiro.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/reforma_sistema_atencao_hospitalar_brasileiro.pdf)>. Acesso em: 5 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Portaria nº 3, de 11 de janeiro de 2016.** Dispõe sobre a implantação de Centros Colaboradores em processos de qualificação de profissionais no plano de resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika. 12 jan. 2016 a, Sec. 1, p. 35.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Informação e Saúde Digital. Departamento de Monitoramento, Avaliação e Disseminação de Informações Estratégicas em Saúde. **Plano de Dados Abertos do Ministério da Saúde:** Julho/2024 – Julho/2026. Brasília: Ministério da Saúde, 2025b. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/dados-abertos/pda/plano-de-dados-abertos-ms-2024-2026.pdf/view>>. Acesso em: 10 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Monitoramento, Avaliação e Disseminação de Dados e Informações Estratégicas em Saúde. **Glossário temático:** monitoramento e avaliação. Brasília: Ministério da Saúde, 2022a. Disponível em:

<<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/demas/publicacoes/glossario-tematico-monitoramento-e-avaliacao.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2024.

BRASIL. Presidência da República. **Exposição de Motivos. EMI nº 00383/2010/MP/MEC.** Projeto de Lei que autoriza o Poder Executivo a criar a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. - EBSEH. 23 dez. 2010 b.

BRASIL. Senado Federal. **Projeto de Lei da Câmara nº 79, de 2011.** Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei no 2.848, de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências, jun. 2011a. Disponível em: <<https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=4194077&ts=1630418093935&disposition=inline.>>. Acesso em: 23 abr. 2022.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **10 passos para boa governança.** Brasília: Tribunal de Contas da União, Secretaria de Controle Externo da Administração do Estado, 2021a. Disponível em: <[https://portal.tcu.gov.br/data/files/D5/F2/B0/6B/478F771072725D77E18818A8/10\\_passos\\_para\\_boa\\_governanca\\_v4.pdf](https://portal.tcu.gov.br/data/files/D5/F2/B0/6B/478F771072725D77E18818A8/10_passos_para_boa_governanca_v4.pdf)>. Acesso em: 29 ago. 2025.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **5 motivos para abertura de dados na Administração Pública.** Brasília: Tribunal de Contas da União, 2015a.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Acórdão 1610/2013.** Consolidação das auditorias realizadas nos hospitais universitários. Avaliação dos controles internos na área de licitações e contratos. Recomendações e ciências. Arquivamento. Brasília: Tribunal de Contas da União, 26 jun. 2013b. Disponível em: <[https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/#/documento/acordao-completo/\\*/NUMACORDAO%253A1610%2520ANOACORDAO%253A2013%2520COLEGIADO%253A%2522Plen%25C3%25A1rio%2522/DTRELEVANCIA%2520desc%252C%2520NUMACORDAOINT%2520desc/0/%2520](https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/#/documento/acordao-completo/*/NUMACORDAO%253A1610%2520ANOACORDAO%253A2013%2520COLEGIADO%253A%2522Plen%25C3%25A1rio%2522/DTRELEVANCIA%2520desc%252C%2520NUMACORDAOINT%2520desc/0/%2520)>. Acesso em: 17 set. 2025.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Acórdão 2172/2022 - Plenário.** Solicitação do Congresso Nacional para realização de procedimento fiscalizatório específico na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH) com o objetivo de verificar a gestão dos Hospitais Universitários Federais; a utilização dos recursos financeiros e orçamentários; a legalidade das contratações de pessoal para prestação de serviços públicos fora do Regime Jurídico Único (RJU); a legalidade das remunerações de pessoal da EBSEH e respectivas informações no Portal da Transparência. Brasília: Tribunal de Contas da União, 2022c. Disponível em: <<https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/documento/acordao-completo/ebserh/%2520/DTRELEVANCIA%2520desc%252C%2520NUMACORDAOINT%2520desc/130>>. Acesso em: 5 ago. 2025.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Acórdão 2582/2024 - Plenário.** Relatório da auditoria operacional realizada na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - Ebserh, no período de 5/3/2024 a 6/9/2024, com o objetivo de identificar e analisar as principais estratégias da instituição voltadas às dimensões assistência à saúde e ensino. Brasília: Tribunal de Contas da

União, 4 dez. 2024e. Disponível em: <<https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/redireciona/acordao-completo/ACORDAO-COMPLETO-2685058>>. Acesso em: 4 ago. 2025.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Acórdão 2731/2008** - Plenário. Fiscalização de orientação centralizada. Tema de maior significância "educação". Avaliação do relacionamento das Instituições Federais de Ensino Superior com suas fundações de apoio. Relatório de consolidação. Diversas falhas. Determinações. Recomendações. Brasília: Tribunal de Contas da União, 26 nov. 2008. Disponível em: <<https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/redireciona/acordao-completo/ACORDAO-COMPLETO-36093>>. Acesso em: 11 mar. 2025.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Acórdão 2813/2009** - Plenário. Auditoria Operacional. Fiscalização de orientação centralizada. Hospitais Universitários. Identificação de problemas, boas práticas e oportunidades de melhoria nas áreas de gestão estratégica, recursos financeiros, pessoal, materiais, insumos e equipamentos, sistemas de informação, avaliação de desempenho institucional e contratualização. Discussão de questões relativas a autonomia, financiamento, estruturação, quadro de pessoal e inserção na rede do SUS. Determinações, recomendações e comunicações. Brasília: Tribunal de Contas da União, 2009. Disponível em: <<https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/redireciona/acordao-completo/ACORDAO-COMPLETO-1141685>>. Acesso em: 11 mar. 2025.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Referencial Básico de Governança Organizacional para organizações públicas e outros entes jurisdicionados ao TCU/ Tribunal de Contas da União**. 3. ed. Brasília: TCU, Secretaria de Controle Externo da Administração do Estado – Secex Administração, 2020.

CALLON, Michel. Entrevista com Michel Callon: dos estudos de laboratório aos estudos de coletivos heterogêneos, passando pelos gerenciamentos econômicos. **Sociologias**, n. 19, p. 302–321, jun. 2008.

CAMPAGNUCCI, Fernanda. Formulando políticas públicas baseadas em dados. In: **Publicadores de dados** [recurso eletrônico]: da gestão estratégica à abertura. São Paulo: Open Knowledge Brasil, 2021. p. 10–18.

CAPANO, Giliberto; HOWLETT, Michael; RAMESH, M. Re-thinking Governance in Public Policy: Dynamics, Strategy and Capacities. In: **Varieties of Governance**: Dynamics, Strategies, Capacities. [S.l.]: Palgrave Macmillan, 2015. p. 3–16.

CAPUCHO, Helaine Carneiro; CASSIANI, Silvia Helena de Bortoli. Necessidade de implantar programa nacional de segurança do paciente no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 4, p. 791–798, ago. 2013.

CARDOSO, Rafael Antônio Lima; CARNEIRO, Glauco de Figueiredo; MENEZES, José Euclimar Xavier de. Dados Abertos Governamentais no contexto de Políticas Públicas de Saúde e Sistemas Prisionais: Realidade ou Utopia? **Olhares das ciências sobre as questões sociais**, v. 19, n. 2, p. 65–80, dez. 2020.

CARMO FILHO, Ricardo do; BORGES, Pedro Pereira. Relação entre gestão financeira e qualidade assistencial em hospitais: evidências bibliométricas. **Contribuciones a las Ciencias Sociales**, v. 17, n. 7, p. e8322, 11 jul. 2024.

CARVALHO, Carolina de Campos et al. Análise do desempenho dos serviços de saúde em um grupo de municípios vulneráveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 7, jul. 2024.

CARVALHO, Madaí Souza de. **Melhoria da qualidade da atenção hospitalar no Brasil: um tema fora da agenda governamental?** Trabalho de Conclusão de Curso da Pós- Graduação lato sensu em Controle de Políticas Públicas – Brasília: Instituto Serzedello Corrêa, Escola Superior do Tribunal de Contas da União, 2022.

CAVALCANTE, Pedro; PIRES, Roberto. **Governança Pública: Construção de Capacidades para a Efetividade da Ação Governamental**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA. Diretoria de Estudos Setoriais - DISET, 26 jul. 2018. Disponível em: <<https://repositorio.ipea.gov.br/server/api/core/bitstreams/f75f0463-59ac-4482-a6ed-cccb3d0a372e/content>>. Acesso em: 10 fev. 2025.

CENTENO, Miguel; KOHLI, Atul; YASHAR, Deborah J. Unpacking states in the developing world: Capacity, performance, and politics. In: **States in the Developing World**. Cambridge: Cambridge University Press, 2017.

CGI.BR, Núcleo de Informação e Coordenação do Ponto. **Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos domicílios brasileiros: TIC Domicílios 2019**. São Paulo: Núcleo de Informação e Coordenação do Ponto BR, 2020.

CHAVES, Lenir Aparecida et al. **Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) 2015-2016: uma análise sobre os hospitais no Brasil**. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 24, p. e210002, 2021.

CHIORO, Arthur et al. A política de contratualização dos hospitais de ensino: o que mudou na prática? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 5691–5700, 26 nov. 2021.

CINTRÃO, Luciano Pezza. Gestão da Informação para o efetivo monitoramento das políticas públicas. In: DELGADO, Ana Luiza de Menezes et al. (Orgs.). **Gestão de políticas públicas de direitos humanos - coletânea**. Coletânea. Brasília: Enap, 2016.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Zulmira Maria De Araujo (Org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise e implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. p. 29–47.

CORTES, Soraya Vargas. *Policy community* defensora de direitos e a transformação do Conselho Nacional de Assistência Social. **Sociologias**, v. 17, n. 38, p. 122–154, abr. 2015.

COSTA, Frederico Lustosa da; CASTANHAR, José Cezar. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. **Revista de Administração Pública**, v. 37, n. 5, p. 969–992, 1 jan. 2003.

CUNHA, Eleonora Schettini Martins; ARAÚJO, Carmem E. Leitão. **Process tracing nas ciências sociais: fundamentos e aplicabilidade**. Brasília: Enap, 2018.

CUNHA, Patrick et al. Competência informacional para uso de Dados Abertos: tendências e perspectivas. **Em Questão**, v. 30, p. e-136545, 2024.

DALCIN, Tomás; LUNARDI, Guilherme; BARCELOS, Camila. Um estudo sobre o impacto da adesão dos hospitais universitários federais à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh). **RAHIS. Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v. 18, n. 3, p. 149–169, 2021.

DIEGOLI, Henrique. Prefácio. In: **Atlas de Variação em Saúde - Brasil**. Joinville, SC: Academia Vbhc Educacao E Consultoria Ltda, 2022.

DONABEDIAN, Avedis. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**, v. 114, n. 11, p. 1115–1118, nov. 1990.

EBSERH. **Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários**. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 4 out. 2023c. Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/governanca/plataformas-e-tecnologias/agh>>. Acesso em: 26 abr. 2025.

EBSERH. **Cadeia de Valor**. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 5 abr. 2024e. Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/aceso-a-informacao/institucional/cadeia-de-valor>>. Acesso em: 13 jul. 2025.

EBSERH. **Consultoras do Projeto Oncorede/Ebserh visitam HU-UFMA**. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 13 jun. 2024f. Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hu-ufma/comunicacao/noticias/consultoras-do-projeto-oncorede-ebserh-visitam-hu-ufma>>. Acesso em: 6 ago. 2025.

EBSERH. **Contratos de Gestão**. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2025a. Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/contratos-de-gestao>>. Acesso em: 8 ago. 2025.

EBSERH. **Contratos de Objetivos/Acordo Organizativo de Compromissos**. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Brasília, 2025b. Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/aceso-a-informacao/receitas-e-despesas/contratos-de-objetivo>>. Acesso em: 8 ago. 2025.

EBSERH. Coordenadoria de Comunicação Social da Ebserh. **Assinado acordo para troca de experiências entre hospitais da Rede Ebserh e da França**. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 30 maio 2017. Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br>>.



br/comunicacao/noticias/assinado-acordo-para-troca-de-experiencias-entre-hospitais-da-rede-ebserh-e-da-franca>. Acesso em: 5 ago. 2025.

EBSERH. Coordenadoria de Comunicação Social da Rede Ebserh. **Ebserh publica números da Pesquisa de Satisfação do Residente**. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 31 jan. 2024d. Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/comunicacao/noticias/ebserh-publica-numeros-da-pesquisa-de-satisfacao-do-residente>>. Acesso em: 16 jul. 2025.

EBSERH. **Dados abertos - Hospital Universitário Júlio Maria Bandeira de Mello- HUIB- UFCG**. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 15 out. 2025i. Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/huib-ufcg/aceso-a-informacao/dados-abertos/dados-abertos-1>>. Acesso em: 10 nov. 2025.

EBSERH. **Dados Abertos - Hospital Universitário Onofre Lopes (Huol-UFRN)**. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 7 out. 2025g. Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/huol-ufrn/aceso-a-informacao/dados-abertos-1/dados-abertos>>. Acesso em: 10 nov. 2025.

EBSERH. **Decreto nº 7.661, de 28 de dezembro de 2011**. Aprova o Estatuto Social da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSERH, e dá outras providências. 28 dez. 2011.

EBSERH. **Ebserh 10 Anos**. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/aceso-a-informacao/institucional/ebserh-10-anos/ebserh-10-anos>>. Acesso em: 30 jul. 2025.

EBSERH. **Ebserh e IFF/Fiocruz promovem qualificação do cuidado neonatal e obstetrício em iniciativa conjunta**. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 6 ago. 2024g. Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/comunicacao/noticias/ebserh-e-iff-fiocruz-promovem-qualificacao-do-cuidado-neonatal-e-obstetricio-em-iniciativa-conjunta>>. Acesso em: 6 ago. 2025.

EBSERH. Estratégia de Longo Prazo. **Mapa Estratégico 2024-2028**. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 15 dez. 2023d. Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/governanca/gestao-estrategica/estrategia-de-longo-prazo/mapa-estrategico>>. Acesso em: 30 jul. 2025.

EBSERH. **Estrutura Organizacional**. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, nov. 2024i. Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/aceso-a-informacao/institucional/estrutura-organizacional>>. Acesso em: 23 fev. 2024.

EBSERH. **Guia de Gestão Estratégica dos Hospitais da Rede Ebserh**. Brasília: Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, jan. 2024c. Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/governanca/gestao-estrategica/guia-de-gestao-estrategia>>. Acesso em: 23 fev. 2024.

EBSERH. **Manual Técnico do Dimensionamento de Pessoal para as áreas administrativas**. 1. ed. Brasília: Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2022b.

EBSERH. **Painel Geral de Gestão de Pessoas.** Mapa da Força de Trabalho. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, out. 2024h. Disponível em:

<<https://app.powerbi.com/reportEmbed?reportId=f9aebae3-0c3d-407c-950a-43b36be3d46c&autoAuth=true&ctid=64d34ddd-aff0-4d95-b7f1-0734a5c845e5>>. Acesso em: 2 nov. 2024.

EBSERH. **Painel Gestão Estratégica.** Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 9 jul. 2025f. Disponível em:

<<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiNGU1NDBhYmQtYjc5Zi00YjU5LTlkNDAtODg5NzM3NzdhNzQxIiwidCI6IjY0ZDM0ZGRkLWFmZjAtNGQ5NS1iN2YxLTA3MzRhNWM4NDVI>>. Acesso em: 9 jul. 2025.

EBSERH. **Painel Informações Orçamentárias e Financeiras** - Microsoft Power BI. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2023a. Disponível em:

<<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiY2U1NTEyOTUtM2I1ZC00OWI2LWE3MDMtMmQ0YzViMGQ5MDk3IiwidCI6IjY0ZDM0ZGRkLWFmZjAtNGQ5NS1iN2YxLTA3MzRhNWM4NDVINSj9>>. Acesso em: 2 nov. 2024.

EBSERH. **Pesquisa de Satisfação do Residente.** Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. 2025c. Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/ouvidoria-geral/pesquisas-de-satisfacao/pesquisa-de-satisfacao-do-residente>>. Acesso em: 16 jul. 2025.

EBSERH. **Pesquisa de Satisfação do Usuário SUS.** Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 9 abr. 2025d. Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/ouvidoria-geral/pesquisas-de-satisfacao/pesquisa-de-satisfacao-do-usuario>>. Acesso em: 16 jul. 2025.

EBSERH. **Pesquisa de Satisfação dos Reitores 2020.** Brasília: Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2020a. Disponível em:

<<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiNGU1MTU2NWItYTZmOS00NDdkLTlhNDMtMmI3NmZhMmY5ODBkIiwidCI6IjY0ZDM0ZGRkLWFmZjAtNGQ5NS1iN2YxLTA3MzRhNWM4NDVINSj9>&pageName=ReportSection>. Acesso em: 16 jul. 2025.

EBSERH. **Pesquisa de Satisfação dos Superintendentes da Rede Ebserh 2020.** Brasília: Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2020b. Disponível em:

<<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiNWZlY2U5ODQtMzliNC00OGY1LTg0ZWYtNjhhY2ZiZTc4NDZhIiwidCI6IjY0ZDM0ZGRkLWFmZjAtNGQ5NS1iN2YxLTA3MzRhNWM4NDVIN>>. Acesso em: 16 jul. 2025.

EBSERH. **Pesquisa Nacional de Satisfação dos Residentes dos Hospitais Universitários Federais da Rede Ebserh.** Brasília: Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2019.

Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/ouvidoria-geral/pesquisas-de-satisfacao/pesquisa-de-satisfacao-do-residente/2019/relatorio-da-pesquisa-de-satisfacao-do-residente>>. Acesso em: 5 ago. 2025.

**EBSERH. Plano de Dados Abertos 2023-2025 - CHC-UFPR** - Complexo do Hospital de Clínicas da UFPR. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 15 out. 2025h. Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sul/chc-ufpr/acesso-a-informacao/dados-abertos/dados-abertos-24-25>>. Acesso em: 10 nov. 2025.

**EBSERH. Plano de Negócios.** Brasília: Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 21 jan. 2025c. Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/governanca/gestao-estrategica/plano-de-negocios/metas-e-projetos-estrategicos>>. Acesso em: 8 ago. 2025.

**EBSERH. Plano Estratégico da Rede Ebserh 2018-2023.** Brasília: Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2018. Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/governanca/gestao-estrategica/mapa-estrategico/plano-estrategico-da-rede-ebserh-2018-2023>>. Acesso em: 24 jul. 2021.

**EBSERH. Programa Ebserh de Gestão da Qualidade.** Brasília: Ebserh, 2022a. Disponível em: <[https://www.gov.br/ebserh/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/programas-projetos-acoes-obras-e-atividades/programa-e-selo-ebserh-de-qualidade/copy\\_of\\_ProgramaEbserhdeGestodaQualidade.pdf](https://www.gov.br/ebserh/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/programas-projetos-acoes-obras-e-atividades/programa-e-selo-ebserh-de-qualidade/copy_of_ProgramaEbserhdeGestodaQualidade.pdf)>. Acesso em: 10 jul. 2025.

**EBSERH. Rede Ebserh aplica primeira Pesquisa Nacional de Clima Organizacional. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares,** 2 maio 2022c. Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hugg-unirio/comunicacao/noticias/rede-ebserh-aplica-primeira-pesquisa-nacional-de-clima-organizacional>>. Acesso em: 16 jul. 2025.

**EBSERH. Relatório - Pesquisa de satisfação dos usuários - SUS - 2023.** Brasília: Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2023b. Disponível em: <<https://www.canva.com/design/DAF5acT0xnM/5Rxa7XzTFab1Ayk3uzkyA/view>>. Acesso em: 16 jul. 2025.

**EBSERH. Relatório de Administração 2024.** Brasília: Ebserh, 2024a. Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/transparencia/RelatoriodeAdministracaodaEbserh2024.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2025.

**EBSERH. Relatório de Execução do Contrato de Objetivos - Exercícios 2020 e 2021.** Brasília: Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, ago. 2022d. Disponível em: <[https://www.gov.br/ebserh/pt-br/acesso-a-informacao/receitas-e-despesas/contratos-de-objetivo/Contrato\\_de\\_Objetoivos\\_2020\\_e\\_2021\\_12\\_.pdf](https://www.gov.br/ebserh/pt-br/acesso-a-informacao/receitas-e-despesas/contratos-de-objetivo/Contrato_de_Objetoivos_2020_e_2021_12_.pdf)>.

**EBSERH. Relatório de Gestão do Exercício de 2012.** Brasília: Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, maio 2013. Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/acesso-a-informacao/auditorias/processos-de-contas-anuais/2012/anexo-iv-relatorio-de-gestao-2012.pdf>>. Acesso em: 2 set. 2025.

EBSERH. **Relatório Integrado 2023**. Brasília: Ebserh, 2024b. Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/transparencia/RelatorioIntegradoEbserh2023.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2025.

EBSERH. **Relatório Integrado**. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 11 abr. 2025e. Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/transparencia/relatorio-integrado>>. Acesso em: 30 jul. 2025.

FERREIRA, Roberta Oliveira. **A participação e o controle social no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG): a compreensão dos usuários e profissionais de saúde na atualidade**. Tese (doutorado) – Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Serviço Social, 16 nov. 2015.

GAETANI, Francisco. Aula 5 - **Uma conversa sobre capacidades**. Doutorado Profissional em Políticas Públicas. Brasília: Escola Nacional de Administração Pública, 2022a.

GAETANI, Francisco. **Governança em Redes**. Doutorado Profissional em Políticas Públicas. Brasília: Escola Nacional de Administração Pública, 2022b.

GAETANI, Francisco; PALOTTI, Pedro Lucas de Moura; PIRES, Roberto. Public Administration in Brazil: The Elusive State – Eighty Years Attempting to Build a Professional and Responsive Public Service. In: **The Handbook of Public Administration in Latin America**. [S.l.]: Emerald Publishing Limited, 2021. p. 51–78.

GALVÃO, Taís Freire; PEREIRA, Maurício Gomes. Revisões sistemáticas e outros tipos de síntese: comentários à série metodológica publicada na Epidemiologia e Serviços de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 31, n. 3, 2022.

GAMA, Zenewton André da Silva. **Cinco passos para avaliar e melhorar a cultura de segurança do paciente**. Manual do usuário do E-Questionário de Cultura de Segurança Hospitalar. Anvisa, 2024. Disponível em: <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/seguranca-do-paciente/Manualrevisado.pdf>>. Acesso em: 1 fev. 2025.

GARCIA, Lucile Fernandes. **Gestão de pessoas na EBSERH: os desafios do provimento de vagas no Hospital de Clínicas da UFU**. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia, 27 fev. 2025.

GARRITTY, Chantelle et al. Updated recommendations for the Cochrane rapid review methods guidance for rapid reviews of effectiveness. **BMJ**, p. e076335, 6 fev. 2024.

GAWANDE, Atul. **Checklist: como fazer as coisas bem-feitas**. Tradução: Afonso Celso da Cunha Serra. 2. ed. Rio de Janeiro: Sextante, 2023.

GAWANDE, Atul. **Mortais: nós, a medicina e o que realmente importa no final**. Tradução: Renata Telles. Rio de Janeiro: Objetiva, 2015.

GOMES, Renata Machado dos Santos. A criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH): um estudo de caso. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 5, p. 26–38, 30 dez. 2016.

GRAZZIOTIN, Paula dos Santos. **Análise da variação dos indicadores de gestão hospitalar e produção assistencial dos hospitais universitários federais da rede EBSERH: pré e pós adesão**. 2022. 64 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas em Saúde) – Escola de Governo Fiocruz Brasília, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, 2022.

HADIAN, Shirin Alsadat et al. Hospital performance evaluation indicators: a scoping review. **BMC Health Services Research**, v. 24, n. 1, p. 561, 1 maio 2024.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; SILVA, Ligia Maria Vieira da (ORGS.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador. Rio de Janeiro: EDUFBA. Editora Fiocruz, 2005.

HEALTH FOUNDATION. **Simplificando a melhoria de qualidade: o que todos devem saber sobre melhoria da qualidade do cuidado de saúde**. Guia Rápido. Proqualis/Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Londres: Fiocruz, 2014.

HOWLETT, Michael. From the ‘old’ to the ‘new’ policy design: design thinking beyond markets and collaborative governance. **Policy Sciences**, v. 47, n. 3, p. 187–207, set. 2014.

HOWLETT, Michael. What is a policy instrument? Tools, mixes, and implementation styles. In: ELIADIS, Pearl; HILL, Margaret M.; HOWLETT, Michael (Eds.). **Designing Government: From Instruments to Governance**. Montreal: ACUP, 2005.

HOWLETT, Michael; RAMESH, M. Achilles’ heels of governance: critical capacity deficits and their role in governance failures. **Regulation & Governance**, v. 10, n. 4, p. 301–313, dez. 2016.

INSTITUTE OF MEDICINE [IOM]. Committee on Quality of Health Care in America. **Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century**. Washington (DC): National Academies Press (US), 2001.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. O uso e o não uso de evidências científicas nas políticas públicas. A visão dos servidores públicos federais. Policy Brief. **Em Questão - Evidências para políticas públicas**, v. 5, jun. 2021.

IRELAND, Megan et al. Expanding the primary health care workforce through contracting with nongovernmental entities: the cases of Bahia and Rio de Janeiro. **Human Resources for Health**, v. 14, n. 1, dez. 2016.

JANNUZZI, Paulo de Martino. Avaliação de Programas Sociais: conceitos e referenciais de quem a realiza. **Estudos em Avaliação Educacional**, v. 25, n. 58, p. 22–42, ago. 2014.

JANNUZZI, Paulo de Martino. Monitoramento Analítico como Ferramenta para Aprimoramento da Gestão de Programas Sociais. **Revista Brasileira de Monitoramento e Avaliação**, v. 1, p. 37–65, 2011.

JORDANA, Jacint. El análisis de los policy networks: ¿una nueva perspectiva sobre la relación entre políticas públicas y Estado? **Gestión y Análisis de Políticas Públicas**, p. 77–89, 31 ago. 1995.

JORDANA, Jacint. Examinando las redes de actores en el análisis de las políticas públicas: debate teórico y técnicas cuantitativas. **Gestión y Análisis de Políticas Públicas**, p. 9–16, 1 jun. 2009.

KLIJN, Erik-Hans et al. **Governance networks in the public sector**. 2nd edition ed. Abingdon, Oxon; New York, NY: Routledge, 2025.

KOGA, Natália Massaco et al. O que informa as políticas públicas federais: survey sobre o uso e o não uso de evidências pela burocracia federal brasileira. **Texto para Discussão nº 2619**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, dez. 2020.

KOPPENJAN, Johannes Franciscus Maria; KLIJN, Erik-Hans. Chapter 1. Uncertainties in Dealing with Complex Problems in the Network Society. In: KOPPENJAN, Johannes Franciscus Maria; KLIJN, Erik-Hans (Eds.). **Managing uncertainties in networks: a network approach to problem solving and decision making**. London New York, NY: Routledge, 2004. p. 7–21.

KRUK, Margaret E. et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. **The Lancet Global Health**, v. 6, n. 11, p. e1196–e1252, nov. 2018b.

KRUK, Margaret E. et al. Mortality due to low-quality health systems in the universal health coverage era: a systematic analysis of amenable deaths in 137 countries. **The Lancet**, v. 392, n. 10160, p. 2203–2212, nov. 2018a.

LANGLEY, G. L. et al. **The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance**. 2. ed. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 2009.

LASSANCE, Antonio. Sistemas e ciclos de monitoramento e avaliação: recomendações da análise ex ante de políticas públicas e de programas governamentais. **Texto para Discussão/** Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, mar. 2023.

LAZZARINI, Sérgio. Prefácio. In: SILVA, Mauro Santos; SCHMIDT, Flávia de Holanda; KLIASS, Paulo (Orgs.). **Empresas estatais: políticas públicas, governança e desempenho**. Brasília: Ipea, 2019.

LE GALÈS, Patrick. Policy Instruments and Governance. In: BEVIR, Mark (Ed.). **The SAGE Handbook of Governance**. 1 Oliver's Yard, 55 City Road, London EC1Y 1SP United Kingdom: SAGE Publications Ltd, 2011. p. 142–159.

LIMA, Fernanda Barreto Meneses Pessoa et al. **Estratégias para o processo de gerenciamento de leitos em hospitais:** Uma revisão integrativa. *Saúde Coletiva* (Barueri), v. 13, n. 84, p. 12362–12383, 6 fev. 2023.

LIMA, Helidea de Oliveira et al. Perspectives on Patient Experience: Findings from Healthcare Providers in a Web-Based Cross-Sectional Study Within a Healthcare Network in Brazil. **Journal of Patient Experience**, v. 12, p. 23743735251325138, 13 mar. 2025.

LIMA, Luciana Leite; D’ASCENZI, Luciano. Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas. **Revista de Sociologia e Política**, v. 21, n. 48, p. 101–110, dez. 2013.

LOBO, Renato Nogueirol. **Gestão da Qualidade**. São Paulo: Érica, 2020.

LOJA NETO, Gil Pinto Loja. **Avaliação e desenvolvimento da Governança em Hospitais Federais: o caso Ebserh**. Dissertação (mestrado)—Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 30 set. 2019.

LOTTA, Gabriela Spanghero et al. Por uma agenda brasileira de estudos sobre implementação de políticas públicas. **Revista do Serviço Público**, v. 69, n. 4, p. 779–810, 31 dez. 2018.

LOTTA, Gabriela Spanghero; VAZ, José Carlos. Arranjos Institucionais de Políticas Públicas: aprendizados a partir de casos de arranjos institucionais complexos do Brasil. **Revista do Serviço Público**, v. 66, n. 2, p. 171–194, 7 jul. 2015.

LOTTA, Gabriela. **Burocracia e implementação de políticas pública: desafios e potencialidades para redução de desigualdades**. Brasília: Enap, 2021.

MACHADO, Juliana Pires; MARTINS, Ana Cristina Marques; MARTINS, Mônica Silva. Avaliação da qualidade do cuidado hospitalar no Brasil: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 6, p. 1063–1082, jun. 2013.

MACHADO, Sérgio Pinto; KUCHENBECKER, Ricardo. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 871–877, ago. 2007.

MAIA, Leonardo Silva. **Avaliação da EBSERH pela ótica da teoria da escolha racional**. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Ciências Contábeis da Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Gestão de Políticas Públicas – Brasília: Universidade de Brasília, 2023.

MALIK, Ana Maria; TELES, João Pedro. Hospitais e programas de qualidade no estado de São Paulo. **Revista de Administração de Empresas**, v. 41, p. 51–59, set. 2001.

MARCOLINO, Heloísa et al. Avaliação de desempenho e remuneração variável no serviço público: o alinhamento das pessoas com a estratégia corporativa. Painel 48/171. Gestão de Pessoas para Resultados. **VI Congresso Consad de Gestão Pública**. 2011.

MASSUDA, Adriano; TASCA, Renato. A resposta dos Sistemas de Saúde à COVID-19: breve análise sobre o SUS. In: SANTOS, Alethele de Oliveira; LOPES, Luciana Tolêdo (Orgs.). **Principais elementos. Coleção COVID-19**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021. v. 1 p. 78–95.

MAYER, Ana Paula da Costa et al. Impactos nos níveis de eficiência no hospital universitário de Santa Maria: antes e após a contratação da EBSEH. **GeSec: Revista de Gestão e Secretariado**, v. 12, n. 2, p. 147–172, 2021.

NDIHOKUBWAYO, Kizito. Know How to Write an Influential Policy Brief: A Systematic Guide to Writers and Readers. **Journal of Classroom Practices**, v. 2, n. 2, p. 1–10, 19 jul. 2023.

NORONHA, Kenya Valeria Micaela de Souza et al. Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 6, p. e00115320, 2020.

NUNES, Tânia et al. Educação em Saúde Pública/ Coletiva no Brasil: Rede, Sinergias e Renovação. **CICS - Publicações / eBooks**, 19 jul. 2014.

OECD (ORG.). **Directrices de la OCDE sobre el Gobierno Corporativo de las Empresas Públicas**, Edición 2015. Paris: OECD Publishing, 2016.

OECD (ORG.). **Estudos da OCDE sobre os Sistemas de Saúde: Brasil 2021**. Paris: OECD Publishing, 2021.

OECD. **Does Healthcare Deliver?: Results from the Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS)**. Paris: OECD Publishing, 2025.

OECD. **Rethinking Health System Performance Assessment: a Renewed Framework**. 1. ed. Paris: Organization for Economic Cooperation & Development, 2024.

OECD. **The Path to Becoming a Data-Driven Public Sector**. Paris: OECD Publishing, 2019.

OLIVEIRA, Clodoaldo Gomes de. **Adesão da Universidade Federal da Paraíba à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares**: repercussões na gestão e nas relações de trabalho no Hospital Universitário Lauro Wanderley. Dissertação (mestrado). João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, 2019a.

OLIVEIRA, Thatiane Bezerra Teixeira de. **Da proposição à realização: a experiência da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares no ensino de um hospital universitário federal**. Dissertação (Mestrado em Educação). Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 30 ago. 2019b.

ONU. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável no Brasil - Saúde e Bem-Estar. Nações Unidas Brasil, 2025. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/pos2015/ods3/>>. Acesso em: 10 jan. 2025.



OPAS. OPAS e EBSEH firmam parceria para fortalecer integração entre hospitais universitários e Sistema Único de Saúde do Brasil. **OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde**, 12 dez. 2023. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/noticias/12-12-2023-opas-e-ebserh-firmam-parceria-para-fortalecer-integracao-entre-hospitais>>. Acesso em: 6 ago. 2025.

OPEN KNOWLEDGE INTERNATIONAL. What is Open Data? In: **Open Data Handbook**.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Manual de Políticas e Estratégias para a Qualidade dos Cuidados de Saúde: Uma Abordagem Prática para Formular Políticas e Estratégias Destinadas a Melhorar a Qualidade Dos Cuidados de Saúde**. 1. ed. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente**. Relatório Técnico Final. Lisboa: [S.n.]. Disponível em: <[https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70882/WHO\\_IER\\_PSP\\_2010.2\\_por.pdf](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70882/WHO_IER_PSP_2010.2_por.pdf)>. Acesso em: 6 ago. 2025.

ØVRETVEIT, John. **Does improving quality save money?** A review of evidence of which improvements to quality reduce costs to health service providers. London: The Health Foundation, set. 2009. Disponível em: <<https://www.health.org.uk/reports-and-analysis/reports/does-improving-quality-save-money>>. Acesso em: 13 ago. 2025.

PAGE, Matthew J. et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **BMJ**, v. 372, p. n71, 29 mar. 2021.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 4, p. 492–499, dez. 2008.

PAIC, Alan. **Open Science - Enabling Discovery in the Digital Age**. Paris: OECD Publishing, 2021.

PALHARES, Dario; CUNHA, Antônio Carlos Rodrigues da. Reflexões bioéticas sobre a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh). **Rev. latinoam. bioét**, v. 14, n. 1, p. 122–129, jun. 2014.

PATTON, Michael Quinn. Utilization-focused evaluation: The new century text, 3rd ed. Thousand Oaks, CA, US: **Sage Publications**, Inc, 1997. p. xvi, 431.

PEARCE, Finlay J. et al. The role of patient-reported outcome measures in trials of artificial intelligence health technologies: a systematic evaluation of ClinicalTrials.gov records (1997-2022). **The Lancet. Digital Health**, v. 5, n. 3, p. e160–e167, mar. 2023.

PELLEGRINI, Josué. Empresas estatais federais: relações com o tesouro e valor. In: Mauro Santos Silva; Flávia De Holanda Schmidt; Paulo Kliass (Orgs.). **Empresas estatais: políticas públicas, governança e desempenho**. Brasília: Ipea, 2019.

PETERS, B. Guy. **Advanced introduction to public policy**. Cheltenham Northampton: Edward Elgar Publishing, 2015.

PIERRE, Jon. **Debating Governance: Authority, Steering, and Democracy**. [S.l.]: Oxford University PressOxford, 2000.

PIERRE, Jon; PETERS, B. Guy. **Governing complex societies: trajectories and scenarios**. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2005.

PINHEIRO, Karina de Farias; BORGES, Ângela Maria Carvalho. Os efeitos da EBSEH na gestão dos recursos humanos dos Hospitais Universitários Federais. **Cadernos do CEAS: Revista crítica de Humanidades**. v. 247, p. 452–477, 2019.

PIRES, Roberto Rocha C.; GOMIDE, Alexandre. Governança e capacidades estatais a partir da abordagem dos arranjos e instrumentos de políticas públicas. **Boletim de Análise Político-Institucional**, v. 19, p. 25–32, dez. 2018.

PIRES, Roberto Rocha Coelho. Aula 1 - **Análise de Políticas Públicas**. Doutorado Profissional em Políticas Públicas. Brasília: Escola Nacional de Administração Pública, 2021.

PIRES, Roberto Rocha Coelho; GOMIDE, Alexandre de Ávila. Arranjos de implementação e ativação de capacidades estatais para políticas públicas: uma abordagem analítica. **Revista de Sociologia e Política**, v. 32, p. e022, 2024.

PIRES, Roberto Rocha Coelho; GOMIDE, Alexandre De Ávila. Governança e capacidades estatais: uma análise comparativa de programas federais. **Revista de Sociologia e Política**, v. 24, n. 58, p. 121–143, jun. 2016.

PORTER, Michael E.; TEISBERG, Elizabeth Olmsted. **Redefining health care: creating value-based competition on results**. Boston, Mass: Harvard Business School Press, 2006.

PROADI-SUS. Projetos. **Hospitais PROADI-SUS – Fortalecendo a saúde pública do país**, 2025. Disponível em: <<https://hospitais.proadi-sus.org.br/projetos>>. Acesso em: 5 jun. 2025.

REBRATS. Membros da Rebrats. **Rebrats - Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde**, 23 maio 2025. Disponível em: <<http://rebrats.saude.gov.br/xxrqka>>. Acesso em: 4 ago. 2025.

REIS, Ademar Arthur Chioro dos; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. A política de reestruturação dos hospitais de ensino: notas preliminares sobre os seus impactos na micropolítica da organização hospitalar. **Saúde em Debate**, v. 33, n. 81, p. 88–97, 2009.

REZENDE, Kellen Santos. **Elaboração de documento técnico contendo proposta de maximização dos instrumentos, políticas e programas existentes de apoio ao CIS**. Brasília, 2018.

RHODES, Roderick Arthur William. The New Governance: Governing without Government. **Political Studies**, v. 44, n. 4, p. 652–667, set. 1996.

RHODES, Roderick Arthur William. **Understanding governance: policy networks, governance, reflexivity, and accountability**. Buckingham; Philadelphia: Open University Press, 1997.

RICHIE, Cristina et al. Environmental impacts of artificial intelligence in health care: considerations and recommendations. **Health and Technology**, 15 jul. 2025.

RODRIGUES, Roberto W. S.; BOULLOSA, R. Uma visão conceitual da atividade de monitoramento e sua aplicação na área social. **SEGET – XI Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia**. Gestão do conhecimento para a sociedade, out. 2014. Disponível em: <<https://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos14/45820589.pdf>>. Acesso em: 2 dez. 2024.

RODRIGUES, Waldecy et al. Planejamento Estratégico Situacional: o caso da reestruturação do Hospital de Doenças Tropicais da Universidade Federal do Tocantins. **RAHIS - Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v. 14, n. 1, 2017.

ROESCH, Sylvia Maria Azevedo. Aplicação do caso em sala de aula. In: ROESCH, Sylvia Maria Azevedo (Ed.). **Como escrever casos para o ensino de administração**. São Paulo: Atlas, 2007.

ROTHSTEIN, Bo; TEORELL, Jan. Defining and measuring quality of government. In: HOLMBERG, Sören; ROTHSTEIN, Bo (Orgs.). **Good Government: The Relevance of Political Science**. Cheltenham, UK. Northampton, MA, USA: Edward Elgar Publishing, 2012.

RUAS, Priscilla et al. **Governo aberto: transparência e dados abertos**. Brasília: Enap, 2022. Disponível em: <<https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/7728/1/Caderno%20do%20Curso.pdf>>. Acesso em: 2 dez. 2024.

SALES, Jaqueline Cavallari; PEIXE, Blênio Cezar Severo. Empresa brasileira de serviços hospitalares: resultados para usuários da gestão de política pública na área da saúde. **Revista de gestão em sistemas de saúde**, v. 9, n. 2, p. 319–339, 2020.

SANCHES, Priscila Elizabeth Ferreira Duarte; OLIVEIRA, Maria Lívia Pachêco de. Perspectivas para o combate à desinformação em saúde: reflexões sobre a atuação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) durante a pandemia da Covid-19. **Seminário Internacional de Informação, Tecnologia e Inovação**, v. 5, p. e100–e100, 30 nov. 2023.

SANTOS, Aretha Carolinne Cavalcante dos. **O desempenho assistencial dos Hospitais Universitários Federais da Rede Ebserh e a Política de Contratualização Hospitalar no âmbito do SUS**. Dissertação (Mestrado Profissional) – Brasília: Escola Fiocruz de Governo, 2025.

SASSO, Márcia Amaral Dal et al. Estratégias para desenvolvimento de ciclos de melhoria em uma rede de hospitais públicos brasileiros. **QualiHosp 2021** “Cuidado ao longo da vida: Coordenação e Continuidade”, 27 abr. 2021a.

SASSO, Márcia Amaral Dal et al. Resultados da avaliação interna da qualidade em uma rede de hospitais públicos brasileiros. **QualiHosp 2021** “Cuidado ao longo da vida: Coordenação e Continuidade”, 27 abr. 2021b.

SASSO, Márcia Amaral Dal. **Monitoramento e avaliação na gestão da qualidade em saúde: implementação de um painel online de indicadores**. Dissertação (Mestrado) – Natal/RN: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2018.

SAUT, Ana Maria. **Engajamento do paciente e sua interface com a gestão da qualidade no âmbito hospitalar**. Tese (Doutorado) – São Paulo: Universidade de São Paulo, 20 maio 2021.

SCHIESARI, Laura Maria Cesar. Avaliação externa de organizações hospitalares no Brasil: podemos fazer diferente? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 10, p. 4229–4234, out. 2014.

SCHILLING, Marla Presa Raulino; PORTELA, Margareth Crisóstomo; MARTINS, Mônica. Razão de mortalidade hospitalar padronizada: limites e potencialidades do indicador para a avaliação do desempenho hospitalar no Sistema Único de Saúde, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 40, n. 2, p. e00080723, 2024.

SEIFFERT, Leila et al. Validação de indicadores de efetividade hospitalar na dimensão cuidado centrado no doente. **Revista de Enfermagem Referência**, n. 2, p. e19098, 30 jun. 2020.

SILVA, Eliane Pereira da et al. Motivational drivers for health professionals in a large quality improvement collaborative project in Brazil: a qualitative study. **BMC Health Services Research**, v. 24, n. 1, p. 183, 9 fev. 2024.

SILVA, Gabriela de Oliveira et al. Avaliação da qualidade em uma rede de hospitais universitários: dos dados às ações, um relato de experiência. **QualiHosp 2021** “Cuidado ao longo da vida: Coordenação e Continuidade”, 27 abr. 2021.

SILVA, Gabriela de Oliveira et al. Avaliação da qualidade em uma rede de hospitais universitários: dos dados às ações, um relato de experiência. **Anais QualiHosp 2021**. Even3, 2022. Disponível em: <[https://www.even3.com.br/anais/q2caldvcec2021\\_192316/498501](https://www.even3.com.br/anais/q2caldvcec2021_192316/498501)>. Acesso em: 24 jul. 2025.

SILVA, Gabriela de Oliveira; ABREU, Julio Cesar Andrade de. Hospital universitário: o dilema de um novo modelo de governança. **Administração Pública e Gestão Social**, 25 abr. 2024.

SILVA, Gabriela de Oliveira; ARAUJO, Renata Mendes de; FILGUEIRAS, Fernando. Dados abertos: uma análise da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares e de sua rede de hospitais universitários federais. **Revista da CGU**, v. 14, n. 26, 20 dez. 2022.

SILVA, Ligia Maria Vieira da. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; SILVA, Ligia Maria Vieira da (Orgs.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador. Rio de Janeiro: EDUFBA. Editoria FIOCRUZ, 2005. p. 15–39.

SILVA, Rayane Diniz da. **A EBSERH e os seus impactos na gestão e nos serviços de saúde do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco**. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Administração Pública (PROFIAP) – Recife: Universidade Federal Rural de Pernambuco, 2022.

SILVESTRE, Alexandra Lunardon et al. Fatores ambientais no monitoramento de indicadores de efetividade assistencial hospitalar. **Cogitare Enfermagem**, v. 29, p. e92062, 2024.

SILVESTRE, Hugo Consciência. As redes ou networks para a prestação de serviços públicos. In: SILVESTRE, Hugo Consciência (Ed.). **A (Nova) Governança Pública**. Brasília: Enap, 2019. Disponível em: <[https://repositorio.enap.gov.br/jspui/bitstream/1/4286/1/10\\_Livro\\_A%20%28Nova%29%20Governan%C3%A7a%20P%C3%ABlica.pdf](https://repositorio.enap.gov.br/jspui/bitstream/1/4286/1/10_Livro_A%20%28Nova%29%20Governan%C3%A7a%20P%C3%ABlica.pdf)>. Acesso em: 30 jul. 2025.

SLAWOMIRSKI, L.; AURAAEN, A.; KLAZINGA, N. The economics of patient safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level: **OECD Health Working Papers**. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development, 26 jun. 2017. Disponível em: <[https://www.oecd.org/en/publications/the-economics-of-patient-safety\\_5a9858cd-en.html](https://www.oecd.org/en/publications/the-economics-of-patient-safety_5a9858cd-en.html)>. Acesso em: 30 jul. 2025.

SLAWOMIRSKI, L.; N. KLAZINGA. The economics of patient safety: From analysis to action. **OECD Health Working Papers**, 145, OECD Publishing, Paris, 2022. Disponível em: <[https://www.oecd.org/en/publications/the-economics-of-patient-safety\\_761f2da8-en.html](https://www.oecd.org/en/publications/the-economics-of-patient-safety_761f2da8-en.html)>. Acesso em: 30 jul. 2025.

SOBRINHO, Luiz Vianna. Eficiência e valor em saúde: ensaio crítico. In: CARDOSO, Simone de Souza (Ed.). **SUS: avaliação da eficiência do gasto público em saúde**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2023.

SODRÉ, Francis et al. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão? **Serv. soc. soc.**, n. 114, p. 365–380, jun. 2013.

TEIXEIRA, Janine Vieira; CRUZ, César Albenes de Mendonça; LIMA, Rita de Cássia Duarte. Trabalhadores estatutários e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Argumentum**, v. 10, n. 1, p. 213–228, 2018.

TONIOLO, Moysés. **Entrevista: “É hora de a sociedade ver o SUS como ele é”, diz Moysés Toniolo, conselheiro nacional de saúde**. ENSP/Fiocruz, 22 abr. 2020. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/40953>>. Acesso em: 6 jul. 2021.

UEDA, Karen Tiemi; PEREIRA, Silvana Souza da Silva. Evolução da governança corporativa da Ebserh a partir dos seus diplomas legislativos e estatutários. **Revista Jurídica da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares**. Ensino, Pesquisa, Inovação e Saúde: desafios jurídicos da Ebserh. v. 1, n. 1, p. 85–105, 30 jun. 2024.

UNITED UNITED NATIONS GLOBAL MARKETPLACE. **Contratação de empresa especializada visando o desenvolvimento da Rede Oncológica da Ebserh (OncoREDE/Ebserh)**. UNGM, 26 set. 2023. Disponível em: <<https://www.ungm.org/Public/Notice/214802>>. Acesso em: 6 ago. 2025.

VIEIRA, Kayo Roberto. Uma revisão bibliográfica acerca da gestão de hospitais universitários federais após o advento da Ebserh. **Revista Brasileira de Administração Política**, v. 9, n. 1, p. 157–157, 2016.

VOLPATO, Luciana Fernandes et al. Gestão e Avaliação da Qualidade em Serviços de Saúde. In: **Gestão Pública em Saúde: fundamentos e práticas**. Águas de São Pedro, SP: Livronovo, 2016. p. 355–382.

WEIBLE, Christopher M.; NOHRSTEDT, Daniel. The advocacy coalition framework: coalitions, learning and policy change. In: ARARAL, Eduardo et al. (Eds.). **Routledge Handbook of Public Policy**. 1. ed. New York: Routledge, 2013. p. 125–164.

WERNER, Rachel M.; ASCH, David A. The Unintended Consequences of Publicly Reporting Quality Information. **JAMA**, v. 293, n. 10, p. 1239, 9 mar. 2005.

WÓJCIK, Zuzanna et al. Using artificial intelligence to predict patient outcomes from patient-reported outcome measures: a scoping review. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 23, p. 37, 11 abr. 2025.

WORLD BANK. **Sub-Saharan Africa: from crisis to sustainable growth**. Washington, D.C.: The World Bank, 1989.

WORLD BANK. **World Development Report 2021: Data for Better Lives**. Washington, DC: World Bank, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Patient Safety Action Plan 2021-2030: Towards Eliminating Avoidable Harm in Health Care**. 1. ed. Geneva: World Health Organization, 2021. Disponível em: <<https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>>. Acesso em: 2 fev. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT; INTERNATIONAL BANK FOR RECONSTRUCTION AND DEVELOPMENT. **Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage**. Geneva: World Health Organization, 2018.

WU, Xun; RAMESH, M.; HOWLETT, Michael. Policy capacity: A conceptual framework for understanding policy competences and capabilities. **Policy and Society**, v. 34, n. 3–4, p. 165–171, 1 set. 2015.

XIMENES, Daniel de Aquino; XIMENES, Julia Maurmann. Avaliação de Políticas e Programas Sociais: Características, Possibilidades e Desafio. In: DELGADO, Ana Luiza de Menezes et al. (Orgs.). **Gestão de Políticas Públicas de Direitos Humanos** – Coletânea. Brasília: Enap, 2016. p. 283-301.

## APÊNDICE A – CASO DE ENSINO – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: O DILEMA DE UM NOVO MODELO DE GOVERNANÇA<sup>38</sup>

### *UNIVERSITY HOSPITAL: THE DILEMMA OF A NEW GOVERNANCE MODEL*

### *HOSPITAL UNIVERSITARIO: EL DILEMA DE UN NUEVO MODELO DE GOBERNANZA*

#### **RESUMO:**

**Contexto do caso:** Este caso aborda o processo decisório de adesão de um hospital universitário a um novo modelo de governança por meio do contrato de gestão da Universidade com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.

**Dilema do caso:** O dilema de entregar ou não a gestão do hospital à empresa é enfrentado por Silva, Reitor da Universidade, que vivencia os conflitos envolvidos no processo em um contexto de resistência. Traz os múltiplos atores envolvidos (reitor, comunidade acadêmica, conselho universitário, movimentos sociais, sindicatos de trabalhadores, servidores, diretor e funcionários do hospital), as ditas ações democráticas, as mudanças de contexto econômico e como estas refletem no processo decisório e nas instituições.

**Fechamento do caso:** A partir da análise da narrativa e do dilema, o leitor é convidado a refletir sobre a tomada de decisão do protagonista. Pode ser aplicado em disciplinas de governança democrática, mobilização social, negociação e mediação.

**Palavras-chave:** Governança, Direção e Governança do Setor de Saúde, Hospitais Universitários, Decisões, Democracia.

#### **ABSTRACT:**

**Context of the case:** This case addresses the decision-making process of a university hospital's adherence to a new governance model through the management contract of the University with the *Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares*.

**The dilemma of the case:** The dilemma of whether to hand over the management of the hospital to the company is faced by Silva, Rector of the University, who experiences the conflicts involved in the process in a context of resistance. It brings the multiple actors involved (rector, academic community, university council, social movements, labor unions, servers, director, and hospital employees), the so-called democratic actions, changes in the economic context and how these reflect on the decision-making process and institutions.

**Case closure:** Based on the analysis of the narrative and the dilemma, the reader is invited to reflect on the protagonist's decision-making. It can be applied in the disciplines of democratic governance, social mobilization, negotiation, and mediation.

**Keywords:** Governance, Health Sector Stewardship and Governance, Hospitals, University, Decision, Democracy.

---

<sup>38</sup> Autores: Gabriela de Oliveira Silva - Ebserh, Enap; Julio Cesar Andrade de Abreu - Enap (DPPP) e UFF (PPGA e PROFIA). Caso de ensino publicado na Revista APGS. DOI: <https://doi.org/10.21118/apgs.v16i2.15409>



## RESUMEN

**Contexto del caso:** Este caso aborda el proceso de toma de decisión de la adhesión de un hospital universitario a un nuevo modelo de gobernanza a través del contrato de gestión de la Universidad con la *Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares*.

**Dilema del caso:** El dilema de entregar o no la dirección del hospital a la empresa lo enfrenta Silva, Decano de la Universidad, quien vive los conflictos que implica el proceso en un contexto de resistencia. Trae los múltiples actores involucrados (rector, comunidad académica, consejo universitario, movimientos sociales, sindicatos, servidores, director y empleados de hospitales), las llamadas acciones democráticas, los cambios en el contexto económico y cómo estos se reflejan en la toma de decisiones, proceso e instituciones.

**Cierre del caso:** A partir del análisis de la narración y del dilema, se invita al lector a reflexionar sobre la toma de decisiones del protagonista. Puede aplicarse en las disciplinas de gobernabilidad democrática, movilización social, negociación y arbitraje.

**Palabras clave:** Gobernanza, Gestión y Gobernanza del Sector Salud, Hospitales Universitarios, Decisiones, Democracia.

## INTRODUÇÃO

José Antônio da Silva é professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Rio Abaixo, mestre e doutor em Saúde Coletiva. Em 2017, foi renomeado, pelo Presidente da República, como Reitor da Universidade seguindo os ditames do Decreto n. 1.916, de 1996.

À frente da reitoria, eram múltiplos os desafios que Silva enfrentava cotidianamente, necessitando de articulação com diversos atores, tanto da Universidade quanto de outras instituições. Dada a dinâmica da Universidade como centro formador de recursos humanos, diferentes cenários de prática eram necessários, para que, interligados ao sistema de ensino, garantissem, posteriormente, a oferta de serviços de qualidade para a população. Na área da saúde, cumpria papel fundamental o Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Rio Abaixo.

O HU é um centro de formação de recursos humanos, de assistência à saúde de alta e média complexidade para a região e que apoia a pesquisa e inovação para esse setor. Para a gestão do HU, Silva contava com o apoio de Carlos Magno, seu grande amigo da época da graduação, cuja trajetória acadêmica muito se assemelha à do Reitor. Desde 2013, Magno era Diretor do HU, nomeado por Silva. Juntos enfrentavam os constantes embates na perspectiva da governança desse centro, em que atores, vínculos e regras de dois grandes sistemas estão envolvidos: Sistema de Ensino e Sistema Único de Saúde (SUS).

Nessa perspectiva, são vários os elementos que influenciam a governança do HU, que vão desde a complexidade desses sistemas e de suas interações, aos contraditórios relacionados ao subfinanciamento, às falhas de integração com a rede de atenção à saúde, ao poder simbólico de

atores, às disputas e interesses diversos de cada ator, e aos modos singulares de funcionamento do HU e de interação com a Universidade.

Neste caso de ensino, enfoca-se o dilema enfrentado por Silva perante a escolha de um novo modelo de governança para o HU da Universidade Federal de Rio Abaixo, envolvendo especificamente o debate acerca da adesão do contrato de gestão da Universidade com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), empresa pública de direito privado vinculada ao Ministério da Educação (MEC) criada pela Lei n. 12.550, de 2011.

Durante o voo que antecede a decisão quanto a esse dilema, Silva, protagonista desta estória, relembra os principais momentos envolvidos nesse processo decisório, trazendo apontamentos de atores estratégicos da governança do HU: comunidade acadêmica, Conselho Universitário, movimentos sociais, sindicatos de trabalhadores, servidores e funcionários do hospital. Nesse sentido, aspectos de governança e mobilização social são trazidos à tona, bem como de negociação e mediação.

Os elementos trazidos no desfecho do caso podem permitir a identificação dos fatores influenciadores favoráveis e desfavoráveis à adesão à Ebserh no processo de tomada de decisão de Silva, considerando instituições e atores envolvidos, valores e crenças, eventos externos e estruturas de oportunidades. Alinhando-se às bases teóricas, possibilita-se a aplicação e análise ao modelo de coalizões de defesa.

Dessa forma, a aplicação deste caso no ensino pode contribuir para identificar as dimensões de governança (vertical, horizontal e participação), as características e potenciais limitações estruturais de cada dimensão. No âmbito do dilema enfrentado por Silva e dos acontecimentos relatados, pressupõe-se que o leitor seja induzido a refletir como Silva poderia envolver ativamente a comunidade acadêmica, o Conselho Universitário e outros atores no processo de tomada de decisão, de modo que todos tenham voz e influência nesse processo. Ademais, a discussão das estratégias utilizadas ou não pelos atores da estória para assegurar um modelo de governança democrática participativa pode possibilitar a análise da tomada de decisão para implementação de intervenções complexas, em ambientes de tensões, considerando diferentes contextos (nacional, institucional e gerencial); bem como compreender a importância da comunicação e de outros elementos primordiais para implementação de mudanças organizacionais.

Além de Silva e Magno, identificados nominalmente, destaca-se, no caso de ensino, a personagem Frida, membro do Conselho Universitário, representante dos estudantes de graduação,

que alude, no seu discurso, a importantes elementos quanto à governança democrática e mediação que entrelaçam esse processo decisório. Nesse sentido, utilizando este caso de ensino, pode-se promover a reflexão sobre os conceitos de governança democrática, as estruturas existentes e os aspectos relacionados a sua implementação; bem como a discussão sobre a composição e representatividade em conselhos e a sua inter-relação em processos de tomada de decisão. A abordagem neste ponto relaciona-se à associação do Conselho Universitário como instituição democrática que deveria visar a configuração de uma governança participativa, levando-se à reflexão se, no caso em tela, esse objetivo estaria sendo cumprido e quais elementos intervenientes.

No fechamento do caso, o leitor é convidado a se colocar no lugar de Silva a fim de refletir qual deve ter sido a decisão tomada pelo Reitor quanto à adesão da Universidade à Ebserh para gestão do HU, considerando os elementos analisados, os fatores influenciadores e as tensões envolvidas.

## **EMBARQUE**

– Senhor José Antônio da Silva, última chamada para o voo G59 com destino a Brasília. Favor comparecer ao portão de embarque 13.

Silva estava tão envolto em seus pensamentos, revendo as inúmeras mensagens de e-mails e ofícios que recebera nos últimos dias e que impactavam na importante decisão que precisaria tomar em instantes, que nem ouviu os avisos de embarque. Ao se dar conta da última chamada, saiu apressado para o voo. Estava a caminho de Brasília, no Distrito Federal, para se encontrar com o Presidente da Ebserh e discutir sobre a adesão da Universidade Federal de Rio Abaixo à empresa para a gestão do HU.

Mal tinha conseguido dormir na noite passada, assim como nas anteriores. Os últimos meses não haviam sido fáceis para Silva à frente da reitoria da Universidade. A comunidade acadêmica, sindicatos de trabalhadores, movimentos sociais e frentes contra a privatização estavam ativos, organizando manifestações, reuniões e plenárias, panfletando na Universidade e no HU, disparando mensagens nos grupos acadêmicos e de servidores no Whatsapp, realizando postagens e publicando vídeos no Facebook e Instagram, contrários à adesão à Ebserh. Várias faixas ocupavam o campus da Universidade e os arredores do HU: “Contra a Ebserh”, “Saúde não é mercadoria”, “Viva o SUS. Fora Ebserh”, “A Ebserh ataca a autonomia”, “Diga não a esse ataque à saúde e à educação”, “Fomos e seremos resistência!”. Silva entendia que a intensa mobilização social desencadeada

demonstrava a relevância do HU na comunidade local, e se preocupava com as consequências da decisão quanto à adesão à Ebserh.

## **DECOLAGEM**

Sentado na primeira poltrona da aeronave, Silva organiza suas anotações para a reunião com o Presidente da Ebserh, lembrando todo o cenário vivido nos últimos dias, o que te trazia até ali e as tensões envolvidas. Diante do grave contexto de restrição orçamentária e de inviabilidade de reposição do quadro de pessoal do HU, e a pedido de Magno, Diretor do HU, Silva havia retomado os estudos e as discussões na Universidade sobre a adesão à Ebserh.

Silva estava quase chegando ao final de seu segundo mandato na reitoria da Universidade. No início do mandato anterior, em 2013, já tinha enfrentado as discussões de adesão à Ebserh, mas, diante da forte pressão acadêmica, do reduzido período de existência da empresa e da incerteza frente aos resultados que pudessem ser alcançados com os contratos, decidira em manter a gestão do HU com a Universidade.

Decorridos mais de sete anos desde então, Silva se deparou com um cenário diferenciado, agravado pela aprovação da Proposta de Emenda à Constituição (PEC) do teto de gastos (Emenda Constitucional nº 95/2016, que estabeleceu o congelamento dos investimentos em saúde e educação por 20 anos) e pelas fragilidades do HU evidenciadas durante a pandemia da Covid-19: dificuldades nos processos de compras, necessidades de reformas, controle deficitário de insumos e equipamentos, déficit de pessoal, entre outras. Assim, tornou-se premente a retomada do debate sobre a adesão da Universidade à Ebserh.

Apesar de possuir discricionariedade sobre a decisão de iniciar as negociações com a Ebserh, Silva havia convocado uma reunião extraordinária do Conselho Universitário, segundo ele, para deixar o processo mais transparente e democrático. Um grupo de trabalho também fora instituído para levantar informações sobre a Ebserh e sobre os resultados alcançados por hospitais universitários que já haviam aderido à gestão pela empresa.

O Conselho Universitário é a instância deliberativa máxima da Universidade, responsável por delinear a política universitária. É presidido por Silva, na figura de Reitor, e possui como membros o Vice-Reitor, diretores das unidades acadêmicas, representantes dos docentes, dos servidores técnico-administrativos, dos estudantes de graduação e pós-graduação e da sociedade. Pautados no relatório produzido pelo grupo de trabalho, nas informações levantadas junto ao

Diretor e gestores do HU e nas discussões apresentadas no Conselho Universitário, 30 membros votaram a favor do início das negociações com a Ebserh, 15 contra e cinco se absteram de votar. Apesar da indicação favorável pela maioria dos membros do Conselho Universitário para o início das negociações junto à Ebserh, a comunidade acadêmica questionava e solicitava sua participação no debate. Na própria reunião do Conselho, Silva recorda que Frida, estudante do curso de enfermagem, apontou:

– Esse debate não pode encerrar aqui. Precisamos falar de democracia participativa na Universidade! Democracia não se resume ao Conselho Universitário, aos votos dessa instância, a esse meu direito de fala. Somos quase 40 mil estudantes na Universidade e temos aqui apenas cinco representantes desse segmento. Não é toda a comunidade universitária que consegue adentrar nesse espaço. Precisamos mostrar a todos quem é a Ebserh, como é esse novo modelo de governança proposto e quais implicações advêm dele. Toda a comunidade universitária precisa compreender esses elementos e participar desse debate!

Silva se via confuso diante de todo aquele cenário. Promotor de uma governança democrática e participativa na Universidade, sentia-se satisfeito com todo o envolvimento dos estudantes, professores e demais servidores públicos nas diferentes frentes que estavam sendo promovidas desde que havia convocado a sessão extraordinária do Conselho Universitário para decidir se a Universidade iniciava as negociações para adesão do HU à Ebserh. Por outro lado, percebia uma certa distorção nos discursos que eram emanados nas lideranças ativas quanto ao novo modelo de governança do HU que estava sendo aventado. Gostaria de ter realizado um plebiscito junto à comunidade acadêmica, mas não o fez, não identificava outro caminho a seguir a não ser o estabelecimento do contrato de gestão. Tentando esclarecer sobre o processo que tinha sido conduzido, havia divulgado uma nota oficial no site da Universidade.

No entanto, Silva entendia que a nota oficial tinha sido um instrumento falho, pouco esclarecedor para todas as partes. Com isso, estabeleceu-se um cenário com a comunidade dividida quanto aos modelos de governança do HU.

Ajustando os cintos de segurança, Silva reflete: "Precisarei aprimorar minhas habilidades de mediação diante das diversas perspectivas que têm sido apresentadas. Os atores envolvidos na atual governança do HU possuem diferentes pontos de vista quanto à Ebserh, das vantagens e desvantagens de um novo modelo de governança para o HU, e não consegui, antecipadamente, promover um debate articulado e esclarecedor sobre todos os aspectos".

Para os gestores do HU, representados por Magno, os princípios que regem a Ebserh estavam bem mais claros após as intensas discussões promovidas nos últimos anos e poderiam trazer benefícios para o SUS, para o sistema de ensino e para sociedade, apesar de inicialmente também terem dúvidas das implicações advindas com o contrato de gestão. A criação da Ebserh, em 2011, pela Lei n. 12.550, buscava enfrentar os problemas identificados nos hospitais universitários federais tanto na contratação de pessoal quanto nos processos gerenciais, trazendo, por meio de uma empresa pública de direito privado, vinculada ao MEC, a ideia de um modelo que traria maior eficiência e excelência na gestão, assistência, ensino, extensão, pesquisa e inovação. Magno compreendia bem os problemas que estavam enfrentando e tinha esperanças de que esse novo modelo poderia auxiliá-los.

Entretanto, para outros servidores, docentes, alunos e funcionários do hospital, a confiança na Ebserh ainda não tinha sido conquistada. Esses profissionais identificavam um cenário diferenciado da adesão à empresa. Assim como alguns movimentos sociais e frentes estudantis contra a Ebserh, entendiam que o contrato de gestão da Universidade com a Ebserh representaria o início da privatização da saúde pública e uma ameaça à universidade pública gratuita e de qualidade. Ressaltavam que esse instrumento estava associado a uma lógica mercadológica e enfraqueceria a autonomia universitária. Os trabalhadores também tinham receio de perderem direitos e garantias conquistados, não vendo com bons olhos a contratação celetista, entendendo que o melhor desempenho poderia ser obtido com servidores públicos.

Silva identificava também outros elementos envolvidos no novo modelo de governança com a Ebserh que poderiam ter grande impacto nos arranjos institucionais existentes. Relembrava dos seus apontamentos nas reuniões que teve com a equipe da reitoria sobre a temática:

– Embora tenhamos a garantia constitucional e legal de manutenção da autonomia universitária mesmo com a adesão à Ebserh, esse é um dos pontos que mais me preocupa. Com o contrato de gestão com a Ebserh, a Universidade entregará a gestão do HU à empresa, as nomeações dos gestores do HU passarão para a empresa e novas instâncias consultivas e deliberativas serão criadas. Acredito que a participação democrática da comunidade acadêmica nas questões afetas ao HU poderá ser diminuída, dadas as composições e formatos das novas instâncias, perdendo, de certa forma, o reconhecimento da Universidade como eixo central do HU.

Apesar dessas preocupações, Silva acreditava que poderia haver abertura da Ebserh para o desenvolvimento de novos formatos que melhor articulassem a Universidade e a comunidade,

mantendo os princípios de uma governança democrática e participativa. Pensando sobre essas questões, Silva recorda: "Precisarei colocar nossas condições para o Presidente da Ebserh durante a negociação. Não poderei abrir mão do envolvimento da Universidade e de nossa comunidade nos processos afetos ao HU".

## VOO

Olhando pela janela da aeronave, Silva relembra das palavras de Magno na conversa no dia anterior à viagem:

– A importância do HU como cenário de prática, para a formação dos estudantes, assim como para a comunidade e para o SUS, demanda de você, meu amigo, uma “resposta acertada e célere”. Sei o quanto é difícil tomar essa decisão agora, e se colocar contrário à comunidade acadêmica, mas não há o que se fazer. Ou empurramos mais para frente as exigências do Tribunal de Contas da União (TCU), fechamos mais leitos enquanto aguardamos a aprovação do concurso público, que não deve sair, ou já fechamos esse contrato e corremos atrás para ajeitar essas pendências do hospital e seguir com o ensino tranquilos.

Magno se referia aos impactos gerados pelo quadro de pessoal do HU e os apontamentos do TCU. O quadro de pessoal do HU é composto por servidores do regime jurídico único (RJU), funcionários terceirizados contratados pela Fundação de Apoio (terceirizados irregulares, em desacordo com o Decreto n. 9.507, de 2018), além de funcionários de empresas terceirizadas.

– Tranquilos não, porque ainda terá muito a ser feito! – retificou Magno e complementou:  
 – Os servidores da universidade estão super aflitos desde a convocatória do Conselho. Com medo do que virá pela frente. Os funcionários da Fundação já não querem fazer mais nada com a expectativa de que vão sair, falaram que não vão ensinar ninguém que vai chegar.

Esses eram alguns dos problemas que Magno já enfrentava à frente do HU e que Silva sabia que necessitavam de ações articuladas para que a transição de governança pudesse ocorrer com o menor impacto para o ensino e para a assistência, com a maior segurança para os pacientes. Outros hospitais já haviam passado por esse processo, e o aprendizado obtido poderia ser útil para Silva, Magno e para a nova governança, caso o contrato de gestão fosse estabelecido.

## **ATERRISAGEM**

Silva tinha consciência de que não seria uma decisão fácil e que muito haveria a ser feito junto ao HU e junto à comunidade acadêmica. Muitos passos ainda precisariam ser percorridos para que o novo modelo de governança fosse instituído. Iniciando as negociações com a Ebserh, Silva precisaria tomar a decisão para o primeiro passo do processo de adesão à Ebserh: a manifestação de interesse da Universidade em aderir à gestão da empresa. Depois disso, a Ebserh providenciaria, junto à Universidade e ao HU, a elaboração do plano de reestruturação do HU e o estudo de dimensionamento de serviços e pessoal, o qual seria enviado ao Ministério da Economia para aprovação do quantitativo de vagas para concurso público. Somente depois dessas etapas, seria efetivada a assinatura do contrato de gestão entre a Universidade e a Ebserh.

## **DESEMBARQUE**

– Senhores passageiros, bem-vindos a Brasília. Por medidas de segurança, mantenham-se sentados e com os cintos afivelados até que o aviso de atar cintos seja desligado.

9h00. Silva ainda teria uma hora até a reunião com o Presidente da Ebserh. Uma questão martelara sua cabeça durante todo o voo: "estaria fazendo a escolha certa para a governança do HU?" Ainda estava ansioso, mas as anotações durante o voo tinham sido um bom exercício para que pudesse se sentir mais confortável e se convencer da decisão que precisaria tomar. Muitos desdobramentos viriam em seguida e a Universidade precisava continuar junto do HU.

## **TERMINAL**

Será que Silva já manifestaria o interesse da “Universidade” e firmaria o contrato de gestão com a Ebserh? No táxi, a caminho da Ebserh, Silva registrava mais alguns pontos para que a resposta mais “acertada e célere” pudesse ser obtida.

Direcionado à discussão de um novo modelo de governança do HU por meio do contrato de gestão de uma universidade pública com a Ebserh, este caso de ensino auxilia na ampliação da ainda incipiente produção científica relacionada a essa temática. Traz consigo uma abordagem diferenciada voltada à reflexão da escolha do tomador de decisão e os diferentes embates que enfrenta no contexto institucional, gerencial e nacional.

Por meio da aplicação deste caso no ensino, podemos trazer diferentes abordagens teóricas envolvidas nos complexos processos de tomada de decisão na administração pública, facilitando o



debate e a compreensão de alunos, atuais ou futuros gestores, quanto a importantes elementos que devem ser considerados em processos democráticos. Assim, este caso de ensino corrobora com a prática docente ao trazer elementos reais da administração pública para serem utilizados na aprendizagem em disciplinas de governança democrática, mobilização social, negociação e mediação, para cursos de graduação e pós-graduação das áreas de gestão pública, administração, políticas públicas e afins.

Ao trazer para a discussão o conceito e aplicação da governança democrática, pressupõe-se que o debate envolva o que o gestor deve considerar no processo decisório, incluindo a participação da comunidade acadêmica, do Conselho Universitário e de outros atores, bem como elementos importantes desse processo, tais como transparência, inclusão e comunicação. Dessa forma, colabora-se para que se avalie a importância e como, na administração pública, pode-se envolver múltiplos atores, inclusive usuários, no processo de tomada de decisão.

A presença de movimentos sociais e sindicatos de trabalhadores no caso em tela demonstra que a mobilização social pode influenciar a opinião pública e as decisões políticas, e deve ser considerada pelos gestores públicos, avaliando como lidar com esses grupos de maneira construtiva, entendendo suas demandas e preocupações.

Os diferentes pontos de vista quanto à adesão à Ebserh apresentados pelos grupos no caso de ensino apontam para o fato de que o processo de tomada de decisão envolve negociação entre diferentes partes interessadas, bem como mediação. Nesse sentido, acredita-se que o caso de ensino possa promover a ampliação da capacidade de os alunos identificarem e reconhecerem o papel de gestores públicos como facilitadores de negociações e mediadores de conflitos para que soluções aceitáveis sejam alcançadas para todos os envolvidos.

Em resumo, o dilema enfrentado por Silva em relação à adesão do HU ao novo modelo de governança é complexo e envolve uma série de pressuposições teóricas relacionadas à governança democrática, mobilização social, negociação e mediação, que devem ser analisadas cuidadosamente, levando em consideração as preocupações de todos os envolvidos e as necessidades do SUS e do sistema de ensino.

## NOTAS DE ENSINO

### OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

Este caso aborda a complexidade do processo de tomada de decisão na administração pública para a adoção de um novo modelo de governança em instituições que congregam dois grandes sistemas: de saúde, SUS, e de ensino. A aplicação deste caso no ensino tem como objetivo levar os alunos a:

- refletir sobre os conceitos de governança e democracia, as estruturas existentes e os aspectos relacionados a sua implementação;
- discutir sobre a composição e representatividade em conselhos e a sua inter-relação em processos de tomada de decisão;
- identificar as dimensões de governança (vertical, horizontal e participação), as características e potenciais limitações estruturais de cada dimensão;
- compreender a importância da comunicação e de outros elementos primordiais para implementação de mudanças organizacionais; e
- analisar a tomada de decisão para implementação de intervenções complexas, em ambientes de tensões, considerando diferentes contextos (nacional, institucional e gerencial).

### FONTES DE DADOS

Este caso de ensino é baseado em fontes públicas de informações, incluindo mídia eletrônica, notícias e artigos científicos relacionados à temática da adesão de instituições federais de ensino superior brasileiras à Ebserh para a gestão de hospitais universitários federais. Desses materiais utilizados, destacam-se os relacionados a seguir utilizados como fontes dos dados. Ressalta-se, entretanto, que a estória deste caso não está atrelada especificamente a qualquer um desses hospitais. Os personagens, hospital, universidade e enredo são fictícios, mas trazem elementos de diferentes histórias reais para construção da estória apresentada.

Andreazzi, M. de F. S., & Mesquita, L. I. S. (2020). Autonomia universitária e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. *Revista de Direito Sanitário*, 20(2), 90–99. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v20i2p90-99>

Dalcin, T., Lunardi, G., & Barcelos, C. (2021). Um estudo sobre o impacto da adesão dos hospitais universitários federais à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh). *RAHIS. Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde*, 18(3), 149–169. <https://doi.org/10.21450/rahis.v18i3.6617>

Gomes, K. K. S., Oliveira, L. C., Zanella, A. K. B. B., & Maia, L. F. R. B. (2015). Novo modelo de gestão para hospitais universitários: Percepção dos profissionais de saúde. *Serviço Social e Saúde*, 13(2), 283. <https://doi.org/10.20396/sss.v13i2.8634910>

Krüger, T. R., Sobieranski, C. B., & Moraes, B. V. (2020). EBSEH no HU da UFSC: Da resistência à gestão pela empresa. *Revista Katálisis*, 23(1), 152–164. <https://doi.org/10.1590/1982-02592020v23n1p152>

Sodré, F., Littike, D., Drago, L. M. B., & Perim, M. C. M. (2013). Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: Um novo modelo de gestão? *Serv. soc. soc*, 114, 365–380. LILACS. <https://doi.org/10.1590/S0101-66282013000200009>

Teixeira, J. V., Cruz, C. A. de M., & Lima, R. de C. D. (2018). Trabalhadores estatutários e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. *Argumentum*, 10(1), 213–228.

Universidade Federal do Rio de Janeiro (2021). Nota sobre pauta da possibilidade de negociações da UFRJ com a Ebserh. Recuperado em 24 abril, 2022, de <https://ufrj.br/2021/11/nota-sobre-pauta-da-possibilidade-de-negociacoes-da-ufrj-com-a-ebserh/>

Universidade Federal do Rio Grande (2014). HU/FURG discute adesão à Ebserh. Recuperado em 24 abril, 2022, de <https://www.furg.br/noticias/noticias-arquivo/furg-23525>

A legislação e o relatório do TCU listados na Figura 1 também foram utilizados pelos autores como fontes de dados para elaboração do caso.

Tipo/ Nº	Data	Nomenclatura usual	Ementa
Projeto de Lei da Câmara n. 79	2011	Projeto de Lei de criação da Ebserh	Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - Ebserh; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências.
Lei n. 12.550	15/12/2011	Lei de criação da Ebserh	
Decreto n. 7.082	27/01/2010	Decreto REHUF	Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais - REHUF, dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais.
Decreto n. 7.661	28/12/2011	Estatuto Social da Ebserh	Aprova o Estatuto Social da Ebserh, e dá outras providências.
TC 032.519/2014-1. Relatório de Auditoria	2014	Relatório de Auditoria TCU à Ebserh	Auditoria de natureza operacional com o objetivo de avaliar as ações da Ebserh voltadas para melhoria da gestão e da infraestrutura dos hospitais universitários federais (HUF), bem como avaliar a substituição dos terceirizados que atuam com vínculo precário nessas unidades hospitalares. Constatação dos resultados positivos advindos da atuação da Ebserh no aprimoramento da gestão hospitalar e na prestação dos serviços de saúde ofertados. Oportunidades de melhorias. Determinações. Recomendações.

**Figura 1.** Legislação e relatório do Tribunal de Contas da União relacionados à Ebserh utilizados para construção do caso

Fonte: elaborado pelos autores (2023).

## APLICAÇÕES DO CASO

Este caso de ensino pode ser aplicado em disciplinas de governança democrática, mobilização social, negociação e mediação, para cursos de graduação e pós-graduação das áreas de gestão pública, administração, políticas públicas e afins.

Recomenda-se, em termos de conhecimento prévio, que:

- A) os alunos saibam operar os conceitos de *Zone of Possible Agreement* (ZOPA) ou Zona de Possível Acordo (tradução livre), *Best Alternative to a Negotiated Agreement* (BATNA) ou Melhor Alternativa para um Acordo Negociado (tradução livre) e ponto de recuo, caso a aplicação seja voltada para disciplinas ou conteúdos relativos a negociação e mediação. Para aplicações nesta linha, recomendamos as seguintes referências:

Carvalho, E. R.; Andrade, G. M.; Araújo, J. V.; & Knust, M. (2017). *Negociação e administração de conflitos*. Rio de Janeiro: FGV.

Pinheiro, I. A. (2012). *Negociação e arbitragem*. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; Brasília: CAPES, UAB.

- B) os alunos já possuam alguma familiaridade com fundamentos de políticas públicas (caso a aplicação seja direcionada para este campo de estudo). Para aplicações nesta linha, recomendamos as seguintes referências:

Secchi, L. (2016). *Análise de políticas públicas: diagnóstico de problemas, recomendação de soluções*. São Paulo: Cengage Learning.

Secchi, L. (2013). *Políticas públicas: conceitos, categorias de análise, casos práticos* (2a ed. São Paulo: Cengage Learning.

- C) os alunos possuam conhecimentos prévios sobre conceitos ou o histórico de movimentos sociais, democracia e mobilização no cenário brasileiro (caso a aplicação seja voltada para esta temática). Para aplicações nesta linha, recomendamos as seguintes referências:

Avritzer, L. (2008). *Instituições participativas e desenho institucional: algumas considerações sobre a variação da participação no Brasil democrático*. Opinião Pública, Campinas, vol. 14, n. 1.

Avritzer, L. *Sociedade civil e Estado no Brasil: da autonomia à interdependência política*. (2012). Opinião Pública, Campinas, vol. 18, n. 2.

Santos, B. S. (Org.) (2002). *Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

D) os alunos possuam familiaridade com temas como liderança, planejamento estratégico, integridade, transparência e *accountability* (caso a aplicação seja direcionada para a temática da governança). Para aplicações nesta linha, recomendamos as seguintes referências:

Abdalla, M. M.; Conejero, M. A; & Oliveira, M. A. (2019). *Administração estratégica: da teoria à prática no Brasil*. São Paulo: Atlas.

Abreu, J. C. A. (2017). *Gestão de políticas públicas, participação democrática e internet: inovação nos modelos de gestão no setor público*. Brasília: Enap.

## **PRINCIPAIS CONCEITOS E TEORIAS MOBILIZADOS PELO CASO**

Em termos de base teórica, assumimos que a democracia é um sistema de governo onde o poder político é exercido pelo povo ou por seus representantes eleitos. É baseada em princípios como a igualdade de direitos, a participação popular, o respeito aos direitos humanos e a responsabilização dos governantes. Numa democracia, a vontade da maioria é respeitada, mas, também, são protegidos os direitos das minorias (Avritzer, 2008; Santos, 2002).

Outro elemento central nesta seara envolve a participação popular. Esta, por sua vez, demanda uma estrutura de governança democrática. A forma como as decisões são tomadas em um governo e os assuntos públicos que são geridos em uma sociedade democrática envolvem diretamente como sua governança é estruturada. Isso inclui o respeito aos princípios democráticos, a transparência nas ações do governo, a participação ativa dos cidadãos na formulação de políticas públicas e a prestação de contas dos líderes eleitos (Abreu, 2017; Santos, 2002). Os sistemas de governança são porosos à participação social, e as mobilizações emanadas da sociedade civil organizada.

A mobilização social é o processo de união e organização de indivíduos ou grupos em torno de uma causa ou interesse comum. Isso pode acontecer por meio de manifestações, protestos, campanhas, petições ou outras formas de engajamento coletivo. A mobilização social busca influenciar mudanças sociais, políticas ou econômicas, e é uma forma de exercer a participação ativa na democracia. Esta participação, por vezes, traz consigo a demanda por processos dialógicos

e negociais: pautas públicas ilimitadas e recursos finitos fazem necessário constante processo de diálogo e negociação com as demandas colocadas por grupos organizados (Secchi, 2013; Abreu, 2017).

A negociação é um processo de comunicação e interação entre duas ou mais partes que têm interesses divergentes e buscam chegar a um acordo ou solução para suas diferenças. É uma prática essencial na democracia, onde diferentes grupos e atores políticos frequentemente precisam encontrar compromissos para alcançar o bem comum e tomar decisões que reflitam a diversidade da sociedade. Em situações de conflitos de difícil resolução, é necessário lançar mão de métodos e técnicas de mediação (Pinheiro, 2012; Secchi, 2013).

A mediação é um método de resolução de conflitos que envolve a intervenção de um terceiro imparcial e neutro para ajudar as partes envolvidas a chegarem a um acordo. Essa técnica é utilizada para facilitar o diálogo e a compreensão mútua, permitindo que as partes encontrem soluções consensuais para suas disputas. Na governança democrática, a mediação pode ser empregada para resolver conflitos políticos, sociais ou comunitários de forma pacífica e colaborativa (Pinheiro, 2012; Secchi, 2013).

Esses conceitos estão interconectados e são fundamentais para a construção e manutenção de uma sociedade democrática, onde os cidadãos têm voz ativa na tomada de decisão e na busca por um bem-estar coletivo. O respeito pelos princípios democráticos, a participação cidadã, a negociação e a mediação são peças-chave para a promoção da estabilidade, justiça e igualdade em uma nação (Abreu, 2017).

## **SUGESTÃO DE QUESTÕES PARA DISCUSSÃO**

As questões para discussão apresentadas a seguir buscam provocar a reflexão dos alunos quanto a aspectos relacionados às temáticas de governança democrática, mobilização social, negociação e mediação a fim de se alcançar os objetivos de aprendizagem anteriormente listados.

1. Quais fatores influenciadores podem ser identificados no processo de tomada de decisão de Silva? Liste fatores tanto favoráveis quanto desfavoráveis à adesão à Ebserh, considerando instituições e atores que estão envolvidos no processo de tomada de decisão e na intervenção, valores e crenças, eventos externos e estruturas de oportunidades.

2. Assumindo os lugares de Silva e de Magno, quais estratégias foram (e quais poderiam ter sido) conduzidas previamente, junto à comunidade acadêmica, aos funcionários do hospital e à sociedade, para assegurar um modelo de governança democrática participativa? Apresente também os riscos envolvidos em cada estratégia.
3. Conselhos e conferências caracterizam-se como instituições democráticas que visam auxiliar a configuração de uma governança participativa. No caso apresentado, o Conselho Universitário tem cumprido esse objetivo? Justifique e aponte os elementos intervenientes.
4. Considerando os elementos analisados, os fatores influenciadores e as tensões envolvidas, qual deve ter sido a decisão tomada por Silva quanto à adesão da Universidade à Ebserh para gestão do HU?

### **SUGESTÃO DE LEITURAS COMPLEMENTARES AO CASO**

Como forma de aprimorar as discussões do caso e das questões, o professor pode recomendar a leitura prévia à aula dos textos indicados no tópico "Aplicações do Caso" de acordo com a linha de aplicação que se queira seguir. Adicionalmente, para conhecimento quanto à Ebserh e o contexto dos HU, sugere-se que o professor indique a leitura da seguinte obra:

Vieira, K. R. (2016). Uma revisão bibliográfica acerca da gestão de hospitais universitários federais após o advento da Ebserh. *Revista Brasileira de Administração Política*, 9(1), Artigo 1.

### **PLANEJAMENTO DA AULA PRESENCIAL**

Para o planejamento da aula, indicam-se as estratégias propostas por Roesch e Fernandes (2007). Recomenda-se que o professor disponibilize o caso de ensino com, no mínimo, uma semana de antecedência da aula para que os alunos possam realizar a leitura individual do caso (sem as notas de ensino), juntamente às questões sugeridas e às leituras complementares ao caso indicadas no tópico anterior.

Para a aula, considera-se que aproximadamente duas horas serão suficientes para aplicação do caso. Inicialmente, sugere-se que o professor apresente os objetivos de aprendizagem e o caso em linhas gerais. Nesse último ponto, se julgar conveniente, pode delegar a atividade para um dos alunos. São planejados 15 minutos para essa parte inicial.

Em seguida, recomenda-se que o professor divida os alunos em grupos de três a quatro integrantes, quando possível, e oriente que discutam o caso por meio das respostas das questões

sugeridas durante o período de 50 minutos. Solicite que os alunos tomem notas das discussões para auxiliar na apresentação posterior de cada grupo. O professor deve circular entre os grupos fomentando as discussões e dirimindo dúvidas dos alunos. Após a discussão dos grupos e intervalo de 15 minutos, reúna toda a turma novamente e promova o debate de cada questão. Planejam-se 40 minutos para a parte final.

## **PLANEJAMENTO DA AULA REMOTA**

Para o formato remoto, recomenda-se a disponibilização prévia do texto com uma semana de antecedência no respectivo ambiente de aprendizagem (AVA). O caso poderá ser trabalhado em dois encontros de uma hora cada, ou em um único encontro de duas horas, dependendo do formato utilizado na disciplina remota. A recomendação de dois encontros se fundamenta no sentido de que aulas extensas podem se mostrar improdutivas no formato remoto.

Juntamente ao texto, o professor deve enviar uma divisão prévia da turma em três grupos: (A) um primeiro fará uma análise do caso, sob o ponto de vista da adesão à Ebserh, e elaborar argumentos nesta direção com base nos dados disponibilizados do caso; (B) o segundo grupo deve elaborar uma análise sob a ótica da não adesão da Universidade à Ebserh; (C) finalmente o terceiro grupo fará o papel de “Conselho Universitário” devendo ouvir e deliberar através de um parecer fundamentado, sua decisão final (adesão ou não). Os grupos A e B devem elaborar suas argumentações previamente, enquanto o grupo C fará seu parecer, após ouvir os argumentos de ambos os lados.

Na primeira aula, o professor fará uma breve apresentação do caso (aproximadamente 10 minutos) e passará a palavra para o grupo A e, em seguida, para o grupo B, cada um com uma fala de 20 minutos. Ao término, o professor deixará 10 minutos para que o grupo C faça perguntas para os grupos A e B, visando sanar alguma dúvida nos argumentos apresentados.

Na segunda aula, o encontro é aberto com o posicionamento e apresentação do grupo C, com aproximadamente 20 minutos. Logo após, o professor promove um debate ampliado com a turma sobre as percepções dentro do papel que cada um assumiu na atividade. Recomenda-se, nesta etapa, direcionar o foco para as características centrais da dinâmica de governança, as etapas do processo decisório, os desafios de equalizar diferentes interesses dos grupos envolvidos, dentre outros possíveis temas. Para esta etapa, é recomendado um tempo de 40 minutos. Esta atividade poderá ser utilizada como problematizadora para iniciar uma discussão conceitual mais



aprofundada sobre governança, no início de uma disciplina (ou tema de uma unidade programática), ou ainda ao final de uma disciplina, para consolidar conceitos discutidos teoricamente em atividades no AVA ou fóruns online.

Alternativamente, caso o professor disponha de tempo e considere adequada a aplicação do caso em uma única aula recomenda-se o seguinte formato de aplicação:

- Utilizando ferramentas de “salas temáticas” (disponíveis no Google Meet ou no Zoom, por exemplo), para divisão da turma em subgrupos para discussão simultânea, o professor deverá organizar os grupos A, B e C para focalizarem suas análises dentro de cada temática;
- Enquanto os grupos A e B farão uma discussão e uma preparação sobre seus respectivos posicionamentos (adesão ou não à Ebserh), o grupo C deverá ser municiado com dados sobre a temática;
- O professor deverá “visitar” cada uma das salas temáticas, durante a aula remota, para acompanhar o andamento dos debates e prestar orientações, caso necessário;
- Após um tempo pré-determinado de trabalho nas salas temáticas (recomenda-se 40 minutos, mas o tema pode ser ajustado de acordo com a percepção do andamento das discussões), o professor deve reunir os grupos A, B e C para uma discussão em formato de plenária;
- Neste momento, os grupos A e B devem apresentar seus posicionamentos e o C sua decisão enquanto “Conselho Universitário”.

## **ANÁLISE DO CASO**

### **Breve contextualização**

A adesão das instituições federais de ensino superior à Ebserh para a gestão dos hospitais universitários federais tem sido um ponto de discussão desde os primórdios de criação da empresa. Diferentes atores se dividem entre a adoção ou não do novo modelo de governança para os hospitais universitários, sendo comuns os ambientes de tensão que antecedem tal decisão em unidades hospitalares de diferentes regiões do país. Apesar de os motivos que ensejam o debate serem bem mais abrangentes e poderem também ser aplicados ao ensino, as questões sugeridas para abordagem neste caso de ensino estão direcionadas aos objetivos de aprendizagem relacionados às temáticas de governança democrática, mobilização, negociação e mediação.

As competências da Ebserh estão relacionadas à administração de unidades hospitalares, à prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, no âmbito do SUS, e à prestação de serviços de apoio, às instituições federais de ensino superior, aos processos de gestão dos hospitais universitários. O mapa estratégico da rede Ebserh 2018-2023 estabelece como visão da empresa:

ser referência nacional no ensino, na pesquisa, na extensão e na inovação no campo da saúde, na assistência pública humanizada e de qualidade em média e alta complexidade, e na gestão hospitalar, atuando de forma integrada com a Universidade e contribuindo para o desenvolvimento de políticas públicas de saúde (Ebserh, 2018).

O Projeto de Lei relativo à criação da Ebserh indica tratar-se de uma nova modelagem jurídico-institucional para os serviços assistenciais executados pelos hospitais universitários federais a fim de viabilizar um modelo de gestão mais ágil, eficiente e compatível com as competências dessas instituições e solucionar as dificuldades operacionais anteriormente apontadas por órgãos de controle, incluindo a contratação de pessoal de forma irregular, infraestrutura inadequada e problemas de gestão (Projeto de Lei n. 79, 2011).

A adesão à Ebserh não é obrigatória para as universidades federais, cabendo a cada instituição decidir pelo estabelecimento do contrato de gestão com a empresa. Com a assinatura desse contrato, a gestão do hospital universitário passa a ser de responsabilidade da Ebserh, o qual passa ser considerado filial Ebserh. Em abril de 2022, totalizavam 37 filiais Ebserh (34 hospitais universitários e três complexos hospitalares), com atendimento integralmente ao SUS, ligadas a 32 universidades federais, localizadas em 23 unidades da federação (Figura 2) (Ebserh, 2022).

Região	Unidade da rede Ebserh	Sigla da unidade
<b>Centro-Oeste</b>	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás	HC-UFG
	Hospital Universitário de Brasília da Universidade de Brasília	HUB-UnB
	Hospital Universitário Júlio Muller da Universidade Federal do Mato Grosso	HUJM-UFMT
	Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul	HUMAP-UFMS
	Hospital Universitário da Grande Dourados da Universidade Federal da Grande Dourados	HU-UFGD
<b>Nordeste</b>	Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará (Hospital Universitário Walter Cantídio e Maternidade-Escola Assis Chateaubriand)	CH-UFC (HUWC e MEAC)
	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco	HC-UFPE
	Hospital Universitário Ana Bezerra da Universidade Federal do Rio Grande do Norte	HUAB-UFRN
	Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande	HUAC-UFCE
	Hospital Universitário Júlio Bandeira da Universidade Federal de Campina Grande	HUJB-UFCE
	Hospital Universitário de Lagarto da Universidade Federal de Sergipe	HUL-UFS
	Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba	HULW-UFPB
	Hospital Universitário Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte	HUOL-UFRN
	Hospital Universitário Professor Alberto Antunes da Universidade Federal de Alagoas	HUPAA-UFAL
	Hospital Universitário Professor Edgard Santos da Universidade Federal da Bahia	HUPES-UFBA

Região	Unidade da rede Ebserh	Sigla da unidade
	Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão	HU-UFMA
	Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí	HU-UFPI
	Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe	HU-UFS
	Hospital Universitário da Universidade Federal do Vale do São Francisco	HU-Univasf
	Maternidade Climério de Oliveira da Universidade Federal da Bahia	MCO-UFBA
	Maternidade Escola Januário Cicco da Universidade Federal do Rio Grande do Norte	MEJC-UFRN
<b>Norte</b>	Complexo Hospitalar Universitário da Universidade Federal do Pará	CHU-UFPA
	Hospital de Doenças Tropicais da Universidade Federal do Tocantins	HDT-UFT
	Hospital Universitário Getúlio Vargas da Universidade Federal do Amazonas	HUGV-UFAM
<b>Sudeste</b>	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais	HC-UFMG
	Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes da Universidade Federal do Espírito Santo	HUCAM-UFES
	Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia	HC-UFU
	Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense	HUAP-UFF
	Hospital Universitário Gaffrée e Guinle da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro	HUGG-Unirio
	Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro	HC-UFTM
	Hospital Universitário da Universidade Federal de São Carlos	HU-UFSCar
	Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora	HU-UFJF
	Complexo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná	CHC-UFPR
<b>Sul</b>	Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas	HE-UFPeL
	Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. da Universidade Federal do Rio Grande	HU-Furg
	Hospital Universitário de Santa Maria da Universidade Federal de Santa Maria	HUSM-UFSM
	Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina	HU-UFSC

**Figura 2.** Unidades da rede Ebserh por região do Brasil

Fonte: elaborado pelos autores (2022) com base em dados de Ebserh (2022).

A administração central da Ebserh está sediada em Brasília/DF, a qual é responsável por coordenar as ações e estabelecer diretrizes para as filiais. Para tanto, possui, em sua estrutura de governança, órgãos de administração (Diretoria Executiva, Conselho de Administração e Conselho Consultivo) e de fiscalização (Conselho Fiscal e Auditoria Interna), além de comissões e comitês constituídos para finalidades diversas.

O processo de adesão à Ebserh envolve cinco etapas principais:

1. manifestação de interesse da universidade em aderir à gestão da Ebserh;
2. elaboração do estudo de dimensionamento de serviços e pessoal e do plano de reestruturação do hospital universitário;
3. envio do relatório de dimensionamento de serviços e pessoal ao Ministério da Economia (ME);
4. aprovação do quantitativo de vagas para concurso público pelo ME; e
5. assinatura do contrato de gestão entre a universidade e a Ebserh (Tribunal de Contas da União [TCU], 2015).

A partir da assinatura do contrato de gestão, passa-se a conduzir as atividades previstas no contrato conforme plano definido e metas pactuadas. Busca-se manter uma estrutura organizacional uniforme nos hospitais que constituem a Ebserh, articulada com a cadeia de valor da rede, seguindo um alinhamento com a estrutura da administração central da empresa, a fim de melhor coordenar os processos. Assim, são previstas alterações nas estruturas de governança dos hospitais universitários, incluindo instâncias decisórias e deliberativas (Colegiado Executivo, Superintendência, Gerência de Atenção à Saúde, Gerência de Ensino e Pesquisa e Gerência Administrativa), instâncias de apoio à gestão (Ouvidoria, Comissões Assessoras) e de controle e fiscalização (Auditoria e Conselho Consultivo), além das unidades organizacionais constantes em cada gerência a nível operacional (Divisões, Setores e Unidades).

#### *Primeira questão*

A primeira questão do caso possui o seguinte enunciado: Quais fatores influenciadores podem ser identificados no processo de tomada de decisão de Silva? Liste fatores tanto favoráveis quanto desfavoráveis à adesão à Ebserh, considerando instituições e atores que estão envolvidos no processo de tomada de decisão e na intervenção, valores e crenças, eventos externos e estruturas de oportunidades.

**Discussão:** Na introdução e no desfecho do caso, podem ser identificados os diversos fatores influenciadores no processo de tomada de decisão de Silva para um novo modelo de governança do HU. Identificam-se coalizões de defesa favoráveis à adesão da universidade à estatal pautadas na melhor gestão que pode advir para reestruturação do HU, mas, em contrapartida, há grupos de atores e instituições contrários à adesão e à manutenção das atividades da empresa. A aplicação do modelo de coalizões de defesa auxilia na análise do processo de tomada de decisão em políticas públicas ao possibilitar a descrição e explicação dos vários aspectos inter-relacionados ao processo que influenciam os elementos do subsistema político.

**Sugestão de abordagem:** O professor pode iniciar a discussão da plenária apresentando uma perspectiva geral do modelo de coalizões de defesa (*advocacy coalition framework* – ACF), desenvolvido por Paul Sabatier e Hank Jenkins-Smith em 1980, e sua aplicação para análises de políticas públicas. As obras de Weible e Nohrstedt (2013) e de Cortes (2015) podem ser úteis para fundamentação teórica e aplicação prática, respectivamente. O ACF pode ser projetado para que

os alunos possam ir discutindo, aplicando à análise do caso, e o professor preenchendo. Ao final, o modelo preenchido forneceria a resposta à questão.

Outra sugestão de abordagem é listar os fatores na lousa à medida que os alunos responderem, organizando-os por categorias, mas sem utilizar o modelo ACF.

Recomenda-se a discussão da inter-relação entre os fatores e dos desafios enfrentados para condução de processos democráticos. Ao final, sugere-se fazer o gancho no debate para a próxima questão, focando na polarização dos movimentos sociais e sindicatos de trabalhadores, na formação do Conselho Universitário, e na interferência nos processos de tomada de decisão da Reitoria da Universidade.

A Figura 3 demonstra uma possibilidade de resposta que pode ser considerada. Outros elementos externos, não apresentados no caso, mas analisados de acordo com a conjuntura político institucional da época, podem ser fomentados e acrescidos ao debate.

Instituições e atores	Valores e crenças	Eventos externos e estruturas de oportunidades
<ul style="list-style-type: none"> <li>• TCU (+)</li> <li>• MEC (+)</li> <li>• Ministério da Saúde (+)</li> <li>• Ministério da Economia (+)</li> <li>• Ebserh (+): <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Presidente</li> <li>○ Diretores</li> <li>○ Conselhos</li> </ul> </li> <li>• Universidade: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Reitor</li> <li>○ Servidores (+) (-)</li> <li>○ Alunos (+) (-)</li> <li>○ Docentes (+) (-)</li> </ul> </li> <li>• HU: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Diretor (+)</li> <li>○ Servidores (+) (-)</li> <li>○ Funcionários terceirizados (+) (-)</li> <li>○ Pacientes (+) (-)</li> <li>○ Residentes (+) (-)</li> <li>○ Pesquisadores (+) (-)</li> </ul> </li> <li>• Fundação de Apoio (-)</li> <li>• Conselho Universitário (+)</li> <li>• Sindicatos dos Trabalhadores (-)</li> <li>• Movimentos Sociais (-)</li> <li>• Frentes contra Privatização (-)</li> <li>• Grupo de trabalho instituído para análise da adesão à Ebserh (+)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assistência à saúde como direito de todos</li> <li>• Ensino público de qualidade e gratuito</li> <li>• Criação de empresas públicas – modelo gerencialista</li> <li>• Instituições públicas devem contar com servidores</li> <li>• Autonomia universitária</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Restrição orçamentária: Emenda Constitucional nº 95/2016, congelamento dos investimentos em saúde e educação por 20 anos (+)</li> <li>• Déficit de pessoal do HU e inviabilidade de reposição do quadro (+)</li> <li>• Pressão acadêmica e dos movimentos (-)</li> <li>• Pandemia da Covid-19 (+)</li> <li>• Deficiências no HU: dificuldades nos processos de compras, necessidades de reformas, controle deficitário de insumos e equipamentos (+)</li> <li>• Importância do HU para o sistema de ensino e SUS (+)</li> <li>• Contratos de gestão firmados com a Ebserh por outras universidades (+)</li> </ul>

**Figura 3.** Fatores influenciadores do processo de tomada de decisão de Silva para adesão à Ebserh

Fonte: elaborado pelos autores (2022) com base em Andreazzi (2020), Gomes, Oliveira, Zanella e Maia (2015), Krüger, Sobieranski e Moraes (2020) e Vieira (2016).

Na Figura 3, a sinalização "(+)" indica instituições, atores, eventos e estruturas que poderiam ser caracterizados como influenciadores positivos na tomada de decisão para a adesão da Universidade à Ebserh. Por outro lado, a indicação "(-)" aponta para aqueles que tendem a apresentar uma influência negativa nesse processo decisório. Os elementos com as duas sinalizações, "(+) (-)", indica grupos divididos, não sendo adequado generalizar uma única posição que se sobressalte.

Os elementos apresentados na Figura 2 são os referenciados no caso, bem como a indicação de sua influência no processo decisório pode ser entendida a partir da compreensão e interpretação da estória apresentada. Os estudos listados entre as fontes de dados reforçam essa análise realizada.

**Bases teóricas:** Weible e Nohrstedt (2013) definem a investigação do processo político como o estudo da política pública ao longo do tempo e dos atores envolvidos, contextos e eventos. O ACF é citado pelos autores como um dos modelos desse campo de pesquisa, utilizado para descrever e explicar os vários aspectos do processo político. Tal modelo serve como um guia analítico para compreender três questões, que se apresentam como ênfases teóricas do modelo: coalizões de defesa (grupos de atores que compartilham crenças fundamentais da política e coordenam seu comportamento de uma maneira não trivial), aprendizagem orientada para política (*policy learning*) e mudança política. Entre os elementos para aplicação do ACF, os autores recomendam considerar os atores que estão envolvidos nas relações do subsistema; instituições que estruturam todas as interações do subsistema e os comportamentos em locais específicos; parâmetros relativamente estáveis e eventos externos e interdependências com outros subsistemas.

### *Segunda questão*

Na segunda questão, busca-se dar o enfoque nos aspectos da governança democrática: Assumindo os lugares de Silva e de Magno, quais estratégias foram (e quais poderiam ter sido) conduzidas previamente, junto à comunidade acadêmica, aos funcionários do hospital e à sociedade, para assegurar um modelo de governança democrática participativa? Apresente também os riscos envolvidos em cada estratégia.

**Discussão:** Como apontado no caso, Silva era tido como um defensor da governança democrática e participativa, mas, durante o processo decisório em tela, poucas estratégias foram mobilizadas para o envolvimento ativo de todos os atores, com destaque para sociedade acadêmica, usuários do SUS e funcionários do HU. Ademais, as que foram utilizadas careceram de ações mais

efetivas para que surtissem os efeitos desejados, como até mesmo reconhecido por Silva em suas reflexões. Na Figura 4, apresenta-se, de forma sistematizada, as estratégias que foram e as que poderiam ter sido conduzidas no processo de tomada de decisão, bem como os riscos envolvidos em cada uma delas.

<b>Estratégia</b>	<b>Considerações</b>	<b>Riscos</b>
Acesso à informação	A disponibilização e a garantia de acesso a informações claras sobre o assunto, histórico e todos os elementos envolvidos são fundamentais e conferem maior transparência ao processo. Nessa estratégia, podem ser utilizados como instrumentos a divulgação de estudos, relatórios e outros documentos informativos, além de vídeos em redes sociais, <i>lives</i> , sessões informativas e de discussão, e fóruns temáticos. Pela análise do caso, essa estratégia foi utilizada, em parte, por Silva, por meio da divulgação de uma nota oficial no site da Universidade.	Associados a essa estratégia, estão os riscos de informações tendenciosas ou enviesadas serem divulgadas, não revelando a real situação do cenário e prejudicando a análise dos participantes. Outros riscos envolvem a assimetria de informações, incluindo, por um lado, a desinformação de algumas partes e, por outro, a sobrecarga de informações. Ambas as situações poderiam conduzir a uma compreensão do cenário equivocada.
Consultas públicas	A realização de consultas públicas possibilita o envolvimento da comunidade no processo a fim de obter opiniões e contribuições para subsidiar a tomada de decisão. Estas podem ser conduzidas por meio de diferentes meios, tais como formulários eletrônicos, reuniões e audiências públicas. No caso em análise, essa estratégia não foi adotada, sendo apenas apontado, na narrativa, o interesse não executado de Silva de realizar um plebiscito.	A depender da forma de condução das consultas públicas, há o risco de participação desigual da população, podendo desencadear decisões não representativas. Além disso, há o risco de manipulação das consultas públicas por grupos de interesse.
Grupos de trabalho e comitês	A constituição de grupos de trabalhos e comitês corrobora para a articulação das diferentes partes envolvidas, para a análise aprofundada de problemas e discussão de soluções. Na estória apresentada, identificam-se dois instrumentos instituídos que se alinham a essa estratégia: o Conselho Universitário e o Grupo de Trabalho instituído para análise da adesão à Ebserh.	Um dos principais riscos dessa estratégia é a composição de grupos com falta de representatividade, não refletindo adequadamente a diversidade da população. Esse é um dos elementos que Frida, representante dos alunos no Conselho Universitário, apresenta em sua fala. Outro risco é o de captura de interesses, no qual determinados atores podem influenciar o grupo de trabalho de acordo com seus interesses, afetando a imparcialidade do processo decisório.
Parcerias e colaborações	A formação de arranjos institucionais envolvendo parcerias e colaborações da Universidade e do HU com organizações da sociedade civil, representantes dos usuários do SUS, dos alunos e dos servidores possibilita o aumento da confiança dessas partes nas instituições, bem como promove que novas perspectivas sejam discutidas e sirvam de instrumento para a tomada de decisão. Pela mobilização social apresentada no caso e ações específicas dos grupos,	O risco associado a essa estratégia é o de conflitos de interesse, podendo afetar negativamente a imparcialidade e a objetividade do processo decisório.

Estratégia	Considerações	Riscos
	acredita-se que esta não foi uma estratégia utilizada no HU.	

**Figura 4.** Estratégias para assegurar um modelo de governança democrática participativa aplicadas ao caso e riscos correspondentes

Fonte: elaborado pelos autores (2023) baseado em Santos (2002), Silva, Lasmar e Pereira (2013), Lüchmann (2008).

Faz-se importante destacar que as estratégias e riscos listados na Figura 4 não foram exaustivos, podendo ser identificados outros que corroboram para a análise do caso e aprendizagem. Ressalta-se ainda que os riscos apresentados podem e devem ser mitigados durante o planejamento e implementação das estratégias, por meio de abordagens articuladas a processos bem definidos, criteriosos, transparentes e inclusivos.

**Sugestão de abordagem:** Propõe-se que o professor promova inicialmente a discussão dos alunos para que o conceito de governança democrática seja debatido e aplicado ao contexto do caso. Sugere-se que, em seguida, as dimensões de governança (vertical, horizontal e participação) sejam apresentadas, discutindo com os alunos o que eles entendem por governança participativa ou democrática.

As palavras-chave apontadas nas respostas podem ser anotadas na lousa para, posteriormente, o professor fechar o conceito com os alunos juntamente à fundamentação teórica. A partir do conceito, volta-se, então, à análise do caso com a utilização da questão sugerida. Espera-se que os alunos apontem, principalmente, o Conselho Universitário e o plebiscito entre as estratégias mencionadas no caso. Podem ser abordados, entre as outras estratégias, aspectos quanto à comunicação de mudanças organizacionais, ao envolvimento de diferentes atores para a tomada de decisão e à importância dos burocratas de nível de rua para implementação efetiva de políticas públicas.

**Bases teóricas:** O conceito de governança ainda não apresenta consenso, possuindo múltiplas definições, influenciadas por diversos atores, ocupando local de destaque nos debates atuais. No contexto de teorias do desenvolvimento, Hyden (1999) define governança como a direção das regras do jogo formais e informais. A definição de governança do Banco Mundial alinha-se a esse conceito e agrega a ele os elementos atores e poder: “processo por meio do qual atores estatais e não-estatais interagem para formular e implementar políticas dentro de um conjunto predefinido de regras formais e informais que moldam e são moldadas pelo poder” (Banco Mundial, 2017). No contexto de reformas do setor público, Rhodes (1996) inclui mecanismos à



definição de governança, referindo a esta às redes auto-organizadas e inter organizacionais caracterizadas por interdependência, troca de recursos, regras do jogo compartilhadas e significativa autonomia do Estado.

A governança democrática participativa, além de guardar relação com esses conceitos, mostra-se inserida em bases teóricas que envolvem a participação dos cidadãos, a integração de diferentes atores e a tomada de decisão coletiva (a exemplo das teorias democrática, da participação cidadã e da governança em rede) (Peters, 2005). Como apontam Martins e Marini (2014), "governança colaborativa, social, democrática, participativa, responsável são denominações afins. Colaboração indica o 'com quem' e o 'como' o processo de governança se estabelece". Para ampliação da fundamentação quanto ao processo de redemocratização em que se insere o conceito, recomenda-se a leitura de Santos (2002).

O livro *Coordenação de Políticas Públicas* de Souza (2018) pode apoiar a fundamentação da discussão das dimensões de governança por meio da correlação com as formas de coordenação de políticas públicas horizontal, vertical e participação.

### *Terceira questão*

O objetivo da terceira questão é trazer para o debate as instituições democráticas existentes e como essas podem ser utilizadas para embasar ou mascarar processos de decisão: Conselhos e conferências caracterizam-se como instituições democráticas que visam auxiliar a configuração de uma governança participativa. No caso apresentado, o Conselho Universitário tem cumprido esse objetivo? Justifique e aponte os elementos intervenientes.

**Discussão:** A fala de Frida, representante dos alunos no Conselho Universitário, demonstra a insatisfação da personagem quanto à participação da comunidade acadêmica no debate sobre a adesão à Ebserh, demonstrando, de certa forma, a insuficiência do Conselho no que tange à representatividade dos estudantes, que totalizam quase 40 mil. Como mencionado no caso, tem-se como membros do Conselho: reitor, vice-reitor, diretores das unidades acadêmicas, representantes dos docentes, dos servidores técnico-administrativos, dos estudantes de graduação e pós-graduação e da sociedade. Deixa-se em aberto o número de membros de cada segmento, apresentando-se, porém, o quantitativo de representantes dos estudantes (cinco) e do total de votos na deliberação quanto ao início das negociações com a Ebserh (total de 50). Como apontado na questão 2, a constituição de grupos e comitês mostra-se como uma das estratégias para promoção de uma

governança participativa, mas possui os riscos associados à sua implementação. Entre estes, está o risco de falta de representatividade, não refletindo adequadamente a diversidade da população envolvida, o que pode resultar em decisões enviesadas, ou ainda, os interesses de determinados grupos podem ser sobressaltar. Pela análise do caso, pode-se ter incorrido nesse risco.

**Sugestão de abordagem:** Sugere-se que o professor promova o debate dos alunos quanto à percepção deles quanto ao Conselho Universitário como instituição democrática promotora da governança participativa. Nas discussões, podem ser levantados elementos quanto à forma de constituição do Conselho Universitário, composição, representatividade da comunidade acadêmica e de demais grupos da sociedade (diferenciação entre participação e representação), critérios e forma de escolha dos membros e caracterização do conselho (consultivo ou deliberativo).

**Bases teóricas:** Como aponta Lüchmann (2008), dada a diversidade da sociedade civil, contradições e conflitos, muitas dificuldades são verificadas para se ter representatividade expressiva dos diferentes interesses sociais. Os aspectos de participação e representação em conselhos e outras instituições democráticas são, portanto, distintos e influenciam o modelo de governança participativa. Recomenda-se a leitura de Santos (2002) para embasamento da discussão.

#### *Quarta questão*

Na quarta questão, os alunos são convidados a refletirem sobre a decisão tomada por Silva: Considerando os elementos analisados, os fatores influenciadores e as tensões envolvidas, qual deve ter sido a decisão tomada por Silva?

**Discussão:** Propositamente, a decisão tomada por Silva não é apresentada no caso de ensino, para que os alunos possam analisar o dilema enfrentado pelo protagonista e discutir as possibilidades do gestor público:

1. retornar à Universidade e realizar um plebiscito envolvendo toda a comunidade acadêmica;
2. somente iniciar as negociações com a Ebserh;
3. já manifestar o interesse da "Universidade", seguindo a maioria dos votos do Conselho Universitário; ou
4. realizar novos estudos e articular ações junto a atores de instituições externas para que outras alternativas possíveis possam ser discutidas.

**Sugestão de abordagem:** Sugere-se que o professor solicite que os alunos se imaginem no cargo de Silva e reflitam qual decisão tomariam a partir das questões discutidas anteriormente e dos elementos analisados. Os alunos podem ter pontos de vista distintos, o que irá enriquecer o debate. Caso isso não seja verificado, o professor pode trazer uma perspectiva diferenciada.

De acordo com as possibilidades discutidas, outras questões podem ser levantadas pelo professor de modo a promover a compreensão de novos modelos de governança e de como dar sequência à implementação de políticas públicas em sistemas complexos:

1. Como melhor envolver a comunidade acadêmica, movimentos sociais, sindicatos de trabalhadores e sociedade no processo de tomada de decisão?
2. Como apresentar a Ebserh aos grupos contrários à adesão, considerando suas crenças e a boa articulação e a forte dinâmica de comunicação que possuem?
3. Como envolver os funcionários da Fundação na transferência do conhecimento e realizar as substituições dos terceirizados pelos empregados Ebserh sem prejudicar a prestação dos serviços?
4. Como promover boas relações entre os servidores públicos e os empregados Ebserh, aproveitar os processos de trabalhos e as boas práticas já estabelecidas no HU?

As estratégias para efetivação de um modelo de governança democrática participativa discutidas na segunda questão podem ser retomadas nestas questões.

As técnicas de negociação e mediação também podem ser discutidas junto aos alunos para contextualizar essas questões e auxiliar na aplicação prática. Para tanto, recomenda-se a leitura da seguinte obra: Carvalho, E. et al (2017). *Negociação e administração de conflitos*. Rio de Janeiro: FGV.

Podem também ser envolvidos aspectos relativos a estratégias de comunicação.

**Bases teóricas:** No tópico "Breve contextualização", apresenta-se referencial normativo relacionado à criação da Ebserh e a seu funcionamento que fundamentam a discussão sobre a adesão da Universidade à estatal para gestão do HU. A revisão bibliográfica de Vieira (2016) apresenta elementos acerca da gestão de hospitais universitários federais após o advento da Ebserh que podem apoiar a análise dos alunos para a tomada de decisão, complementando as demais bases teóricas apontadas nas questões anteriores.

## REFERÊNCIAS

- Abreu, J. C. A. (2017). *Gestão de políticas públicas, participação democrática e internet: inovação nos modelos de gestão no setor público*. Brasília: Enap.
- Andreazzi, M. de F. S., & Mesquita, L. I. S. (2020). Autonomia universitária e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: *Revista de Direito Sanitário*, 20(2), 90–99. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v20i2p90-99>
- Avritzer, L. (2008). *Instituições participativas e desenho institucional: algumas considerações sobre a variação da participação no Brasil democrático*. Opinião Pública, Campinas, vol. 14, n. 1.
- Banco Mundial. (2017). *Governança e a Lei (Relatório de Desenvolvimento Mundial/2017)*. Washington, DC: Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento/Banco Mundial. Recuperado em 21 julho, 2023, de <https://acervo.enap.gov.br/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=101715>. <https://doi.org/10.1596/978-1-4648-0950-7>
- Cortes, S. (2015). Policy community defensora de direitos e a transformação do Conselho Nacional de Assistência Social. *Sociologias*, 17 (38), 122-154.
- Dalcin, T., Lunardi, G., & Barcelos, C. (2021). Um estudo sobre o impacto da adesão dos hospitais universitários federais à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh). *RAHIS. Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde*, 18(3), 149–169. <https://doi.org/10.21450/rahis.v18i3.6617>
- Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. ([2021]). *Contratos de Gestão*. Recuperado em 24 abril, 2022, de <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/contratos-de-gestao>
- Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. (2018). Mapa Estratégico da Rede Ebserh 2018 – 2023. Brasília: Ebserh. Recuperado em 24 abril, 2022, de <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/governanca/gestao-estrategica/mapa-estrategico>
- Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. (2022). *Sobre os Hospitais Universitários Federais*. Brasília: Ebserh. Recuperado em 24 abril, 2022, de <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/sobre-os-hospitais-universitarios-federais>
- Gomes, K. K. S., Oliveira, L. C., Zanella, A. K. B. B., & Maia, L. F. R. B. (2015). Novo modelo de gestão para hospitais universitários: Percepção dos profissionais de saúde. *Serviço Social e Saúde*, 13(2), 283. <https://doi.org/10.20396/sss.v13i2.8634910>
- Hyden, G. (1999). Governance and the Study of Politics. *African Studies Review*, 42(2), 135-146.
- Krüger, T. R., Sobieranski, C. B., & Moraes, B. V. (2020). EBSEH no HU da UFSC: Da resistência à gestão pela empresa. *Revista Katálisis*, 23(1), 152–164. <https://doi.org/10.1590/1982-02592020v23n1p152>

- Lei n. 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares—EBSERH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940—Código Penal; e dá outras providências., (2011) (testimony of Brasil). [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm)
- Lüchmann, H. H. L. (2008). Participação e Representação nos Conselhos Gestores e no Orçamento Participativo. *Caderno CRH*, 21(52). <https://doi.org/10.9771/ccrh.v21i52.18957>
- Martins, H. F., & Marini, C. (2014). Governança Pública Contemporânea: Uma tentativa de dissecação conceitual. *Revista do TCU*, 42–53.
- Peters, B. G. (2005). Gobernanza y Burocracia Pública: ¿Nuevas formas de democracia o nuevas formas de control? *Foro Internacional*, vol. XLV, núm. 4, pp. 585-598. El Colegio de México, A.C. Distrito Federal, México.
- Pinheiro, I. A. (2012). *Negociação e arbitragem*. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; Brasília: CAPES, UAB.
- Projeto de Lei da Câmara n. 79, de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Ebserh; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal; e dá outras providências. Recuperado em 24 abril, 2022, de <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=4194077&ts=1630418093935&disposition=inline>.
- Rhodes, R. A. W. (1996). The New Governance: Governing without Government. *Political Studies*, 44(4), 652–667. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9248.1996.tb01747.x>
- Santos, B. S. (2002). Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Secchi, L. (2013). *Políticas públicas: conceitos, categorias de análise, casos práticos* (2a ed. São Paulo: Cengage Learning.
- Silva, E. E., Lasmar, F. C., & Pereira, J. R. (2013). Redes sociais e governança democrática: o caso de uma instituição federal de ensino superior de Minas Gerais - Brasil. *Redes*, 18(2), 104-123. <https://doi.org/10.17058/redes.v18i2.2696>
- Souza, C. (2018). Coordenação de políticas públicas. Brasília: ENAP.
- Tribunal de Contas da União. (2015). *TC 032.519/2014-I. Relatório de Auditoria*. Órgão/Entidade: Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Brasília: TCU. Recuperado em 24 abril, 2022, de [https://portal.tcu.gov.br/data/files/5F/14/53/92/52B31510ED8753152A2818A8/032.519%20Empresa%20Servi\\_os%20Hospitales%20comp.pdf](https://portal.tcu.gov.br/data/files/5F/14/53/92/52B31510ED8753152A2818A8/032.519%20Empresa%20Servi_os%20Hospitales%20comp.pdf)

Vieira, K. R. (2016). Uma revisão bibliográfica acerca da gestão de hospitais universitários federais após o advento da Ebsers. *Revista Brasileira de Administração Política*, 9(1).

Weible, C., & Nohrstedt, D. (2013). *The advocacy coalition framework: coalitions, learning and policy change*, in: ARARAL et al. (Eds.). Routledge Handbook of Public Policy. Routledge, New York, 125-164.

## APÊNDICE B – ARTIGO ORIGINAL – DADOS ABERTOS: UMA ANÁLISE DA EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES E DE SUA REDE DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS<sup>39</sup>

*Open data: an analysis of the Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares and its network of federal university hospitals*

*Datos abiertos: un análisis de la Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares y su red de hospitales universitarios federales*

**Resumo:** Dados abertos têm sua relevância reconhecida mundialmente em diferentes setores para maior transparência, controle social, eficiência de serviços, inovação e crescimento econômico, com grande potencial na área de saúde pública. No Brasil, a Política Nacional de Dados Abertos (PNDA) busca contribuir para que esses benefícios sejam alcançados, porém ainda há dificuldades em sua implantação, de modo que os dados publicados pelas instituições públicas não atendem a todos os princípios para serem considerados abertos. Com este estudo, buscou-se analisar o grau de alinhamento da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) e de sua rede de hospitais universitários federais aos princípios da PNDA. O levantamento dos dados abertos pelas 39 unidades da rede Ebserh foi realizado no portal Gov.Br, registrando os tipos de dados e suas características. O grau de alinhamento da rede Ebserh aos princípios de dados abertos foi calculado de acordo com a pontuação obtida pelas unidades avaliadas nas questões definidas segundo a PNDA. Verificou-se que somente 21 das unidades da rede Ebserh (51%) publicam dados abertos, totalizando 854 conjuntos de dados. O grau de alinhamento identificado foi de 35%, considerando toda a rede Ebserh, e de 67%, considerando somente as unidades da rede que publicam dados abertos. Observa-se que as unidades da rede Ebserh encontram-se em níveis de maturidade distintos quanto à abertura de dados, sendo que nenhuma unidade atende a todos os princípios PNDA, o que pode dificultar a busca, reutilização e interoperabilidade dos dados. A qualidade dos dados abertos da rede precisa ser melhorada para que possam, de fato, serem úteis para diferentes propósitos de reuso. Aponta-se para a importância do reconhecimento dos dados como um ativo estratégico na rede Ebserh, do clareamento das questões quanto à Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais e do estabelecimento de uma política de governança de dados.

**Palavras-chave:** Dados abertos. Governança de Dados. Hospitais Universitários. Proteção de Dados. Ciência de Dados.

**Abstract:** Open data has its relevance recognized worldwide in different sectors for greater transparency, social control, service efficiency, innovation, and economic growth, with great potential in public health. In Brazil, the National Open Data Policy (PNDA) seeks to contribute to

<sup>39</sup> Autores: *Gabriela de Oliveira Silva* - Doutoranda na Escola Nacional de Administração Pública (Enap), Farmacêutica na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh); *Renata Mendes de Araujo* - Professora na Universidade Presbiteriana Mackenzie (principal), Enap e Universidade de São Paulo; *Fernando Filgueiras* - Professor na Universidade Federal de Goiás e Enap. Artigo publicado na Revista da CGU. DOI: <https://doi.org/10.36428/revistadacgu.v14i26.527>

these benefits being achieved, but there are still difficulties in its implementation, so that the data published by public institutions do not meet all the principles to be considered open. With this study, we sought to analyze the degree of alignment of the *Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares* (Ebserh) and its network of federal university hospitals with the principles of the PNDA. The survey of open data published by the 39 units of the Ebserh network was carried out on the Gov.Br portal, recording the types of data and their characteristics. The degree of alignment of the Ebserh network with the principles of open data was calculated according to the score obtained by the units evaluated in the questions defined according to the PNDA. It was found that only 21 of the Ebserh network units (51%) publish open data, totaling 854 data sets. The degree of alignment identified was 35%, considering the entire Ebserh network, and 67%, considering only the network units that publish open data. It appears that the units of the Ebserh network are at different maturity levels regarding data opening, and no unit meets all the PNDA principles, which can make it difficult to search, reuse, and interoperate data. The quality of open network data needs to be improved so that it can be useful for different reuse purposes. It points to the importance of recognizing data as a strategic asset in the Ebserh network, clarifying issues regarding the General Law for the Protection of Personal Data and establishing a data governance policy.

**Keywords:** Open Data. Data Governance. University Hospitals. Data Protection. Data Science.

**Resumen:** Los datos abiertos tienen su relevancia reconocida a nivel mundial en diferentes sectores para una mayor transparencia, control social, eficiencia del servicio, innovación y crecimiento económico, con gran potencial en el área de la salud pública. En Brasil, la Política Nacional de Datos Abiertos (PNDA) busca contribuir para que se alcancen estos beneficios, pero aún existen dificultades en su implementación, de modo que los datos publicados por las instituciones públicas no cumplen con todos los principios para ser considerados abiertos. Con este estudio, buscamos analizar el grado de alineación de la *Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares* (Ebserh) y su red de hospitales universitarios federales con los principios del PNDA. El relevamiento de los datos abiertos por las 39 unidades de la red Ebserh fue realizado en el portal Gov.Br, registrando los tipos de datos y sus características. El grado de alineamiento de la red Ebserh con los principios de los datos abiertos se calculó según la puntuación obtenida por las unidades evaluadas en las preguntas definidas según el PNDA. Se encontró que solo 21 de las unidades de la red Ebserh (51%) publican datos abiertos, totalizando 854 conjuntos de datos. El grado de alineamiento identificado fue del 35%, considerando toda la red Ebserh, y del 67%, considerando solo las unidades de red que publican datos abiertos. Se observa que las unidades de la red Ebserh se encuentran en diferentes niveles de madurez en cuanto a apertura de datos, y ninguna unidad cumple con todos los principios del PNDA, lo que puede dificultar la búsqueda, reutilización e interoperabilidad de datos. Es necesario mejorar la calidad de los datos abiertos de la red para que puedan ser realmente útiles para diferentes propósitos de reutilización. Señala la importancia de reconocer los datos como un activo estratégico en la red Ebserh, aclarando aspectos de la Ley General de Protección de Datos Personales y estableciendo una política de gobernanza de datos.

**Palabras clave:** Datos abiertos. Gobernanza de Datos. Hospitales Universitarios. Protección de Datos. Ciencia de los Datos.



## 1. INTRODUÇÃO

Segundo a *Open Knowledge Foundation*, dados abertos são aqueles que qualquer pessoa pode usar, reutilizar e compartilhar livremente para qualquer propósito, bastando, no máximo, que credite a sua autoria e os compartilhe com a mesma licença aberta (OKF, 2015). Quando esses dados são gerados, coletados ou custodiados pela administração pública e disponibilizados em formato aberto, são denominados dados abertos governamentais (DAG) (TCU, 2015).

A importância dos DAG tem sido reconhecida mundialmente em diversos setores para maior transparência, *accountability* e eficiência de serviços, avaliação de políticas públicas, desenvolvimento de novas tecnologias, inovação, crescimento econômico e agregação de valor público (Borgesius et al., 2015; Cruz-Rubio, [s.d.]; D’Agostino et al., 2018; Pires, 2015). Na área de saúde, DAG possuem potencial para reduzir lacunas de informação, fortalecer pesquisas científicas e tradução do conhecimento, favorecer a formulação de políticas públicas baseadas em evidências, e melhor prever ou detectar precocemente possíveis surtos e epidemias (D’Agostino et al., 2017; Heijlen & Cromptvoets, 2021). Em emergências de saúde pública, a exemplo das associadas ao zika vírus e ao novo coronavírus, DAG auxiliaram no mapeamento da disseminação dos vírus e de casos das doenças, na identificação de potenciais riscos e na sua prevenção (OKBr, 2021a; Santos et al., 2017).

No Brasil, a Política Nacional de Dados Abertos (PNDA) visa promover a publicação de DAG, possibilitar o acesso pela sociedade a esses dados, aprimorar a cultura de transparência pública e o controle social, facilitar o intercâmbio de dados entre diferentes entidades, fomentar a pesquisa científica de base empírica sobre a gestão pública e promover a oferta de serviços públicos digitais de forma integrada (Decreto n. 8.777, 2016). Tal Política faz parte das estratégias para o governo aberto e congrega do seu princípio de tratar o acesso à informação como regra e o sigilo como exceção. Assim, também se associa aos princípios constitucionais de acesso à informação e da publicidade de atos administrativos, regulados pela Lei de Acesso à Informação (LAI) (Lei n. 12.527, 2011).

A gestão da PNDA é coordenada pela Controladoria Geral da União (CGU) por meio da Infraestrutura Nacional de Dados Abertos (INDA) com um “mecanismo de governança multiparticipativa, transparente, colaborativa e democrática” (Decreto n. 8.777, 2016). Sua implantação é executada por meio de Planos de Dados Abertos (PDA) elaborados por cada

instituição pública do Poder Executivo Federal, que orientam as ações relacionadas à implementação e promoção da abertura de dados, a fim de facilitar a sua compreensão e reutilização.

No âmbito da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) e da sua rede de hospitais universitários federais (HUF), a institucionalização da PNDA pode trazer benefícios para a própria rede, a administração pública de forma geral, outras entidades e a sociedade. Criada em 2011, essa empresa pública é vinculada ao Ministério da Educação (MEC) e possui contratos de gestão firmados com 32 instituições federais de ensino superior para a gestão de 40 HUF com atendimento integral ao Sistema Único de Saúde (SUS) (Lei n. 12.550, 2011). Trata-se de uma rede complexa que associa processos de gestão, assistência à saúde, ensino, extensão, pesquisa e inovação, utilizando diversos tipos de plataformas e tecnologias, com elevada coleta, gerenciamento e produção de dados.

A publicação de DAG pode favorecer a organização de dados nas unidades e o *benchmarking* entre os HUF. Pode também contribuir para a transparência e o controle social sobre os indicadores de desempenho dos planos de reestruturação dos HUF, para a avaliação da qualidade da prestação de serviços, da prática de ensino, do desenvolvimento de pesquisas, da geração de inovação e do impacto dos contratos de gestão estabelecidos com a Ebserh. De forma mais abrangente, pode contribuir para a ampliação do conhecimento sobre as políticas de ensino e o SUS e possibilitar a identificação de possíveis problemas e soluções por outras entidades e pesquisadores. Outras plataformas podem também ser desenvolvidas com o uso dos dados, com a demonstração de indicadores, quer seja apoiando a gestão ou a criação de novos produtos e serviços (Filgueiras, Palotti & Nascimento, 2022). A publicação de DAG também gera mais confiança das partes interessadas e melhora a confiabilidade dos dados, além de ser uma exigência legal pela LAI para todas as instituições públicas (Campagnucci, 2021).

Apesar de haver legislação já estabelecida e dos benefícios dos DAG, ainda é incipiente o entendimento quanto à abertura de dados na administração pública, tendo em vista que muitos dados não são publicados adequadamente (Avelino et al., 2021; Pires, 2019; Silva & Dominguez, 2017). Além da falta de clareza quanto ao processo integral de gestão dos dados, ao conceito e aos princípios de DAG, há dificuldades de compreensão ou interpretações equivocadas da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) que dificultam a abertura de dados governamentais no Brasil (Campagnucci & Belisário, 2021; Langenegger, 2021).

Nesse sentido, estudos têm sido conduzidos para definir métricas e indicadores para avaliar o alinhamento de repositórios desses dados aos princípios de DAG e monitorar a transparência e reuso de DAG (Nascimento-Silva & Kerr-Pinheiro, 2019; Silva, 2018). Cardoso et al. (2020), avaliando repositórios de dados de sistemas de saúde pública e prisionais, identificaram um grau de alinhamento de 39% do repositório nacional de dados do SUS (DATASUS) aos princípios de DAG, valor bem inferior ao alcançado por repositórios internacionais, como o da cidade de Nova York (100%). Pelo Índice de Transparência da Covid-19, a *Open Knowledge Brasil* (2021a) verificou que 90% dos entes governamentais avaliados em 04/2020 não publicavam dados suficientes para monitorar a propagação da Covid-19, sendo identificados problemas quanto aos DAG nas diferentes esferas (omissão e inconsistência de dados, dificuldade de acesso a bases de dados, falta de padronização, não disponibilização de microdados etc.). As evidências serviram de base para melhorias nos padrões dos DAG e, assim, no monitoramento da pandemia. Análises de outras instituições quanto à abertura de dados podem também contribuir para detecção de falhas e oportunidades de melhorias.

Com este estudo, objetivou-se analisar o grau de alinhamento da rede Ebserh aos princípios dos DAG, utilizando como parâmetro questões definidas de acordo com os princípios da PNDA. Buscou-se, assim, verificar quais dados são abertos pelas unidades da rede e se estes podem ser considerados, de fato, DAG. Por meio dessa análise, inicia-se a discussão sobre a importância do reconhecimento dos DAG como um ativo estratégico, de estabelecimento de uma política de governança de dados e do clareamento das questões quanto à LGPD.

## 2. DELIMITANDO CONCEITOS

Os DAG se associam a dois grandes movimentos da atualidade que apresentam interface com a Ebserh, entidade da administração pública federal e gestora de uma rede de HUF envolvidos com o ensino, a pesquisa e a inovação em saúde: o da ciência aberta e do governo aberto (Santos et al., 2017). Embora liderados por frentes distintas, esses movimentos se integram e conjugam alguns de seus objetivos. Não se pretende apresentar todo o histórico desses movimentos, mas, sim, delimitar os seus conceitos, a fim de demonstrar que os DAG se inserem em um contexto mais amplo.

Ciência aberta envolve o movimento, vanguardado pela Iniciativa de Acesso Aberto de Budapeste (*Budapest Open Access Initiative/BOAI*), para tornar todo o processo da pesquisa científica, os dados e sua disseminação acessíveis para todos os níveis da sociedade, permitindo o compartilhamento do conhecimento entre comunidade científica, governo, empresas e cidadãos, e a integração de diferentes atores para a produção e o desenvolvimento de inovações (Santos et al., 2017). Dados abertos figuram-se como um dos elementos da ciência aberta, envolvendo diferentes tipos de dados, incluindo tanto dados de pesquisa quanto DAG (FOSTER, 2015; OKF, [s.d.]).

No Brasil, há iniciativas para os diferentes eixos da ciência aberta, mas ainda se carece de uma política integrada nacional específica. Uma dessas iniciativas é a Parceria para Governo Aberto (*Open Government Partnership*), da qual o Brasil faz parte desde 2011, a fim de difundir e fomentar práticas governamentais para maior transparência, participação social, *accountability* e inovação, trazendo o cidadão como foco central para as políticas públicas. Uma das obrigações dos parceiros é publicar Planos de Ação Nacional para Governo Aberto, sendo que o Brasil já está no 5º Plano de Ação Nacional para Governo Aberto, que traz, dentre seus 12 compromissos para 2021 a 2022, a implantação de novos mecanismos de avaliação para o avanço da ciência aberta, assim como vários compromissos relacionados à melhoria da qualidade dos DAG em diferentes setores (CGU, 2021). A PNDA surgiu em decorrência das iniciativas dessa parceria, assim como a Política Nacional de Governo Aberto, que traz, como uma de suas diretrizes, o aumento da disponibilidade de dados e informações sobre as atividades governamentais (Decreto n. 10.160, 2019).

Apesar de os conceitos de DAG e governo aberto estarem relacionados, eles não são intercambiáveis (Cruz-Rubio, 2015). DAG podem ser identificados como um dos mecanismos utilizados para maior transparência e *accountability* em um governo aberto, mas este último vai muito além do uso desses dados para tal. Na perspectiva proposta por Meijer et al. (2012), em que o governo aberto envolve a conexão das dimensões de visão (transparência, acesso aberto às informações governamentais) e voz (participação, acesso aberto às arenas de tomadas de decisão), os DAG podem ser entendidos como elementos da primeira dimensão, que proporcionam, de forma ativa, acesso aberto às informações governamentais e que, de forma sinérgica, influenciam a segunda dimensão.

Segundo a PNDA, dados abertos são:

dados acessíveis ao público, representados em meio digital, estruturados em formato aberto, processáveis por máquina, referenciados na internet e disponibilizados sob licença

aberta que permita sua livre utilização, consumo ou cruzamento, limitando-se a creditar a autoria ou a fonte (Decreto n. 8.777, 2016).

Suportam a fundamentação desse conceito, princípios e diretrizes estabelecidos na PNDA que estão relacionados aos oito princípios fundamentais dos DAG: (1) completos, todos os dados públicos (que não tenham restrições de privacidade, segurança ou de acesso) devem ser disponibilizados; (2) primários, coletados na fonte, com o maior nível possível de granularidade; (3) atualizados, disponibilizados o mais prontamente possível para preservar o seu valor; (4) acessíveis, devendo estar disponíveis para a mais ampla gama de usuários e propósitos; (5) processáveis por máquina, devendo ser razoavelmente estruturados para permitir o processamento automatizado; (6) acesso não discriminatório, disponíveis para qualquer pessoa, sem necessidade de registro; (7) formato não proprietário, sobre o qual nenhuma entidade tem controle exclusivo; e (8) sem licença, não devendo estar sujeitos a regulamento de direitos autorais, patentes, marcas registradas ou segredos comerciais (restrições razoáveis de privacidade, segurança e privilégios podem ser permitidas) (O'Reilly et al., 2007).

Há ainda as três leis em que se pautam os DAG, propostas por David Eaves (2009): (1) se o dado não pode ser encontrado e indexado na Internet, ele não existe; (2) se não estiver disponível em formato aberto e legível por máquina, ele não pode ser reaproveitado; e (3) se algum dispositivo legal não permitir seu reuso, ele não é útil.

Os DAG podem ser conectados e permitir maior articulação, inovação e cooperação entre diferentes atores, gerando ganhos potenciais para ampliar o entendimento de problemas, contribuir para o encontro de soluções e para apoiar a tomada de decisão. Dados conectados (*linked data*) são definidos como um conjunto de boas práticas para publicação e conexão de dados estruturados na Internet a fim de se criar uma Rede de Dados (Bizer et al., 2006). DAG conectados seguem os princípios propostos por Tim Berners-Lee (2006), conhecidos como sistema de 5 estrelas, que classifica o grau de abertura dos dados, sendo o maior número de estrelas representativo da maior abertura e maior facilidade de conexão dos dados: ★ disponíveis na web e com uma licença aberta; ★★ estruturados legíveis por máquina; ★★★ em formato não proprietário; ★★★★ em padrões abertos; e ★★★★★ conectados a outros gerando um contexto.

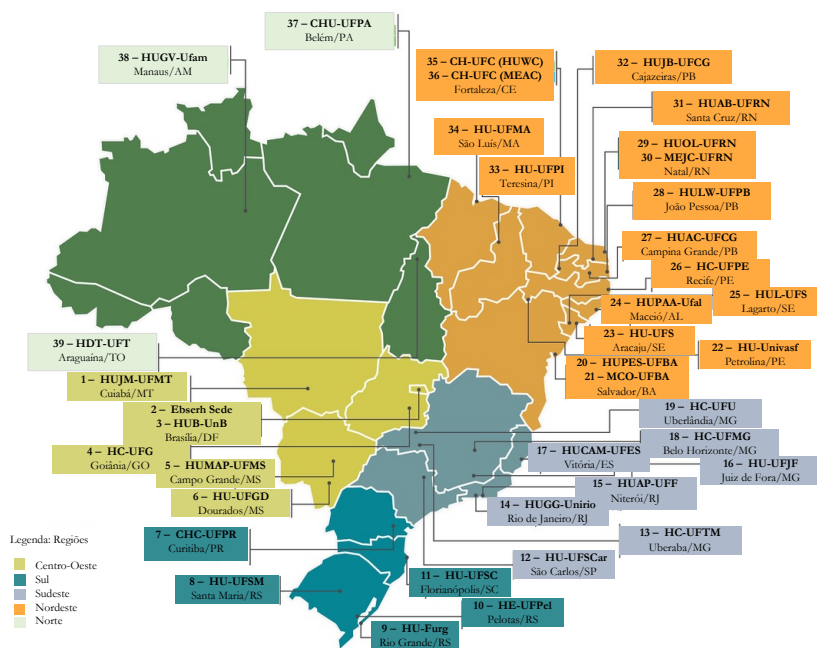
### 3. MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa exploratória, documental, com abordagem quali e quantitativa que busca responder a seguinte questão de pesquisa: qual o grau de alinhamento da rede Ebserh aos princípios da PNDA?

#### 3.1. Amostra

Como rede Ebserh, considerou-se a administração central da Ebserh (Sede), os 36 HUF e os dois complexos hospitalares, totalizando 39 unidades analisadas (**Figura 1**).

**Figura 1** – Unidades da rede Ebserh por região do Brasil



Fonte: adaptado de Ebserh (2022).

#### 3.2. Fonte de dados

Utilizou-se, como fonte de dados, a página da Ebserh: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br>. A escolha dessa fonte deveu-se ao fato de o portal Gov.Br ser o portal único do governo federal, estabelecido em 2019 para disponibilizar as informações e serviços públicos de maneira centralizada (Decreto n. 9.756, 2019). Esse portal integra um dos elementos da plataforma Gov.br,

que busca facilitar o acesso e promover integrações mais efetivas entre governo e sociedade, por meio da “plataformização” da estrutura governamental no âmbito do governo digital (Filgueiras et al., 2022).

O portal único permitiu que os diferentes *sites* dos HUF fossem integrados à página da Ebserh Sede e que fosse estabelecida uma estrutura padronizada para a publicação dos conteúdos de todas as unidades da rede. As páginas de todas as unidades contam com caixas de conteúdo sobre Governança, Ensino e Pesquisa, Saúde, Comunicação e Acesso à Informação. Nessa última, há um tópico padronizado que dá acesso à página “Dados Abertos”. Assim, por meio da página da Ebserh, foram acessadas as páginas de acesso à informação da Sede e de cada HUF e levantados os tipos de DAG publicados e suas características.

### **3.3. Coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada em 05/2022, manualmente por uma das autoras, com registro em planilha estruturada com as seguintes categorias: região, nome da unidade, sigla, descrição dos conjuntos de DAG (conforme informado no portal), período dos dados, formato do arquivo, fonte, responsável pelos dados, contato, período do PDA da instituição e endereços eletrônicos para acesso ao plano e aos DAG.

### **3.4. Categorização e análise dos dados**

Cada conjunto de dados foi categorizado segundo a dimensão de processos da rede Ebserh a que correspondem os DAG: gestão hospitalar, assistência à saúde ou ensino, extensão, pesquisa e inovação.

Em seguida, os DAG identificados foram analisados quanto ao conteúdo do arquivo, correspondência do conteúdo ao informado na página, completude ou falta de dados, clareza da descrição, atualização, padronização e granularidade.

### 3.5. Análise do grau de alinhamento

A partir do levantamento realizado, procedeu-se à análise do grau de alinhamento da rede Ebserh aos princípios da PNDA. Para cada princípio ou diretriz da PNDA, foram definidas questões para proceder a tal análise, utilizando como base a pesquisa de Cardoso et al. (2020) com adaptações ao objeto deste estudo (**Quadro 1**).

**Quadro 1** – Questões de análise do alinhamento da rede Ebserh aos princípios da PNDA

Princípios da PNDA	Questão de análise
1. observância da <u>publicidade</u> das bases de dados como preceito geral e do sigilo como exceção	1.1. O PDA está disponível? 1.2. Há DAG publicados? 1.3. Há disponibilização de DAG referentes às dimensões de processos de assistência, gestão, ensino, extensão, pesquisa e inovação?
2. garantia de <u>acesso irrestrito</u> às bases de dados, as quais devem ser <u>legíveis por máquina</u> e estar disponíveis em <u>formato aberto</u>	2.1. O acesso aos DAG é livre, sem necessidade de identificação ou registro? 2.2. Os arquivos são disponibilizados em formatos legíveis por máquina? 2.3. Os arquivos estão disponíveis em formato aberto (não proprietário)?
3. <u>descrição</u> das bases de dados, com <u>informação suficiente</u> para a compreensão de eventuais ressalvas quanto à sua qualidade e integridade	3.1. Há descrição clara do que compõem os conjuntos de dados (título, descritivo, formato do arquivo, período dos dados)? 3.2. Há indicação da periodicidade de publicação/atualização dos dados?
4. <u>permissão irrestrita de reuso</u> das bases de dados publicadas em formato aberto	4.1. Os dados estão livres de direitos autorais, patentes e marcas comerciais?
5. <u>completude e interoperabilidade</u> das bases de dados, as quais devem ser disponibilizadas em sua <u>forma primária</u> , com o <u>maior grau de granularidade</u> possível, ou <u>referenciar as bases primárias</u> , quando disponibilizadas de forma agregada	5.1. As fontes dos dados são informadas? 5.2. Os dados são disponibilizados em sua forma primária ou, quando disponibilizados de forma agregada, há indicação da fonte primária? 5.3. Os conjuntos de dados estão disponíveis de forma completa? 5.4. Há uma estrutura padrão de conjuntos de dados do mesmo tipo para permitir a interoperabilidade?
6. <u>atualização periódica</u> , de forma a garantir a perenidade dos dados, a padronização de estruturas de informação e o valor dos dados à sociedade e atender às necessidades de seus usuários	6.1. Os dados são atualizados periodicamente?
7. designação clara de <u>responsável</u> pela publicação, atualização, evolução e manutenção de cada base de dados aberta, incluída a <u>prestação de assistência</u> quanto ao uso de dados.	7.1. O responsável pelos dados é informado de forma clara? 7.2. O contato desse responsável é disponibilizado?

Fonte: elaboração própria (2022) com princípios e diretrizes extraídos do Decreto n. 8.777 (2016).



As questões 1.1, 1.2, 2.1 e 4.1 foram analisadas de forma geral para cada unidade da rede, conferindo valor 1 para respostas afirmativas e valor 0 para respostas negativas. Para a questão 1.3, foi concedido o valor 0,33 para cada dimensão atendida, totalizando 0,99. As demais questões foram avaliadas para cada conjunto de dados divulgado, calculando-se, em seguida, a proporção em relação ao total de conjuntos de dados da unidade.

Na sequência, calculou-se o somatório dos valores obtidos nas questões por cada unidade, dividindo-se pelo número total de questões e multiplicando por 100, para se obter o grau de alinhamento de cada unidade aos princípios da PNDA. A partir da média dos valores das unidades, identificou-se o grau de alinhamento geral da rede Ebserh. Para cada uma das 16 questões de análise definidas, verificou-se ainda o percentual de atendimento da rede (n=39) ao princípio ou diretriz. De modo a verificar o alinhamento, em separado, das unidades que já publicam DAG, calculou-se também o grau de alinhamento somente dessas unidades (n=20), isolando as unidades que ainda não possuem DAG.

### 3.6. Apresentação dos resultados

Os resultados estão apresentados em formato de tabelas e gráfico, seguidos de narrativa, no tópico a seguir. Os *insights* gerados a partir da análise do grau de alinhamento identificado constam no tópico “Recomendações” e visam o alinhamento à PNDA pela rede Ebserh.

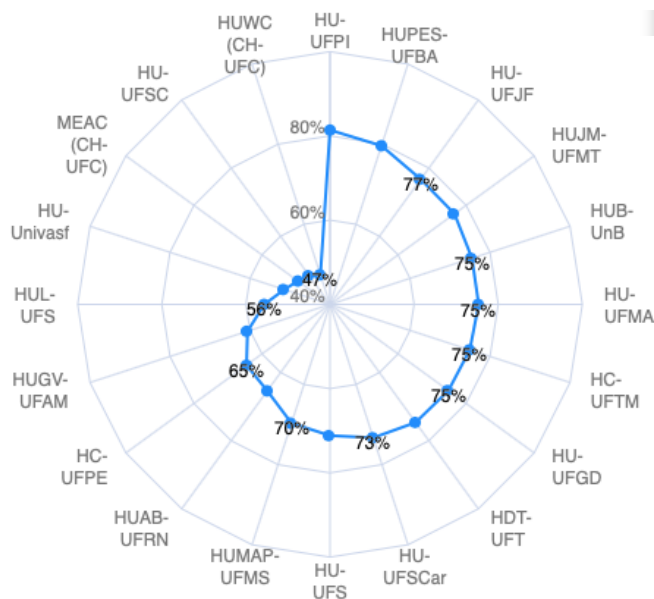
## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O grau identificado de alinhamento da rede Ebserh aos princípios da PNDA foi de 35%, considerando toda a rede, e de 67%, considerando somente as unidades que publicam DAG (**Tabela 1**). Verifica-se, pois, um grau de alinhamento baixo da rede aos princípios da PNDA, inclusive dentre aquelas unidades que já adotaram PDA. Observa-se uma variação entre o grau de alinhamento entre as unidades, sendo que algumas se afastam mais do atendimento total aos princípios da PNDA (**Figura 2**).

**Tabela 1** – Grau de alinhamento da rede Ebserh aos princípios da PNDA

Princípios	Questão	Grau de alinhamento			
		Toda a rede		Unidades que publicam DAG	
Publicidade das bases de dados	1.1	46%	48%	90%	93%
	1.2	51%		100%	
	1.3	46%		90%	
Acesso irrestrito, legíveis por máquina, formato aberto	2.1	51%	47%	100%	92%
	2.2	46%		91%	
	2.3	44%		85%	
Descrição das bases	3.1	30%	18%	59%	34%
	3.2	5%		10%	
Permissão irrestrita de reuso	4.1	51%	51%	100%	100%
Compleitude e interoperabilidade, forma primária ou referência às bases primárias, maior grau de granularidade	5.1	12%	27%	24%	52%
	5.2	34%		66%	
	5.3	29%		57%	
	5.4	32%		61%	
Atualização periódica	6.1	8%	8%	15%	15%
Designação do responsável e prestação de assistência	7.1	36%	33%	70%	65%
	7.2	31%		60%	
Total		35%		67%	

Fonte: elaboração própria (2022).

**Figura 2** – Grau de alinhamento das unidades\* da rede Ebserh aos princípios da PNDA

\*Não constam no gráfico as unidades que não publicam DAG (49%): Sede, HC-UFG, HUAC-UFCE, HUJB-UFCE, HULW-UFPE, HUOL-UFRN, HUPAA-UFAL, MCO-UFBA, MEJC-UFRN, CHU-UFPA, HC-UFMG, HUCAM-UFES, HC-UFU, HUAP-UFF, HUGG-Unirio, CHC-UFPR, HE-UFPE, HU-Furg e HUSM-UFMS.

Fonte: elaboração própria (2022).

Somente 20 unidades da rede Ebserh (51%) publicam DAG, sendo que, destas, 18 possuem PDA publicados. Totalizam 854 conjuntos de dados publicados em toda a rede.

A Ebserh Sede está dentre as unidades que não publicam DAG. A mensagem publicada em sua página indica que a obrigatoriedade da publicação de DAG se restringe aos órgãos e entidades da Administração Pública Federal direta, autárquica e fundacional, e que, sendo a Ebserh uma empresa pública, pertencente à Administração Indireta, não estaria abrangida pelo disposto no Decreto n. 8.777/2016 (EBSERH, 2020). Apresenta ainda que tem atendido a todos os pedidos de acesso à informação, que tem priorizado a publicação de seus conteúdos em formato aberto e não-proprietário, e indica o *link* para acesso ao Fala.Br para solicitação de informações (EBSERH, 2020).

Cabe ressaltar que tanto a administração direta quanto a indireta estão subordinadas à LAI. Portanto, a Ebserh, sendo uma empresa pública, suas filiais devem seguir integralmente o disposto nesse regramento, incluindo a divulgação, independentemente de requerimento, em local de fácil acesso, de informações produzidas ou custodiadas pela rede Ebserh que sejam de interesse público (Lei n. 12.527, 2011). Ainda, conforme esse dispositivo, há requisitos a serem cumpridos nesse sentido, tais como possibilitar a gravação de relatórios em formatos abertos e não proprietários e o acesso automatizado por sistemas externos em formatos abertos, estruturados e legíveis por máquina. Apesar de o decreto que institui a PNDA se voltar ao Poder Executivo federal e de dispor como um de seus objetivos a promoção da publicação de dados contidos em bases de dados de “órgãos e entidades da administração pública federal direta, autárquica e fundacional sob a forma de dados abertos” (Decreto n. 8.777, 2016), a PNDA auxilia na efetivação e implementação da LAI por qualquer entidade pública, estabelecendo os objetivos, princípios, diretrizes e as estruturas de governança dos DAG.

Entretanto, observa-se que não há o reconhecimento do potencial dos DAG na administração central da Ebserh, bem como da importância da transparência colaborativa e de se utilizar efetivamente a estrutura centralizada de publicação de conteúdo nesse formato, já organizada para esse fim. Conforme consulta às normativas publicadas no portal Gov.br relacionadas a dados e informações, esse cenário também se associa ao escopo das políticas atualmente existentes na Ebserh, que não tratam, em qualquer ponto, sobre DAG e governança de dados:

1. Política de Divulgação de Informações: dá enfoque ao sigilo e traz o rol mínimo de informações de transparência ativa que, obrigatoriamente, devem ser divulgadas no portal. Cabe observar que, dentre essas informações, não estão as relacionadas à assistência, ensino, extensão, pesquisa e inovação, que são afetadas diretamente ao propósito da Ebserh;

2. Política de Proteção de Dados Pessoais da Ebserh: visa à conformidade com a LGPD e indica que outros documentos definirão procedimentos adicionais, os quais não foram identificados no portal;

3. Política de Classificação de Informação, Sigilo e Temporalidade: dá um enfoque maior aos pedidos de acesso à informação e respostas pela Ouvidoria; e

4. Política de Segurança da Informação e Comunicações: orienta sobre a proteção de dados, gestão de riscos e tratamento de incidentes.

Durante o levantamento dos DAG, identificou-se, na página de um dos HUF, que a Ebserh possuía um PDA, atualizado em 2018 (EBSERH, 2018). Portanto, reconheceu-se anteriormente a possibilidade e importância de atendimento à PNDA, porém posteriormente houve uma alteração quanto a esse entendimento, retrocedendo e deixando de publicar DAG. Tal direcionamento da administração central da Ebserh pode influenciar negativamente as demais unidades da rede e dificultar a abertura de dados. Tanto é que 15 das outras 18 unidades que não publicam DAG (83%) direcionam suas páginas de DAG para essa página da Sede ou apresentam o mesmo texto em suas páginas. As outras três unidades que não publicam DAG (HUJB-UFCG, MEJC-UFRN e HUGG-Unirio) indicam, entretanto, perspectiva de estabelecimento de um PDA, apesar de a previsão apresentada já estar com data retroativa.

Quanto aos tipos de DAG, não há uma padronização na rede Ebserh do que deva ser publicado. Considerando as três dimensões de processos a que se relaciona a rede, era de se esperar que houvesse DAG relativos à assistência à saúde, gestão hospitalar e ensino, extensão, pesquisa e inovação. Porém, cinco unidades (25%) publicam DAG somente de uma dessas dimensões ou de duas delas. Os conjuntos de dados são, em sua maioria (52%), relativos à assistência à saúde, seguidos pela gestão hospitalar (28%) e ensino, extensão, pesquisa e inovação (20%).

Todas as unidades que publicam DAG os disponibilizam diretamente no portal Gov.br, sem necessidade de identificação ou registro do usuário, sendo um ponto positivo e fundamental para a garantia de **acesso universal** aos dados.

A maioria dos conjuntos de dados (90%) estão em **formato aberto** (csv, ods e odt), os demais estão em formatos proprietários (docx, xlsx, pdf, jpeg e Power BI). Nem todos os conjuntos de dados são **legíveis por máquina**, sendo identificados arquivos com dados não estruturados, incluindo relatórios, contratos, boletins informativos, entre outros documentos. A forma de divulgação de dados está diretamente relacionada ao seu potencial de uso, reuso e compartilhamento, sendo fundamental que o formato aberto e estruturado seja adotado. Quando isso não ocorre, o esforço para coleta e processamento é aumentado, tornando menos efetiva a reutilização dos dados (Cardoso et al., 2020). Nesse quesito, já se verifica um alinhamento da rede, apesar de haver a necessidade de melhorias em algumas unidades.

Considerando o sistema de classificação de cinco estrelas de Tim Berners-Lee, nenhuma unidade alcança a 4ª e 5ª estrelas (**Tabela 2**). A maioria das unidades que publicam DAG alcançam as três estrelas, mas há aquelas que estão no padrão duas estrelas ou uma estrela. Apesar dos avanços, há passos a serem percorridos para a melhoria da qualidade dos DAG na rede Ebserh, para que possam ser transformados em DAG conectados.

**Tabela 2** – Unidades\* da rede Ebserh segundo sistema de classificação de cinco estrelas de Tim Berners-Lee

Unidades da rede Ebserh	Classificação 5 estrelas	Formatos dos arquivos com dados abertos disponibilizados
HUB-UnB	★★★	70 arquivos em formato csv
HUJM-UFMT	★★★	65 arquivos em formato csv
HUMAP-UFMS	★★★	33 arquivos em formato csv
HUWC (CH-UFC)	★★★	1 arquivo em formato csv
MEAC (CH-UFC)	★★★	1 arquivo em formato csv
HUAB-UFRN	★★★	10 arquivos em formato csv
HUPES-UFBA	★★★	36 arquivos em formato csv
HU-UFPI	★★★	116 arquivos em formato csv
HU-UFS	★★★	20 arquivos em formato csv
HU-Univasf	★★★	21 arquivos em formato csv e 2 odt
HU-UFMG	★★	106 arquivos em formato csv e 1 xlsx
HC-UFTM	★★	144 arquivos em formato csv e 1 xlsx
HC-UFPE	★★	21 arquivos em formato xlsx
HUL-UFS	★★	16 arquivos em formato xlsx e 1 csv
HDT-UFT	★★	10 arquivos em formato xlsx, 1 ods e 41 csv
HU-UFSC	★	Dados disponibilizados na página web
HU-UFMA	★	34 arquivos em formato csv, 1 pdf e 2 odt

Unidades da rede Ebserh	Classificação 5 estrelas	Formatos dos arquivos com dados abertos disponibilizados
HUGV-UFAM	★	3 arquivos no formato pdf, 3 docx e 12 csv
HU-UFSCar	★	3 arquivos no formato pdf e 20 csv
HU-UFJF	★	36 arquivos no formato ods, 5 jpeg, 1 Power BI e 17 pdf

\*Não constam na tabela as unidades que não publicam DAG: Sede, HC-UFG, HUAC-UFCG, HUJB-UFCG, HULW-UFPB, HUOL-UFRN, HUPAA-UFAL, MCO-UFBA, MEJC-UFRN, CHU-UFPA, HC-UFMG, HUCAM-UFES, HC-UFU, HUAP-UFF, HUGG-Unirio, CHC-UFPR, HE-UFPe, HU-Furg e HUSM-UFMS.

Fonte: elaboração própria (2022).

A categoria referente à **descrição das bases de dados** alcançou um grau de alinhamento médio de 34% entre as unidades que publicam DAG. Somente em 10% dos conjuntos de dados havia indicação da periodicidade de sua atualização e em 59% havia descrição clara do que os compunham (título, descritivo, formato do arquivo, período dos dados). Caso fôssemos realizar uma avaliação mais aprofundada, considerando apresentação de dicionário de dados, nenhuma unidade atenderia. O dicionário de dados descreve a estrutura de um conjunto de dados, indicando do que se trata cada variável, ou seja, uma coleção de metadados com definições de cada elemento dos DAG, que auxilia na compreensão dos dados. Os metadados também não são apresentados de forma estruturada na página de DAG. Para a maioria dos HUF, para cada conjunto de dados, há a apresentação do título e de um descritivo resumido com *hiperlink* para cada arquivo.

A **permissão irrestrita de reuso** dos dados foi a única categoria de princípios atendida por 100% das unidades que publicam DAG. Aponta-se, entretanto, que tal avaliação foi realizada a partir da constatação de que não havia restrição indicada na página de publicação, nem nos arquivos dos dados. Apesar disso, também não há indicação literal da permissão irrestrita de reuso.

Os princípios relativos à **completude e interoperabilidade** apresentaram média de 52% de alinhamento nas unidades que publicam DAG. Cabe observar que não foram avaliadas, nessa categoria, as variáveis que deveriam conter cada conjunto de dados, voltando-se a análise à verificação do que foi apresentado quanto ao que foi proposto para ser publicado pela unidade. O menor grau de alinhamento dessa categoria referiu-se à fonte dos dados. Somente 24% dos conjuntos de dados apresentam indicação da fonte. Dentre esses, identificam-se sistemas e painéis padronizados para a rede Ebserh como fontes dos dados (Censo Hospitalar, AGHU, Relatório de Produção, Gestão à Vista, Vigihosp), bem como sistemas específicos utilizados por algumas unidades (Sistema Smart, MV Soul) e plataformas externas à rede, do governo federal (SIA-

DATASUS, TABWIN-DATASUS, SIGP, Tesouro Gerencial, Sistema e-Ouv, Compras Governamentais).

Em 66% dos conjuntos de dados, os dados estão disponibilizados em sua forma primária. Os conjuntos restantes apresentam dados totalizados ou valores de indicadores, sem indicação dos números primários utilizados para seu cálculo, o que dificulta análises mais qualificadas. Tal fato pode estar associado às dúvidas que os gestores possuem quanto à publicação de microdados e receio de afetar a privacidade do cidadão a que os dados se referem (OKBr, 2021b). Entretanto, há soluções para mitigar os riscos associados, que envolvem os níveis de detalhamento e agregação, pseudonimização dos dados (ex.: substituição do CPF por outro código que não remeta ao indivíduo) e publicações em separado dos microdados (subdividir os dados) (Belisário, 2021). Essas soluções impedem a vinculação direta dos dados a indivíduos específicos (D'Agostino et al., 2018). Cabem ainda discussões organizacionais, estabelecimento de padrões e treinamentos na temática para enfrentamento desse problema.

Também se observa que há considerável falta de dados, seja de alguns períodos não disponibilizados ou não informados, dados faltantes de algumas variáveis, diferenças entre descrição dos dados e conteúdo do arquivo, entre outros. Evidenciou-se que 57% dos conjuntos de dados estavam publicados de forma completa.

Quanto à padronização intraunidades dos conjuntos de dados do mesmo tipo, há pontos de melhoria. Em 61% dos conjuntos de dados, há uma estrutura padrão que permite a comparabilidade. Nos demais conjuntos, há variáveis e formas de apresentação distintas, o que dificulta a comparabilidade e interoperabilidade. Observa-se ainda que, entre as unidades, não há padronização dos tipos de conjuntos de DAG e das variáveis utilizadas em cada conjunto de forma a permitir a interoperabilidade. A **Tabela 3** apresenta os conjuntos de dados que se repetem em duas ou mais unidades, apesar de haver diferenças tanto de descritivo, período e estruturação dos dados. Além desses conjuntos de dados, há ainda outros 36 que não se repetem entre as unidades. A maior correspondência de tipos de conjuntos de DAG entre as unidades se dá na dimensão de assistência, sendo estes relativos a indicadores de qualidade assistenciais.

**Tabela 3** – Conjuntos de dados abertos por duas ou mais unidades da rede Ebserh por dimensão (% de Hospitais Universitários Federais\*)

Assistência à saúde	Ensino, extensão, pesquisa e inovação	Gestão
<ul style="list-style-type: none"> <li>• N° de consultas ambulatoriais por especialidade (90%)</li> <li>• N° de exames de imagem ou análises clínicas realizados por tipo (90%)</li> <li>• N° de internações por especialidade médica ou na UTI (85%)</li> <li>• N° de cirurgias realizadas por especialidade (70%)</li> <li>• Taxa de ocupação de leitos hospitalares ou de UTI (65%)</li> <li>• Taxa de mortalidade: internação hospitalar ou UTI (65%)</li> <li>• N° de óbitos da internação hospitalar ou na UTI (45%)</li> <li>• Relação de comissões, comitês e núcleos instituídos (35%)</li> <li>• Relação de especialidades médicas ou multiprofissionais (25%)</li> <li>• N° de partos cesarianos e normais realizados (15%)</li> <li>• N° de pacientes com infecção hospitalar (15%)</li> <li>• Taxa de infecção hospitalar (15%), infecção de sítio cirúrgico em cirurgias limpas (10%)</li> <li>• Taxa de permanência (15%)</li> <li>• N° de altas hospitalares (10%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relação de preceptores das residências médica, multiprofissional e uniprofissional por especialidade (60%)</li> <li>• Relação de alunos da residência médica, multiprofissional e uniprofissional por especialidade (50%), do estágio curricular por curso (40%) e do internato rural (10%)</li> <li>• Relação de docentes do estágio curricular (45%), da residência médica, multiprofissional e uniprofissional em saúde (45%)</li> <li>• Relação de projetos de pesquisas (30%)</li> <li>• N° de residentes por especialidade (25%)</li> <li>• Relação de editais de processo seletivo das residências médica e multiprofissional (20%)</li> <li>• Vagas por Programa de Residência Médica (10%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relação de empregados do regime CLT por cargo (80%), de servidores do regime RJU por cargo (75%), de ocupantes de função gratificada ou em cargo comissionado (60%) e de colaboradores terceirizados (45%)</li> <li>• Relação de contratos realizados (50%), de licitações e pregões (30%), de processos de dispensa de licitações (20%), dos pagamentos efetuados (20%) e de atas de registro de preços (10%)</li> <li>• Execução orçamentária e financeira (25%), movimentação financeira (10%)</li> <li>• N° de manifestações registradas na Ouvidoria (25%)</li> <li>• Ações de manutenção e infraestrutura realizadas no período (10%)</li> <li>• Relações das matérias publicadas no sítio eletrônico do hospital (10%)</li> </ul>

\*N<sub>total</sub>=20.

Fonte: elaboração própria (2022).

A **atualização periódica** dos dados envolve a categoria de princípios com menor alinhamento da rede Ebserh. Somente 15% dos conjuntos de dados estavam atualizados. Além disso, a maioria das páginas traz dados de períodos de 2020 adiante, não trazendo um maior histórico. Somente uma unidade traz alguns conjuntos de dados de 2017, duas trazem de 2018 e três de 2019. O acesso tempestivo aos dados é crucial para que muitos dos objetivos dos DAG sejam alcançados, sendo algo que precisa de atenção especial para ser melhorado na rede. Ademais, a linha histórica permite a análise da evolução e de melhorias de desempenho.

Para a categoria de **responsabilidade e prestação de assistência**, apurou-se um grau de alinhamento médio de 65% entre as unidades que publicam DAG. Para 70% dos dados publicados,



havia a indicação do responsável pelos dados, e, para 60%, o contato desse responsável era informado (e-mail ou telefone). Cabe observar, entretanto, que não é disponibilizado mecanismo direto na página de DAG para que a sociedade possa interagir com o responsável pelos dados. Na perspectiva dos novos modos de comunicação fomentados para plataformas digitais e da experiência do usuário, trata-se de uma oportunidade de melhoria quanto à prestação de assistência ao usuário. Isso também pode auxiliar no reconhecimento das necessidades dos usuários e de elementos para melhorias contínuas da publicação das bases de dados.

## 5. RECOMENDAÇÕES

A qualidade dos DAG da rede precisa ser melhorada para que possam, de fato, serem úteis para diferentes propósitos de reuso. Nisso, incluem-se a atualização tempestiva do portal Gov.br, a disponibilização de dados completos, de todos os períodos, com indicação da fonte, e com a maior granularidade possível. Atenção também deve ser dada aos tipos de DAG, incluindo a abertura de outras bases de dados disponíveis.

O portal Gov.Br já auxilia sobremaneira a integração das páginas dos diferentes HUF da rede e a estruturação da forma de apresentação de conteúdos, sendo uma importante ferramenta para um catálogo central de DAG da rede. Além da disponibilização de DAG, a criação de painéis dinâmicos com as bases de dados pode auxiliar na visualização dos dados e comunicação com a sociedade.

Identifica-se, sobretudo, a necessidade de estabelecimento de uma política de governança de dados para a rede Ebserh, com a liderança da Sede e MEC e apoio do Ministério da Saúde, que aborde os DAG de saúde pública, com a identificação clara dos benefícios potenciais para a sociedade, os riscos envolvidos e como gerenciá-los. Nesse sentido, é fundamental o mapeamento de riscos e estratégias para a adequada divulgação de DAG de acordo com cada tipo de dado, considerando aspectos de privacidade, segurança e qualidade (Borgesius et al., 2015; D'Agostino et al., 2017). Tal política deve definir as regras relacionadas ao controle e uso dos dados gerados nos HUF e na Sede da empresa, indicando o que, como e por quem deve ser aberto (Campagnucci, 2021). A partir disso, será possível discutir uma mudança de cultura na rede, que reconheça os dados como um ativo estratégico, bem como a importância e o valor de sua abertura, seguindo os princípios da PNDA, que trará benefícios tanto intra quanto extra rede.

Uma compreensão da LGPD é premente e necessária, partindo do pressuposto fundamental de que a lei não proíbe a divulgação de dados, mas, sim, estabelece regras para o seu compartilhamento. Bases de dados que envolvam dados pessoais necessitam de cuidados adicionais, mas isso não deve ser um obstáculo para a abertura de dados quando houver interesse público (Langenegger, 2021). Borgesius et al. (2015) apontam sobre a necessidade de se identificar o ponto de equilíbrio que respeite a privacidade e os interesses públicos relacionados, sem prejudicar indevidamente os benefícios dos DAG. Essa discussão também precisa ser levada a outras entidades, em âmbito nacional, para promoção da abertura de dados de saúde pública e integração a outras bases de dados. Os HUF possuem papel estratégico nesse contexto, ao integrarem ensino, extensão, pesquisa e inovação em saúde, e terem uma relação direta com a sociedade.

## 6. LIMITAÇÕES

Entre as limitações desta pesquisa, aponta-se que este estudo foi realizado com base nos dados publicados, não se investigando o tema do ponto de vista interno das organizações estudadas. Ademais, a análise foi conduzida na perspectiva dos autores, podendo outros pesquisadores terem outras interpretações por meio de métodos distintos.

Registre-se também que a busca de DAG foi apenas no portal Gov.br nas páginas das unidades da rede Ebserh, não tendo sido realizada a comparabilidade dos DAG dessas páginas com os publicados no Portal Brasileiro de Dados Abertos (dados.gov.br). Esperava-se encontrar uma associação entre essas páginas, porém isso não ocorreu. Há tanto a catalogação no Portal Brasileiro quanto a publicação na página institucional da unidade, com formatos de apresentação diferenciados e sem conexão entre páginas.

Entretanto, tais limitações não invalidam os resultados encontrados. Futuros estudos podem trazer essa comparação, utilizar outros métodos e buscar compreender outros fatores de contexto intervenientes à abertura de dados na rede Ebserh.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A rede Ebserh tem disponibilizado DAG, mesmo que parcialmente, mas há considerável proporção de unidades que não publicam DAG (49%). O ponto de equilíbrio entre abertura e proteção de dados ainda não foi alcançado. Verifica-se que as unidades da rede se encontram em níveis de maturidade distintos quanto à abertura de dados (grau de alinhamento aos princípios da PNDA de 35% da rede e 67% das unidades que publicam DAG), o que pode ser indicativo da ausência de governança de dados e políticas da Ebserh Sede ou do MEC que guiem essa estratégia. Muitas unidades nem iniciaram o desenvolvimento de seus PDA, outras já iniciaram o seu desenvolvimento, mas não o publicaram. Entre as que já publicam DAG, há também diferenciações, sendo que nenhuma unidade atende a todos os princípios da PNDA. Fato este que pode dificultar a busca, reutilização e interoperabilidade dos dados.

A produção e o gerenciamento de dados na rede Ebserh são realizados de maneira isolada e não interoperável por cada unidade, sem uma estratégia comum para padronização e organização do processo de abertura de dados. A Ebserh Sede, como ente central da rede, falha ao não fornecer um direcionamento para todas as unidades para a abertura e integração de dados. Assim, nem todos os dados estão facilmente disponíveis para uma análise agregada ou comparativa da rede.

Diante desse cenário, recomendações foram apresentadas para maior alinhamento da rede Ebserh à PNDA, incluindo melhorias da qualidade dos DAG, abertura de outras bases, instituição de uma política de governança de dados e aprimoramento da compreensão quanto à LGPD. Os resultados apresentados neste estudo podem contribuir para melhorias na governança e abertura de dados na rede Ebserh. O método utilizado, de análise do grau de alinhamento aos princípios da PNDA, pode também ser aplicado a outros órgãos e entidades da administração pública, de modo a colaborar com avaliações quanto aos DAG que têm sido publicados e o seu potencial para alcance dos benefícios esperados de transparência, controle social, inovações e crescimento econômico.

## REFERÊNCIAS

Avelino, D. P. de, Pompeu, J. C., & Fonseca, I. F. da. (2021). TD 2624 - Democracia digital: Mapeamento de experiências em dados abertos, governo digital e ouvidorias públicas. *Texto para Discussão*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1–52. <https://doi.org/10.38116/td2624>

Belisário, A. (2021). *Pseudonimização de dados com editores de planilha*. Open Knowledge Brasil. <https://escoladedados.org/tutoriais/pseudonimizacao-de-dados-com-editores-de-planilha/>

Berners-Lee, T. (2006). *Linked Data—Design Issues*. <https://www.w3.org/DesignIssues/LinkedData.html>

Bizer, C., Heath, T., & Berners-Lee, T. (2006). Linked Data—The Story So Far. *International Journal on Semantic Web and Information Systems (IJSWIS)*.

Borgesius, F. Z., Eechoud, M. van, & Gray, J. (2015). *Open Data, Privacy, and Fair Information Principles: Towards a Balancing Framework* (SSRN Scholarly Paper N° 2695005). Social Science Research Network. <https://papers.ssrn.com/abstract=2695005>

Campagnucci, F. (2021). Formulando políticas públicas baseadas em dados. Em *Publicadores de dados [recurso eletrônico]: Da gestão estratégica à abertura* (p. 10–18). Open Knowledge Brasil. <https://www.ok.org.br/wp-content/uploads/2021/05/PublicadoresDeDados2.pdf>

Campagnucci, F., & Belisário, A. (2021). *Publicadores de dados [recurso eletrônico]: Da gestão estratégica à abertura*. Open Knowledge Brasil. <https://www.ok.org.br/wp-content/uploads/2021/05/PublicadoresDeDados2.pdf>

Cardoso, R. A. L., Carneiro, G. F., & Menezes, J. E. X. (2020). Dados Abertos Governamentais no contexto de Políticas Públicas de Saúde e Sistemas Prisionais: Realidade ou Utopia? *Olhares das ciências sobre as questões sociais*, 19(2), 65–80. <https://doi.org/10.48550/ARXIV.2103.00541>

Controladoria Geral da União (2021). *5º Plano de Ação Nacional em Governo Aberto*. Open Government Partnership. [https://www.opengovpartnership.org/wp-content/uploads/2022/01/Brazil\\_Action-Plan\\_2021-2023\\_PT.pdf](https://www.opengovpartnership.org/wp-content/uploads/2022/01/Brazil_Action-Plan_2021-2023_PT.pdf)

Cruz-Rubio, C. N. ([s.d.]). *Hacia el gobierno abierto: Una caja de herramientas*. Organización de los Estados Americanos. Recuperado em 29 maio, 2022, de [https://www.gigapp.org/administrator/components/com\\_jresearch/files/publications/FINAL%20Caja%20de%20Herramientas.pdf](https://www.gigapp.org/administrator/components/com_jresearch/files/publications/FINAL%20Caja%20de%20Herramientas.pdf)

Cruz-Rubio, C. N. (2015). O que é (e o que não é) governo aberto? Uma discussão conceitual. *Rev. Temas de Administração Pública*, 10(1), 129–148.

D’Agostino, M., Marti, M., Mejía, F., Cosio, G. de, & Faba, G. (2017). Estrategia para la gobernanza de datos abiertos de salud: Un cambio de paradigma en los sistemas de información. *Rev Panam Salud Publica*, 41, 1–6.

D’Agostino, M., Samuel, N. O., Sarol, M. J., Cosio, F. G., Marti, M., Luo, T., Brooks, I., & Espinal, M. (2018). Open data and public health. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.66>

*Decreto n. 8.777, de 11 de maio de 2016*. (2016). Institui a Política de Dados Abertos do Poder

Executivo federal. Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2016/decreto/d8777.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/decreto/d8777.htm)

*Decreto n. 9.756, de 11 de abril de 2019.* (2019). Institui o portal único “gov.br” e dispõe sobre as regras de unificação dos canais digitais do Governo federal. Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/decreto/d9756.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/d9756.htm)

*Decreto n. 10.160, de 9 de dezembro de 2019.* (2019). Institui a Política Nacional de Governo Aberto e o Comitê Interministerial de Governo Aberto. Recuperado de [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2019-2022/2019/Decreto/D10160.htm#art13](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Decreto/D10160.htm#art13)

Eaves, D. (2009). The Three Laws of Open Government Data. *Eaves.Ca.* <https://eaves.ca/2009/09/30/three-law-of-open-government-data/>

EBSERH. (2018). *Plano de Dados Abertos*. PDA-Ebserh. 2017/2018. [https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hu-ufjf/governanca/superintendencia/unidade-de-planejamento/dados-abertos/Plano\\_Dados\\_Abertos\\_20172018\\_EBSERH.pdf](https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hu-ufjf/governanca/superintendencia/unidade-de-planejamento/dados-abertos/Plano_Dados_Abertos_20172018_EBSERH.pdf)

EBSERH. (2020). *Dados Abertos* [Portal gov.br]. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/acesso-a-informacao/dados-abertos>

Filgueiras, F., Palotti, P. L. M., & Nascimento, M. I. B. (2022). Policy design e uso de evidências: O caso da plataforma Gov.br. Em *Políticas públicas e usos de evidências no Brasil* (1ª). Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). [https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/220412\\_lv\\_o\\_que\\_informa\\_mio\\_lo\\_cap16.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/220412_lv_o_que_informa_mio_lo_cap16.pdf)

FOSTER. (2015). *Open Government Data*. FOSTER Portal. <https://www.fosteropenscience.eu/taxonomy/term/115>

Heijlen, R., & Cromptvoets, J. (2021). Open health data: Mapping the ecosystem. *Digital Health*, 7, 205520762110501. <https://doi.org/10.1177/20552076211050167>

Langenegger, N. (2021). Abertura de dados à Lei Geral de Proteção de Dados. Em *Publicadores de dados [recurso eletrônico]: Da gestão estratégica à abertura* (p. 39–45). Open Knowledge Brasil. <https://www.ok.org.br/wp-content/uploads/2021/05/PublicadoresDeDados2.pdf>

*Lei n. 12.527, de 18 de novembro de 2011.* (2011). Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/lei/112527.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112527.htm)

*Lei n. 12.550, de 15 de dezembro de 2011.* (2011). Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares—EBSERH; acrescenta

dispositivos ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940—Código Penal; e dá outras providências. Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm)

Meijer, A. J., Curtin, D., & Hillebrandt, M. (2012). Open government: Connecting vision and voice. *International Review of Administrative Sciences*, 78(1), 10–29. <https://doi.org/10.1177/0020852311429533>

Nascimento-Silva, P., & Kerr-Pinheiro, M. M. (2019). Métrica alternativa para dados governamentais abertos na América Latina. *Transinformação*, 31, e190009. <https://doi.org/10.1590/2318-0889201931e190009>

OGP. (2022). *About Open Government Partnership*. Open Government Partnership. <https://www.opengovpartnership.org/about/>

Open Knowledge Brasil. (2021a). *Emergência dos dados [recurso eletrônico]: Como o Índice de Transparência da Covid-19 impulsionou a abertura de dados da pandemia no Brasil*. Open Knowledge Brasil. [https://ok.org.br/wp-content/uploads/2021/11/Ebook\\_EmergenciaDados\\_OKBR.pdf](https://ok.org.br/wp-content/uploads/2021/11/Ebook_EmergenciaDados_OKBR.pdf)

Open Knowledge Brasil. (2021b). *Publicação de microdados de casos de Covid-19*. Open Knowledge Brasil. [https://transparenciacovid19.ok.org.br/files/Toolkit\\_1\\_microdados\\_basicosV2.pdf](https://transparenciacovid19.ok.org.br/files/Toolkit_1_microdados_basicosV2.pdf)

Open Knowledge Foundation. ([s.d.]). *What is open?* Recuperado 28 maio, 2022, de <https://okfn.org>

Open Knowledge Foundation. (2015). *The Open Definition—Open Definition—Defining Open in Open Data, Open Content and Open Knowledge*. <https://opendefinition.org/>

O'Reilly, T., Malamud, C., Sifry, M., Holovaty, A., & O'Neil, D. X. (2007). *The 8 Principles of Open Government Data*. OpenGovData.org. <https://opengovdata.org/> Pires, M. T. (2015). *Guia de Dados Abertos*. Governo do Estado de São Paulo, Governo do Reino Unido, Núcleo de Informação e Coordenação do Ponto Br (NIC.Br). [https://nic.br/media/docs/publicacoes/13/Guia\\_Dados\\_Abertos.pdf](https://nic.br/media/docs/publicacoes/13/Guia_Dados_Abertos.pdf)

Pires, K. M. (2019). Dados abertos nas universidades federais: Envolvimento interno e divulgação para a sociedade. *Revista Brasileira de Biblioteconomia e Documentação*, 15(2), 58–80.

Santos, P. X. dos, Almeida, B. de A., & Henning, P. (Orgs.). (2017). *Livro Verde—Ciência aberta e dados abertos: Mapeamento e análise de políticas, infraestruturas e estratégias em perspectiva nacional e internacional*. Fiocruz. <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/24117/2/Livro-Verde-07-06-2018.pdf>

Silva, M. P. A. e, & Dominguez, M. (2017). *E-transparência e dados abertos governamentais: O ambiente digital como locus dos avanços do governo brasileiro nas políticas, leis e parcerias*

*internacionais*. Compolítica. [http://compolitica.org/novo/anais/2017\\_Almada\\_Dominguez.pdf](http://compolitica.org/novo/anais/2017_Almada_Dominguez.pdf)  
Silva, P. N. (2018). *Dados governamentais abertos: Métricas e indicadores de reuso* [Tese (Doutorado), Universidade Federal de Minas Gerais].  
<https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/BUBD-AYNG4U>

Tribunal de Contas da União (2015). *5 motivos para abertura de dados na Administração Pública*.  
[https://portal.tcu.gov.br/data/files/81/55/71/DB/A592C710D79E7EB7F18818A8/5\\_motivos\\_abertura\\_dados\\_administracao\\_publica.PDF](https://portal.tcu.gov.br/data/files/81/55/71/DB/A592C710D79E7EB7F18818A8/5_motivos_abertura_dados_administracao_publica.PDF)

36. Seiffert L, Wolff L, Silvestre A, Mendonça T, Cruz E, Ferreira M, et al. Validação de indicadores de efetividade hospitalar na dimensão cuidado centrado no doente. *Rev Enf Ref.* 2020;(2):e19098.
37. World Health Organization. *Global Patient Safety Action Plan 2021-2030: Towards Eliminating Avoidable Harm in Health Care*. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2021.
38. Organização Mundial da Saúde. Guia curricular de segurança do paciente da Organização Mundial da Saúde: edição multiprofissional. Rio de Janeiro: Autografia, 2016.
39. Bodenheimer T, Sinsky C. From Triple to Quadruple Aim: Care of the Patient Requires Care of the Provider. *The Annals of Family Medicine*. 2014;12(6):573–6.
40. Chioro A, Andreazza R, Furtado LAC, Araújo EC, Nasser MA, Cecílio LCO. A política de contratualização dos hospitais de ensino: o que mudou na prática? *Ciênc saúde coletiva*. 2021;26:5691–700.
41. Galvão T, Pereira MG. Revisões sistemáticas e outros tipos de síntese: comentários à série metodológica. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2022;31(3):1-6.



**APÊNDICE D – HOSPITAIS CUJAS UNIVERSIDADES ASSINARAM CONTRATO DE  
GESTÃO COM A EBSERH EM 2013**

<b>Hospital</b>	<b>Sigla</b>	<b>Região</b>	<b>UF</b>	<b>Município</b>	<b>Data do contrato de gestão</b>
Hospital Universitário de Brasília da Universidade de Brasília	HUB-UnB	Centro-Oeste	DF	Brasília	17/01/2013
Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro	HC-UFTM	Sudeste	MG	Uberaba	17/01/2013
Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão	HU-UFMA	Nordeste	MA	São Luis	17/01/2013
Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí	HU-UFPI	Nordeste	PI	Teresina	08/04/2013
Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes da Universidade Federal do Espírito Santo	HUCAM-UFES	Sudeste	ES	Vitória	15/04/2013
Maternidade Escola Januário Cicco da Universidade Federal do Rio Grande do Norte	MEJC-UFRN	Nordeste	RN	Natal	29/08/2013
Hospital Universitário Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte	HUOL-UFRN	Nordeste	RN	Natal	29/08/2013
Hospital Universitário Ana Bezerra da Universidade Federal do Rio Grande do Norte	HUAB-UFRN	Nordeste	RN	Santa Cruz	29/08/2013
Hospital Universitário da Universidade Federal de Grande Dourados	HU-UFGD	Centro-Oeste	MS	Dourados	26/09/2013
Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe	HU-UFS	Nordeste	SE	Aracajú	17/10/2013
Hospital Universitário Getúlio Vargas da Universidade Federal do Amazonas	HUGV-UFAM	Norte	AM	Manaus	06/11/2013
Hospital Universitário Júlio Muller da Universidade Federal de Mato Grosso	HUJM-UFMT	Centro-Oeste	MT	Cuiabá	12/11/2013
Maternidade Escola Assis Chateaubriand da Universidade Federal do Ceará	MEAC-UFC	Nordeste	CE	Fortaleza	26/11/2013
Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará	HUWC-UFC	Nordeste	CE	Fortaleza	26/11/2013
Hospital Universitário Prof. Edgard Santos da Universidade Federal da Bahia	HUPES-UFBA	Nordeste	BA	Salvador	02/12/2013
Maternidade Climério de Oliveira da Universidade Federal da Bahia	MCO-UFBA	Nordeste	BA	Salvador	02/12/2013
Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco	HC-UFPE	Nordeste	PE	Recife	11/12/2013
Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais	HC-UFMG	Sudeste	MG	Belo Horizonte	12/12/2013
Hospital Universitário de Santa Maria da Universidade Federal de Santa Maria	HUSM-UFSM	Sul	RS	Santa Maria	17/12/2013
Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba	HULW-UEPB	Nordeste	PB	João Pessoa	17/12/2013
Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul	HUMAP-UFMS	Centro-Oeste	MS	Campo Grande	18/12/2013

Fonte: elaboração própria (2025).

**APÊNDICE E – COMPARATIVO DE INDICADORES DOS PLANOS DE  
REESTRUTURAÇÃO DOS HUF, CONTRATO DE OBJETIVOS DO PRHOSUS,  
ACORDO ORGANIZATIVO DE COMPROMISSOS E PLANO DE NEGÓCIOS 2025**

<b>Indicador</b>	<b>Plano de Reestruturação</b>	<b>Contrato de Objetivos MS–Ebserh</b>	<b>AOC</b>	<b>Plano de Negócios 2025</b>
Acurácia entre valor executado e planejado por grupo de despesas	—	✓	✓	—
Avaliação média dos programas de pós-graduação	16✓	—	—	—
Cobertura de estoque de medicamentos	—	✓	✓	✓
Equipe multiprofissional para assistência em saúde mental	1✓	—	—	—
Existência de Plano Diretor de Gestão ou Plano de Ação Gerencial	1✓	—	—	—
Incidência de lesão por pressão	1✓	—	—	—
Incidência de queda de paciente	1✓	—	—	—
Índice de Conformidade Sest (IC-Sest)	—	—	—	✓
Índice de eficiência em gestão de compras e contratos	—	—	—	✓
Índice de engajamento dos Hospitais nos processos de compra regionalizada	—	—	—	✓
Índice de giro de leito	—	✓	✓	—
Índice de Governança, Sustentabilidade e Inovação	—	—	—	✓
Índice de obsolescência do parque tecnológico de equipamentos médico-hospitalares	—	✓	✓	✓
Índice de uso do AGHU (sistema de gestão hospitalar)	—	—	✓	—
Informações do CNES atualizadas	1✓	—	—	—
Liquidação de custeio operacional	—	✓	✓	—
Maturidade em segurança cibernética	—	✓	✓	—
Média dos conceitos dos programas de pós-graduação	5✓	—	—	—

<b>Indicador</b>	<b>Plano de Reestruturação</b>	<b>Contrato de Objetivos MS–Ebserh</b>	<b>AOC</b>	<b>Plano de Negócios 2025</b>
Número de ações integradas implementadas na Rede Ebserh	—	—	—	✓
Número de bolsas de iniciação científica e tecnológica concedidas pela Ebserh	—	—	—	✓
Número de citações da Ebserh na imprensa	—	—	—	✓
Número de Hospitais com taxa de ocupação hospitalar dentro do parâmetro estabelecido	—	—	—	✓
Número de instituições participantes no Exames Nacional de Residência (Enare)	—	—	—	✓
Número de profissionais por leito	—	✓	✓	—
Número de prontuários elegíveis digitalizados da Rede Ebserh	—	—	—	✓
Número de solicitações de proteção intelectual da Rede Ebserh encaminhadas à Administração Central	—	—	—	✓
Número de solicitações de proteção intelectual realizadas juntos aos órgãos competentes	—	—	—	✓
Número de vagas de residência médica, multiprofissional e em área profissional da saúde disponibilizadas por meio Exames Nacional de Residência (Enare)	—	—	—	✓
Percentual da folha de pagamento relativo à remuneração de horas positivas expiradas	—	—	✓	—
Percentual de ampliação de cirurgias oncológicas realizadas na Rede Ebserh	—	—	—	✓
Percentual de atendimento no Projeto Acolhe Ebserh	—	—	—	✓
Percentual de aumento da oferta de vagas de programas de residências em áreas estratégicas do SUS	—	—	—	✓
Percentual de aumento da satisfação do preceptor da Rede Ebserh	—	—	—	✓
Percentual de autorizações de internação hospitalar glosadas	—	—	—	✓

<b>Indicador</b>	<b>Plano de Reestruturação</b>	<b>Contrato de Objetivos MS–Ebserh</b>	<b>AOC</b>	<b>Plano de Negócios 2025</b>
Percentual de Colegiado Executivo da Rede Ebserh avaliados	—	—	—	✓
Percentual de conformidade ambiental na Rede Ebserh	—	—	—	✓
Percentual de conformidade do AGHU com os requisitos da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS)	—	—	—	✓
Percentual de conformidades de infraestrutura hospitalar – item instalações físicas: sistemas e redes	16✓	—	—	—
Percentual de Cursos de Graduação na Área de Saúde inseridos no Hospital	1✓	—	—	—
Percentual de desempenho financeiro da contratualização	—	—	—	✓
Percentual de execução dos projetos do Plano Diretor de Tecnologia da Informação e Saúde Digital	—	—	—	✓
Percentual de Hospitais com pagamento de banco de horas dentro do limite de 1%	—	—	—	✓
Percentual de Hospitais da Rede Ebserh com registro de Oferta do Cuidado Integrado (OCI)	—	—	—	✓
Percentual de Hospitais dentro da faixa padrão de funcionários terceirizados por leito	—	—	—	✓
Percentual de Hospitais executando o Programa de Reconhecimento e Valorização	—	—	—	✓
Percentual de Hospitais que aderiram ao Projeto Acolhe	—	—	—	✓
Percentual de integração com a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) - SUS Digital Profissional	—	—	—	✓
Percentual de integração com a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) – Registro de Atendimento Clínico	—	—	—	✓
Percentual de mulheres em cargos de chefia na Rede Ebserh	—	—	—	✓

Indicador	Plano de Reestruturação	Contrato de Objetivos MS–Ebserh	AOC	Plano de Negócios 2025
Percentual de Núcleos de Educação Permanente em Saúde instituídos na Rede Ebserh	—	—	—	✓
Percentual de Núcleos de Educação Permanente em Saúde treinados	—	—	—	✓
Percentual de orçamento do Programa de Aceleração do Crescimento empenhado em relação ao planejado	—	—	—	✓
Percentual de percepção positiva do atendimento no Projeto Acolhe	—	—	—	✓
Percentual de pessoas com deficiência trabalhando na Rede Ebserh	—	—	—	✓
Percentual de Pessoas Negras e Pardas em cargos de chefia na Rede Ebserh	—	—	—	✓
Percentual de preceptores capacitados nos HUFs da Rede	—	✓	✓	✓
Percentual de primeiras consultas ofertadas para o Gestor do SUS	19✓	—	✓	✓
Percentual de processos executados com êxito pela Comissão de Mediação e Conciliação	—	—	—	✓
Percentual de profissionais certificados na trilha de aprendizagem em ensino baseado em simulação	—	—	—	✓
Percentual de redução de desconto de horas negativas	—	—	—	✓
Percentual de redução de impressões corporativas na Rede Ebserh	—	—	—	✓
Percentual de redução do tempo médio de apuração de denúncias de assédio e discriminação	—	—	—	✓
Percentual de registros manuais de ponto dos empregados Ebserh	—	—	—	✓
Percentual de saídas com sumário de alta/óbito preenchido no AGHU	—	✓	✓	—
Percentual de vagas de residência estratégicas para o SUS	16✓	—	—	—

Indicador	Plano de Reestruturação	Contrato de Objetivos MS–Ebserh	AOC	Plano de Negócios 2025
Percentual de vagas disponibilizadas por meio do ENARE	—	✓	✓	—
Proporção de internações hospitalares reguladas	1✓	—	—	—
Realização de pesquisa de satisfação do usuário	1✓	—	—	—
Taxa de expansão de cirurgias eletivas	—	—	—	✓
Taxa de infecção em cirurgia limpa	21✓	—	—	—
Taxa de infecção na UTI	1✓	—	—	—
Taxa de infecção no trato urinário por sonda vesical	1✓	—	—	—
Taxa de mortalidade fetal	1✓	—	—	—
Taxa de mortalidade hospitalar	21✓	—	—	—
Taxa de mortalidade materna	1✓	—	—	—
Taxa de mortalidade neonatal intrahospitalar	2✓	—	—	—
Taxa de Ocupação Hospitalar	21✓ (No plano de um dos HUF, segrega também por UTI)	✓	✓	—
Taxa de parto cesáreo	19✓	✓	✓	✓
Taxa de suspensão de cirurgia	20✓	—	—	—
Taxa de variação de receitas nas contratualizações com o SUS	—	—	—	✓
Tempo médio de permanência hospitalar	21✓ (Separa entre leitos clínicos e cirúrgicos. Um dos planos separa também leitos de saúde mental)	✓	✓	—

Legenda: ✓ = indicador presente, — = indicador ausente.

Fonte: elaboração própria (2025) a partir de levantamento nos Planos de Reestruturação dos HUF da Rede Ebserh com mais de 10 anos de contrato em 2023, Plano de Negócios, Contrato de Objetivos e Acordo Organizativo de Compromissos (Ebserh, 2025a, 2025b, 2025c).

**APÊNDICE F – INDICADORES DE QUALIDADE EM SAÚDE E SEGURANÇA DO  
PACIENTE RECOMENDADOS POR POLÍTICA, PROGRAMAS E PROTOCOLOS  
NACIONAIS**

<b>Dispositivo</b>	<b>Indicadores mínimos recomendados</b>
Política Nacional de Atenção Hospitalar	Taxa de ocupação de leitos
	Tempo médio de permanência para leitos de clínica médica
	Tempo médio de permanência para leitos cirúrgicos
	Taxa de mortalidade institucional
	Taxa de ocupação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI)
	Densidade de incidência de infecção Primária de Corrente Sanguínea confirmada laboratorialmente (IPCSL) associada a cateter central*#
Protocolo Cirurgia Segura	Percentual de pacientes que recebeu antibioticoprofilaxia no momento adequado
	Número de cirurgias em local errado
	Número de cirurgias em paciente errado
	Número de procedimentos errados
	Taxa de mortalidade cirúrgica intra-hospitalar ajustada ao risco
	Taxa de adesão à Lista de Verificação de cirurgia segura
Protocolo de identificação do paciente	Número de eventos adversos devido a falhas na identificação do paciente
	Proporção de pacientes com pulseiras padronizadas entre os pacientes atendidos nas instituições de saúde
Protocolo de prevenção de lesão por pressão (LPP)	Percentual de pacientes submetidos a avaliação de risco para LPP na admissão
	Percentual de pacientes de risco recebendo cuidado preventivo apropriado para LPP
	Percentual de pacientes recebendo avaliação diária para risco de LPP
	Incidência de LPP
Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde	Consumo de preparação alcoólica para higiene das mãos#
	Consumo de sabonete
	Percentual de adesão às práticas de higiene das mãos
Protocolo de prevenção de quedas	Proporção de pacientes com avaliação de risco de queda realizada na admissão
	Número de quedas com dano
	Número de quedas sem dano
	Índice de quedas
Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos	Taxa de erros na prescrição de medicamentos
	Taxa de erros na dispensação de medicamentos
	Taxa de erros na administração de medicamentos

Dispositivo	Indicadores mínimos recomendados
Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PNCIRAS)	Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV)*
	Densidade de incidência infecção do Trato Urinário (ITU) associada a cateter vesical de demora (CVD)**
	Taxa de utilização de cateter central*
	Taxa de adesão ao checklist de verificação das práticas de inserção segura de cateter venoso central (CVC)*
	Taxa de conformidade a todos os itens do checklist de verificação das práticas de inserção segura de cateter central*
	Taxa de Utilização de CVD**
	Taxa de Utilização de Ventilação Mecânica (VM)*
	Taxa de infecção de sítio cirúrgico em cirurgia limpa (implante mamário, parto cirúrgico – cesariana, artroplastia de joelho primária, artroplastia total de quadril primária, cirurgia cardíaca, cirurgia neurológica)
	Taxa de hospitalização em hemodiálise (HD)
	Taxa de utilização de CVC não tunelizado por mais de 3 meses
	Taxa de soroconversão para hepatite C em HD
	Taxa de mortalidade em HD
	Infecção do acesso vascular (IAV) associada ao/à: - cateter temporário/não tunelizado - cateter permanente/tunelizado - fistula AV
	Bacteremia associada ao/à: - cateter temporário/não tunelizado - cateter permanente/tunelizado - fistula AV
	Tratamento com vancomicina em pacientes em HD
	Distribuição percentual de microrganismos isolados em hemoculturas de pacientes em hemodiálise com bacteremia
	Taxa de hospitalização em Diálise Peritoneal
	Taxa de peritonite em Diálise Peritoneal
	Taxa de mortalidade em Diálise Peritoneal
	Consumo de antimicrobianos em UTI – Cálculo DDD

#Constante também no PNCIRAS.

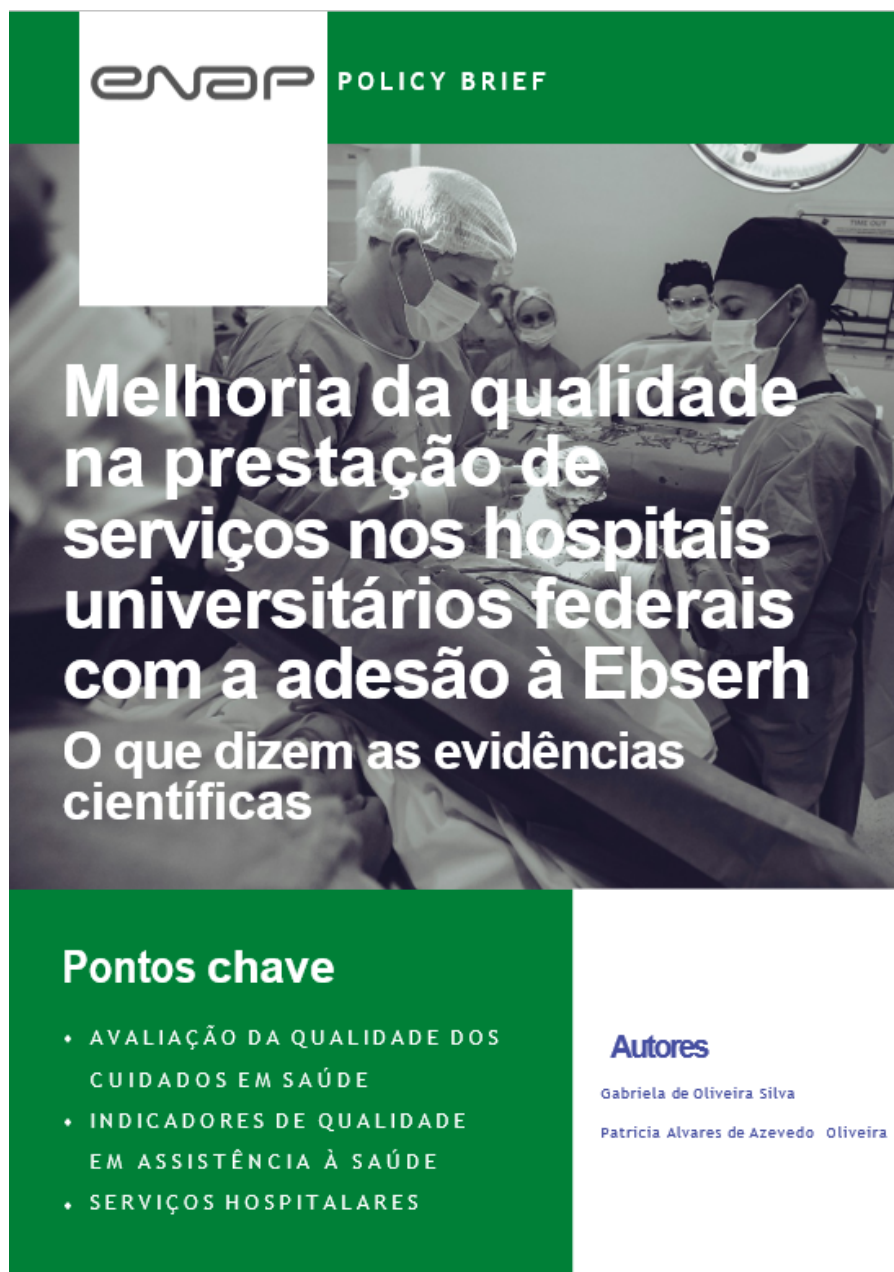
\*UTI Pediátrica, Neonatal e Adulto.

\*\*UTI Pediátrica e Adulto.

Fonte: elaboração própria (2025).



**APÊNDICE G – POLICY BRIEF – MELHORIA DA QUALIDADE NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS COM A ADEÇÃO À EBSERH: O QUE DIZEM AS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS<sup>41</sup>**



<sup>41</sup>Autores: Gabriela de Oliveira Silva - Ebserh, Enap; Patricia Alvares de Azevedo Oliveira – CGU, Enap.

# Introdução

A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) é uma empresa pública vinculada ao Ministério da Educação (MEC), responsável pela gestão de uma rede de 40 hospitais universitários federais (HUF). A adesão à Ebserh ocorre por meio da assinatura de contrato de gestão entre a universidade, a qual o HUF é vinculado, e a Ebserh. Compõem esse contrato um plano de reestruturação do HUF com metas estabelecidas e indicadores para monitoramento e avaliação do desempenho do HUF.

Os primeiros contratos foram assinados em 2013. Desde então, a empresa tem executado ações a fim de aprimorar a gestão, assistência, ensino, extensão, pesquisa e inovação em saúde nessas instituições.

Assim, após quase 10 anos de estabelecimento dos primeiros contratos de gestão, surge o questionamento se a Ebserh tem contribuído para a melhoria da qualidade da prestação de serviços nos HUF. Dada a diversidade de hospitais da rede e as suas características diferenciadas, a implementação dos contratos de gestão com a Ebserh pode ter conduzido a resultados diferentes em cada hospital, que podem interferir positivamente ou negativamente na qualidade da prestação de serviços e na gestão de recursos, ou ainda não terem impacto sobre esses fatores (condição de neutralidade). Os dados deste documento apresentam os resultados encontrados em revisão rápida realizada em março e abril de 2022.

# Unidades da rede Ebserh

**EBSERH  
É MEC**

HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

HOSPITAL  
MATERNIDADE



## Evidências

Dados produzidos a partir de  
revisão rápida.  
Abordagem quali e quantitativa



# Busca de evidências

As bases de dados online estabelecidas para busca foram: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

A chave de busca definida foi: (empresa brasileira de serviços hospitalares) OR (ebserh). No Portal CAPES, acrescentou-se o filtro adicional de busca por período definido (2013-2022).



## Estratégia de busca

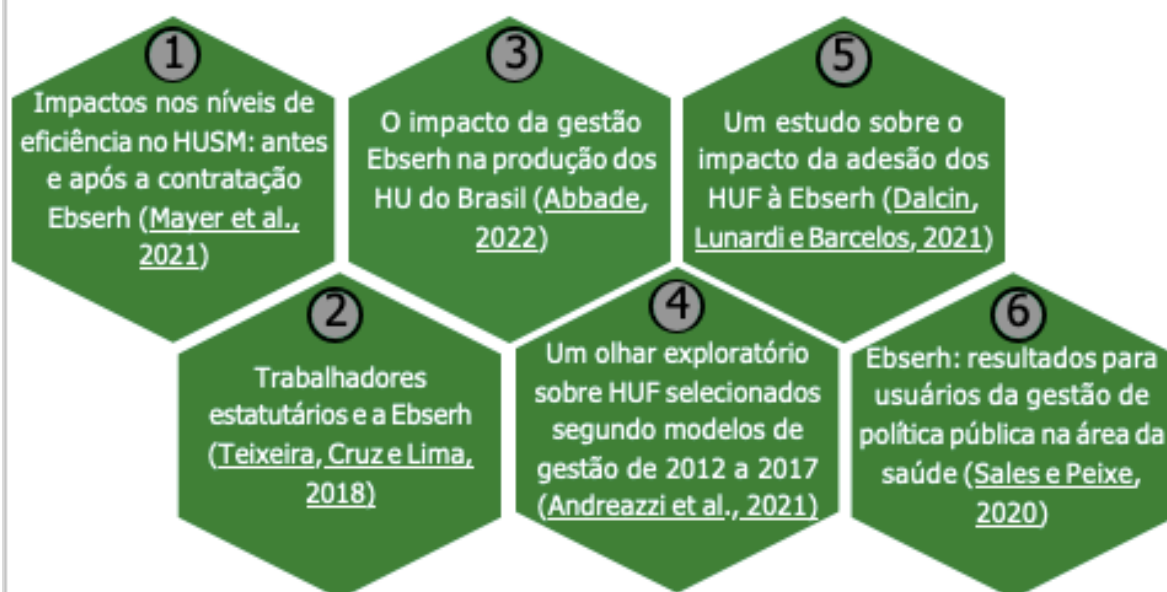
População	Intervenção	Comparador	Outcome
Hospitais universitários federais (HUF)	Assinatura do contrato de gestão com a Ebserh	Período anterior à assinatura do contrato de gestão OU hospitais sem adesão à Ebserh	Melhoria da qualidade na prestação de serviços nos HUF, resultados alcançados

## Seleção das publicações



# Quais as fontes das evidências?

As fontes de evidências identificadas que abordam especificamente a temática de avaliação da melhoria da qualidade nos HUF com a implantação da Ebserh envolvem artigos publicados em periódicos brasileiros. Tais artigos se diferem quanto aos HUF analisados e tipos de análises realizadas.



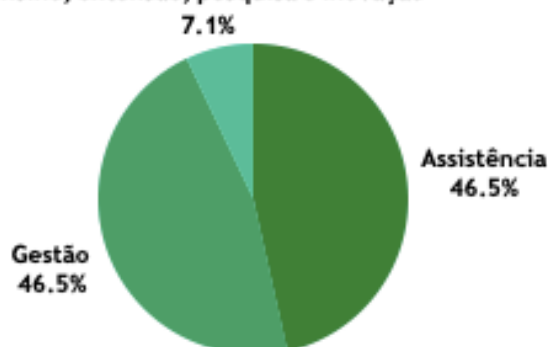
Tipo de estudo	HUF analisados	% de estudos
Análise de um único HUF antes e após a adesão à Ebserh	HUSM-UFSM ① HUCAM-UFES ② HC-UFPR ⑥	50%
Análise comparativa entre hospitais da rede Ebserh antes e após a adesão à Ebserh	16 HUF ③ 40 HUF ⑤	33%
Análise comparativa de hospitais da rede Ebserh com hospitais sem contrato de gestão com a empresa	12 HUF da rede e 3 HUF sem contrato ④	17%

# Quais indicadores utilizados nas evidências científicas?

Os indicadores utilizados para medida de desempenho e qualidade dos serviços prestados nos HUF variaram entre os estudos, totalizando **28 indicadores**, sendo que 10 se repetiram em dois ou mais estudos e outros 18 foram identificados em um dos estudos.

Percentual de indicadores segundo dimensões

Ensino, extensão, pesquisa e inovação



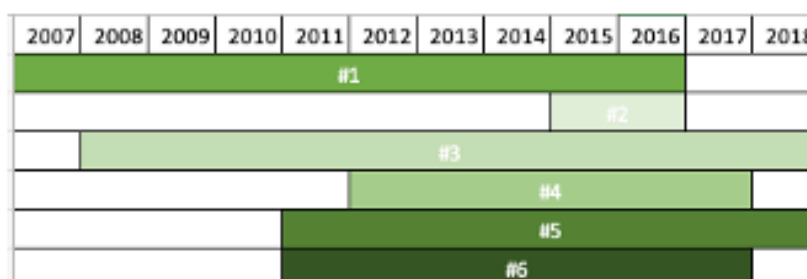
Indicadores mais utilizados em cada dimensão



Além de ser reduzido o número de indicadores de ensino, extensão, pesquisa e inovação utilizados, são poucos os estudos que os apresentam. A maioria dos estudos trata dos indicadores de assistência à saúde e de gestão hospitalar.

Há variedade de indicadores utilizados em cada estudo, sendo também diferenciadas a fonte dos dados, data de coleta e período a que os dados se referem.


Períodos dos dados utilizados nos estudos












# Quais resultados alcançados com a adesão à Ebserh?

As evidências demonstram efeitos positivos e negativos com diferença estatística significativa, sem diferença/ significância estatística e efeitos positivos e negativos sem análise de significância estatística com a adesão à Ebserh.

	Assistência	Gestão	Ensino, Extensão, Pesquisa e Inovação
<b>Resultados positivos estatisticamente significantes</b>  	Aumento de internações 	Aumento de profissionais	Aumento de residentes médicos
	Redução do tempo médio de internação hospitalar	Aumento das receitas da contratualização 	
	Aumento de consultas e exames	Aumento do valor total das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) 	
		Melhor resultado financeiro sem REHUF 	
<b>Resultados positivos sem significância estatística</b>	Aumento de leitos e de cirurgias 	Aquisição de novos equipamentos 	Aumento de residentes totais
	Aumento da taxa de ocupação hospitalar		Aumento de residentes multiprofissionais
	Melhorias no acompanhamento do paciente	Redução da rejeição de contas	
<b>Resultados positivos sem análise estatística</b>		Melhorias na infraestrutura e no parque tecnológico	
		Melhorias nas ações administrativas e na gestão de estoque	
 Resultados antagônicos em diferentes HUF da rede Ebserh ou em diferentes estudos			6

# Quais resultados alcançados com a adesão à Ebserh?

Não se verificou diferença estatística na evolução da receita REHUF, no número de salas cirúrgicas e de consultórios médicos.

	Assistência	Gestão	Ensino, Extensão, Pesquisa e Inovação
<b>Efeitos negativos estatisticamente significantes</b>  	Diminuição da redução da taxa de mortalidade	Evolução do resultado financeiro sem REHUF (alguns HUF)   Evolução de receitas oriundas da contratualização   Reajuste do valor médio mensal das AIH aprovadas  Aumento do valor total das AIH aprovadas 	Evolução do número de pesquisas
	<b>Resultados negativos sem significância estatística</b>  Redução do número de leitos   Redução do número de cirurgias 	Redução do número de equipamentos	
	<b>Resultados negativos sem análise estatística</b>  Redução do número de internações		Piora nas relações de trabalho  Aumento do afastamento de funcionários RJU por licença médica  Aumento de dias de afastamento de funcionários RJU
	7  Resultados antagônicos em diferentes HUF da rede Ebserh ou em diferentes estudos		



# Diagnóstico

Diagnóstico baseado nas evidências detectadas.

As evidências mostraram melhorias nos HUF após a adesão à Ebserh nas três dimensões analisadas, apesar de a maioria dos estudos se concentrar nas dimensões assistência e gestão hospitalar. Resultados positivos estatisticamente significantes envolveram redução do tempo de internação hospitalar, aumento de profissionais, residentes médicos, internações, consultas, exames e receitas da contratualização. Há também resultados positivos sem diferença estatística, efeitos negativos e outros resultados sem análise estatística.

Identificaram-se variações de efeitos e de sua magnitude entre os HUF que assinaram contrato de gestão com a Ebserh, o que sugere a necessidade de estudos qualitativos para identificação das causas para as divergências encontradas entre as unidades.

Os primeiros contratos assinados com a Ebserh datam de 2013 e os dados para os estudos publicados foram coletados até no máximo 2018. Nesse sentido, é provável que o processo de transição ainda se encontre em curso e que seja necessário um maior tempo de execução da intervenção para que os impactos da contratação com a Ebserh possam ser avaliados.

Foi identificado um reduzido número de estudos científicos que abordam especificamente a temática de avaliação da melhoria da qualidade da prestação de serviços nos HUF com a implantação da Ebserh, o que indica que novas pesquisas se fazem necessárias.

# Recomendações

Recomendações baseadas no diagnóstico realizado.

Tendo em vista o que se conhece atualmente sobre a melhoria da qualidade na prestação de serviços nos HUF com a adesão à Ebserh, sugerimos as seguintes recomendações para a governança dos HUF e para novos estudos:

## Para a governança dos HUF

- Avaliação dos resultados identificados neste *policy brief* a fim de identificar oportunidades de melhoria na rede Ebserh.
- Identificação das causas que tenham gerado efeitos antagônicos em diferentes HUF da rede Ebserh.
- Condução de estudos de avaliação do impacto da implantação da Ebserh na melhoria da qualidade da prestação de serviços nos HUF em todas as dimensões relacionadas (assistência à saúde, gestão hospitalar, ensino, extensão, pesquisa e inovação).
- Definição e alinhamento de indicadores para avaliação da qualidade da prestação de serviços nos HUF.
- Publicação de indicadores dos HUF no portal gov.br em formato de painéis e dados abertos para consulta pelo cidadão.

## Para novos estudos

- Pesquisas com servidores e empregados dos HUF para avaliar a percepção destes sobre a mudança de governança dos HUF.
- Estudos de avaliação de efetividade dos modelos de gestão e das práticas gerenciais nos HUF conforme preconizado pela Ebserh.
- Estudos de avaliação do impacto dos contratos de gestão na diminuição das pesquisas desenvolvidas nos HUF.
- Estudos longitudinais com enfoque econômico-financeiro (avaliação da melhoria em termos de eficiência econômica).
- Avaliação de impacto da Ebserh nas dimensões assistência, gestão, ensino, extensão, pesquisa e inovação envolvendo todos os HUF da rede.

## **APÊNDICE H – MINUTA DE POLÍTICA DA QUALIDADE PARA A REDE EBSEH**

Portaria nº \_\_, de \_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Estabelece a Política da Qualidade da Rede Ebserh

### **CAPÍTULO I DA FINALIDADE E DOS OBJETIVOS**

Art. 1º A Política da Qualidade da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) traduz-se neste documento que estabelece os princípios, diretrizes e atribuições que norteiam a gestão da qualidade e possibilitam a implementação do Sistema de Gestão da Qualidade na Rede Ebserh a fim de que seus objetivos sejam alcançados.

Parágrafo único. A Política da Qualidade alinha-se ao propósito da Ebserh de “Saúde, ensino, pesquisa e inovação a serviço da vida e do SUS” e à visão de consolidar-se como uma rede de hospitais universitários de excelência para o SUS, em consonância com a meta 3.8 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que visa garantir a cobertura universal de saúde e o acesso a serviços essenciais de saúde de qualidade em todos os níveis de atenção.

Art. 2º São objetivos da Política da Qualidade da Ebserh:

I - estabelecer o direcionamento institucional com relação à qualidade, alinhado aos objetivos estratégicos, missão, visão e valores da empresa;

II - promover a gestão da qualidade e a cultura de melhoria contínua dos serviços prestados à população brasileira pelos hospitais universitários federais da Rede Ebserh nas áreas de assistência, de gestão, de ensino, extensão, pesquisa e inovação em saúde;

III - contribuir para o alcance de padrões de excelência no campo de prática, ensino, extensão, pesquisa e inovação e nos serviços prestados pela Rede Ebserh;

IV - prover estrutura para implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade na Rede Ebserh;

V - estabelecer elementos para gerenciar riscos assistenciais, para garantir a segurança do paciente e para promover o cuidado centrado no paciente, de forma segura e humanizada;

V - contribuir para o desenvolvimento de capacidades e para a formação de profissionais com o foco em princípios e diretrizes da qualidade;

VI - fomentar a tomada de decisão baseada na análise crítica dos resultados;

VII - reforçar o compromisso institucional com a qualidade, com a satisfação dos usuários, com o foco nos pacientes, estudantes e pesquisadores e nos demais valores institucionais;

VIII - contribuir para a credibilidade institucional e para a confiança dos usuários nos serviços prestados pela Rede Ebserh; e

IX - promover a transparência e a responsabilização, divulgando informações sobre o desempenho da qualidade para fomentar a confiança pública e o envolvimento ativo dos usuários no aprimoramento contínuo dos serviços de saúde.

## **CAPÍTULO II**

### **DA ABRANGÊNCIA**

Art. 3º A Política da Qualidade integra o Sistema de Gestão da Qualidade da Rede Ebserh, e abrange toda a cadeia de valor da Ebserh, suas funções de negócio, macroprocessos, processos e áreas funcionais.

Art. 4º Esta Política da Qualidade aplica-se a todas as unidades organizacionais, colaboradores, estudantes e partes interessadas da Administração Central e dos hospitais universitários federais da Ebserh.

## **CAPÍTULO III**

### **DO ARCABOUÇO NORMATIVO**

Art. 5º A Política da Qualidade da Ebserh fundamenta-se no seguinte arcabouço normativo:

I - Resolução da Diretoria Colegiada - RDC Anvisa nº 63, de 25 de novembro de 2011, que dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde;

II - Política Nacional de Humanização;

III - Resolução da Diretoria Colegiada - RDC Anvisa nº 36, de 25 de julho de 2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências;

IV - Portaria Interministerial MEC-MS nº 285, de 24 de março de 2015, que redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE);

V - Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde, e, em especial, o Anexo XXIV - Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP); e

VI - Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde, com destaque para o Capítulo VIII – Da Segurança do Paciente, Título I – Da Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde.

Parágrafo único. Além do arcabouço normativo do Ministério da Educação, do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), dispostos neste artigo, relacionados especificamente à qualidade em serviços de saúde, esta Política da Qualidade apresenta interface com os demais regramentos relativos aos processos gerenciais, primários e de suporte da Rede Ebserh e correspondentes interações, identificados no Manual de Requisitos do Programa Ebserh de Gestão da Qualidade.

## **CAPÍTULO IV DOS CONCEITOS**

Art. 6º Para efeitos desta Política, são adotados os seguintes conceitos:

I - abordagem de processo: compreensão e gerenciamento das atividades como processos interligados;

II - avaliação interna da qualidade: atividade sistemática, independente e documentada, sem cunho fiscalizatório, realizada por uma equipe do hospital, para examinar os processos organizacionais com a finalidade de levantar evidências e avaliar o nível de conformidade frente ao Manual de Requisitos do Programa Ebserh de Gestão da Qualidade, visando à melhoria contínua do desempenho;

III - avaliação externa da qualidade: avaliação realizada em um hospital universitário federal da Rede Ebserh, pela Comissão de Avaliação Externa da Qualidade, que busca reconhecer formalmente o alcance dos padrões estabelecidos no Manual de Requisitos do Programa Ebserh de Gestão da Qualidade;

IV - ciclo de melhoria: inclui as atividades de identificação e priorização da oportunidade de melhoria, análise do problema de qualidade, avaliação da qualidade, intervenção para melhorar, reavaliação e registro da melhoria conseguida;

V - Comissão de Avaliação Interna da Qualidade: grupo de profissionais do hospital, indicados por portaria institucional, encarregado de realizar a avaliação interna da qualidade e emitir relatório final;

VI - Comissão de Avaliação Externa da Qualidade: grupo de avaliadores externos da qualidade designados para realizar uma avaliação externa da qualidade em um hospital universitário federal da Rede Ebserh e emitir relatório final;

VII - eficiência: relação entre o resultado alcançado e os recursos utilizados;

VIII - engajamento das pessoas: envolvimento e contribuição de profissionais dos diferentes níveis da organização, estudantes, docentes e pesquisadores de toda a Rede Ebserh em prol dos objetivos da Política da Qualidade, utilizando o conhecimento da Rede para alavancar resultados e potencializar melhorias;

IX - gestão de documentos: conjunto de procedimentos e de operações técnicas referentes à produção, à tramitação, ao uso, à avaliação e ao arquivamento de documentos em fase corrente ou intermediária;

X - gestão de relacionamento com as partes interessadas: conjunto de procedimentos e estratégias para a melhor interação, desenvolvimento colaborativo, monitoramento e atividades de melhoria com as partes interessadas que influenciam o desempenho da Rede Ebserh, incluindo clientes, empregados, servidores, parceiros, fornecedores, prestadores de serviço, órgãos públicos, organismos internacionais e sociedade em geral;

XI - gestão de riscos assistenciais: aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, avaliação e priorização dos riscos, seguido da aplicação coordenada de recursos para minimizar, monitorar e controlar a probabilidade ou o impacto dos eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional;

XII - indicador: representação de forma simples ou intuitiva de uma métrica ou medida para facilitar sua interpretação quando comparada a uma referência ou alvo;

XIII - liderança: líderes em todos os níveis que estabelecem uma unidade de propósito e um direcionamento, promovendo condições para o engajamento das pessoas para alcançar os objetivos da Política da Qualidade nas unidades da Rede Ebserh;

XIV - melhoria: relaciona-se às atividades para aumentar as capacidades da instituição de atender os requisitos da qualidade e para aprimorar o desempenho;

XV - monitoramento da qualidade: medição planejada e periódica de uma série de características que resumem a qualidade, em que indicadores devem ser utilizados como ferramentas, a fim de verificar se os níveis pré-determinados de qualidade estão atingidos ou mantidos;

XVI - Plano de Gestão da Qualidade: documento contendo um conjunto integrado de intervenções, com vistas a transformar ações em melhorias do desempenho institucional;

XVII - Plano de Melhoria da Qualidade: conjunto de estratégias ou propostas de ações a serem aplicadas para o alcance de um resultado desejado, possuindo um prazo, a motivação, o local de execução, o responsável e os recursos necessários, apresentado em documento estruturado com base na identificação das causas principais e dos fatores que contribuem para o não cumprimento dos requisitos de qualidade, identificados a partir de análise realizada pelos envolvidos no processo;

XVIII - Plano de Avaliação Interna da Qualidade: documento elaborado pela Comissão de Avaliação Interna da Qualidade, com planejamento e descrição das atividades previstas, assim como os arranjos para execução das avaliações internas parciais e total para o período de um ano;

XIX - Plano de Avaliação do Selo Ebserh de Qualidade: documento elaborado pelo Serviço de Gestão da Qualidade, com planejamento e descrição das atividades previstas, assim como os arranjos para execução das avaliações externas da qualidade na Rede Ebserh para o período de um ano;

XX - Plano de Segurança do Paciente: documento que aponta situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo hospital universitário federal para a gestão de risco visando a prevenção e a mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente na instituição;

XXI - processo: conjunto de atividades inter-relacionadas ou interativas que utilizam entradas para entregar um resultado pretendido;

XXII - qualidade em saúde: grau em que o serviço de saúde é eficaz (prestando cuidados baseados em evidência a todos que necessitam), seguro (evitando danos evitáveis), centrado nas

pessoas (respondendo às preferências, necessidades e valores dos indivíduos), oportuno (reduzindo tempos de espera prejudiciais), equitativo (sem variações de qualidade por idade, sexo, raça, localização, etc.), integrado (coordenado em todos os níveis e por todos os prestadores) e eficiente (maximizando o benefício dos recursos disponíveis e evitando desperdícios), resultando em excelência profissional, mínimo de riscos e alto grau de satisfação do usuário com impacto positivo na saúde individual e populacional;

XXIII - relatório de avaliação interna da qualidade: documento elaborado pela Comissão de Avaliação Interna da Qualidade que contém o registro dos dados, evidências e constatações da avaliação interna da qualidade realizada;

XXIV - relatório de avaliação externa da qualidade: documento elaborado pela Comissão de Avaliação Externa da Qualidade que contém o registro dos dados, evidências e constatações da avaliação externa da qualidade realizada;

XXV - segurança do paciente: estrutura de atividades organizadas que cria culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes na área da saúde voltados para mitigar riscos, de forma consistente e sustentável, visando diminuir a ocorrência de danos evitáveis, tornando os erros menos prováveis ou reduzindo o impacto do dano quando este ocorrer;

XXVI - Sistema de Gestão da Qualidade: conjunto de elementos inter-relacionados, interdependentes e interconectados, incluindo instrumentos normativos, programas, soluções de tecnologia da informação, instrumentos de execução e colegiados internos relacionados à Política da Qualidade, a seus objetivos e processos com vistas ao alcance dos objetivos da qualidade; e

XXVII - tomada de decisão baseada em evidência: refere-se ao processo contínuo e dinâmico de seleção e escolha de um curso de ação para, a partir de alternativas disponíveis, fundamentadas em dados e informações, solucionar uma questão.

## **CAPÍTULO V**

### **DOS PRINCÍPIOS**

Art. 7º A Política da Qualidade adota como princípios:

I - foco nos usuários da Rede Ebserh;

II - cuidado centrado no usuário, equitativo, integrado, oportuno, seguro e humanizado;

III - eficiência;



- IV - efetividade;
- V - liderança;
- VI - engajamento das pessoas;
- VII - abordagem de processo;
- VIII - melhoria;
- IX - tomada de decisão baseada em evidência; e
- X - gestão de relacionamento com as partes interessadas.

§ 1º Os princípios da qualidade devem ser compreendidos em uma abordagem holística e integrada, sem sobreposição de um princípio sobre outro.

§ 2º Esses princípios devem ser empregados cotidianamente em todos os processos e práticas da Rede Ebserh para a implementação do Sistema de Gestão da Qualidade, institucionalização e fortalecimento desta Política da Qualidade.

## **CAPÍTULO VI**

### **DAS DIRETRIZES**

Art. 8º São diretrizes da Política da Qualidade:

I - planejamento da qualidade, incluindo a compreensão das necessidades dos usuários, análise de diagnósticos da instituição, definição de ações estratégicas para gestão da qualidade, de recursos necessários, fluxos, indicadores e metas, elaboração e divulgação do Plano de Gestão da Qualidade;

II - monitoramento da qualidade, compreendendo o monitoramento do desempenho de cada processo de forma estruturada, com definição, monitoramento e análise de indicadores, contribuindo para a tomada de decisão;

III - avaliação dos processos, do valor e benefício para os clientes advindos com a prestação de serviços pela Rede Ebserh, por meio de avaliações internas e externas da qualidade;

III - execução de ciclos de melhoria contínua, que incluem as atividades de identificação e priorização da oportunidade de melhoria, análise do problema de qualidade, avaliação da qualidade, intervenção para melhorar, reavaliação e registro da melhoria conseguida;

IV - implementação gradual de soluções exequíveis, passíveis de implementação e práticas para as necessidades identificadas e priorizadas segundo Plano Estratégico da Rede Ebserh, Plano de Negócios e Plano Diretor Estratégico do hospital da Rede Ebserh;

V - mensuração, demonstração e divulgação de resultados de forma contínua e rápida, a partir de ciclos curtos e constantes de entregas;

VI - transformações orientadas para ganhos mensuráveis e relevantes para a organização;

VII - estabelecimento de fluxos de trabalho com visão ponta a ponta, compreendidos com um olhar transversal, com o reconhecimento do papel de cada área em cada processo;

VIII - customização do método para uma atuação em processos de acordo com o desafio que está sendo enfrentado;

IX - documentação das informações com qualidade e clareza a fim de permitir a repetibilidade dos procedimentos e a continuidade dos cuidados;

X - gestão de documentos, de modo a garantir a rastreabilidade e controle de documentos;

XI - acompanhamento de processos, produtos e serviços providos por fornecedores ou prestadores externos;

XII - atenção humanizada, com o cuidado centrado no usuário;

XII - articulação e integração dos processos relacionados à gestão de riscos assistenciais;

XIII - disseminação sistemática de uma cultura da qualidade em todo o sistema de saúde, promovendo liderança em todos os níveis, abertura e transparência, ênfase no trabalho em equipe, responsabilização, ensino integrado, circuitos de feedback ativos, capacitação de indivíduos, alinhamento de valores profissionais e organizacionais, promoção do orgulho em prestar cuidados compassivos, e uma cultura justa que encoraje a notificação de incidentes, o aprendizado contínuo, a informação e a colaboração, minimizando a culpabilização e focando na correção de falhas sistêmicas;

XIV - participação significativa e ativa de usuários, pacientes, famílias, comunidades, estudantes, profissionais e gestores nas ações de gestão da qualidade, incluindo o planejamento, gestão, prestação e avaliação dos serviços, garantindo que suas perspectivas e necessidades sejam consideradas na formulação e implementação da política e estratégias;

XV - melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;

XVI - desenvolvimento de capacidades e promoção de oportunidades de aprendizagem relativas à gestão qualidade para servidores, empregados, estudantes e pesquisadores;

XVII - adotar uma abordagem informada pela implementação, assegurando que a experiência prática e o feedback dos profissionais da linha de frente, dos pacientes e das comunidades orientem continuamente a formulação e o aperfeiçoamento da política da qualidade;

XVIII - promover a integração dos programas de segurança do paciente e humanização na política de qualidade, para maximizar sinergias, aproveitar capacidades existentes e alinhar objetivos e atividades, evitando esforços duplicados e garantindo ganhos de eficiência na utilização de recursos limitados.

## **CAPÍTULO VII**

### **DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE**

Art. 9º O Sistema de Gestão da Qualidade no âmbito da Rede Ebserh consiste em um conjunto de elementos inter-relacionados, interdependentes e interconectados relacionados à Política da Qualidade, a seus objetivos e processos com vistas ao alcance dos objetivos da qualidade.

Parágrafo único. Os elementos do Sistema de Gestão da Qualidade incluem, além desta Política da Qualidade, programas, instrumentos normativos, soluções de tecnologia da informação, instrumentos de execução e colegiados internos.

Art. 10. O Sistema de Gestão da Qualidade aplica-se à Rede Ebserh em sua totalidade e deverá alcançar gradualmente todas as unidades organizacionais, todos os processos e todos os recursos humanos envolvidos.

### **Seção I**

#### **Dos Programas**

Art. 11. Os Programas a seguir suportam a concepção, implementação, monitoramento e melhoria contínua do Sistema de Gestão da Qualidade na Rede Ebserh:

I - Programa Ebserh de Gestão da Qualidade, que consiste em um sistema próprio de avaliação periódica na Rede Ebserh composto por planejamento da qualidade; avaliações internas e externas da qualidade segundo requisitos pré-definidos, tendo o Selo Ebserh de Qualidade como instrumento representativo do nível de maturidade dos hospitais universitários federais da

Rede Ebserh quanto aos padrões estabelecidos; e priorização e implementação de melhorias da qualidade;

II - Programa Ebserh de Segurança do Paciente (PESP), que envolve um conjunto de diretrizes e recursos para que os hospitais universitários federais da Rede Ebserh possam implementar as ações previstas no Programa Nacional de Segurança do Paciente estabelecido pelo Ministério da Saúde;

III - Programa Ebserh Gestão à Vista, que promove a cultura de avaliações periódicas dos resultados obtidos nos hospitais universitários federais da Rede Ebserh por meio do monitoramento e exposição de indicadores, com estabelecimento de ciclos de melhorias dos processos para obtenção de melhores resultados; e

IV - Programa Ebserh de Humanização, que apresenta diretrizes para operacionalização dos dispositivos da Política Nacional de Humanização nos hospitais universitários federais da Rede Ebserh

Parágrafo único. Serão estabelecidos ou revisados instrumentos normativos específicos que estruturarão os elementos e ações para execução de cada programa do Sistema de Gestão da Qualidade da Rede Ebserh.

## **Seção II**

### **Dos Instrumentos Normativos**

Art. 12. Os seguintes instrumentos normativos e suas atualizações integram a documentação orientativa do Sistema de Gestão da Qualidade da Rede Ebserh e proporcionam meios para operacionalização desta Política da Qualidade:

I - Diretriz Ebserh para ações em segurança do paciente e vigilância em saúde: manual básico;

II - Diretriz Ebserh para monitoramento e avaliação em segurança do paciente: gestão voltada para resultados efetivos e seguros;

III - Portaria-SEI nº 2, de 27 de março de 2018, que aprova a Diretriz Ebserh de Humanização: assistência humanizada para melhoria da qualidade em saúde;

IV - Portaria-SEI nº 5, de 25 de junho de 2018, que aprova a Diretriz Ebserh para estruturação e funcionamento da vigilância epidemiológica hospitalar: Manual Básico;

V - Portaria-SEI nº 23, de 5 de novembro de 2018, que institui o Programa Ebserh de Gestão da Qualidade;

VI – Manual de Gestão e Controle de Documentos da Qualidade da Rede Ebserh;

VII - Portaria-SEI nº 35, de 23 de agosto de 2021, que publica o modelo de Regimento da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade e disciplina o processo das avaliações internas da qualidade nos hospitais da Rede Ebserh;

VIII - Portaria-SEI nº 51, de 16 de setembro de 2022, que publica o Manual de Requisitos do Programa Ebserh de Gestão da Qualidade;

IX - Portaria-SEI nº 55, de 28 de setembro de 2022, que publica o Regimento da Comissão de Avaliação Externa da Qualidade; e

X - Portaria-SEI nº 13, de 17 de fevereiro de 2023, que publica o Guia de Avaliação Externa do Programa Ebserh de Gestão da Qualidade.

§ 1º A relação de instrumentos normativos disposta neste artigo não é exaustiva, podendo ser acrescidos outros instrumentos no decorrer da implementação do Sistema de Gestão da Qualidade na Rede Ebserh.

§ 2º Os documentos do Sistema de Gestão da Qualidade passam por revisões periódicas conforme Norma de Elaboração e Controle de Documentos da Qualidade, devendo ser consultado o documento vigente publicado em Boletim de Serviço da Ebserh.

§ 3º A implementação do Sistema de Gestão da Qualidade envolve conhecimento e aplicação das normativas específicas de cada área de atuação não relacionadas nesta Política.

### **Seção III**

#### **Das Soluções de Tecnologia da Informação**

Art. 13. As seguintes soluções de tecnologia da informação apoiarão a execução das ações relacionadas ao Sistema de Gestão da Qualidade na Rede Ebserh:

I - Painel de Indicadores de Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente: solução utilizada para monitoramento de indicadores relacionados aos protocolos básicos de segurança do paciente, ao Programa Nacional de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde, Plano Integrado de Segurança do Paciente e Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP),

com foco na geração de feedback, aprendizagem contínua e avaliação comparativa do desempenho para a melhoria da qualidade;

II - Aplicativo de Vigilância em Saúde e Gestão de Risco Assistenciais Hospitalares (Vigihosp): ferramenta de gestão de riscos, desenvolvida pela Ebserh, voltada para a qualidade e segurança do paciente, que se traduz em um *software* para notificação, investigação e elaboração de planos de ação para incidentes em saúde, queixas técnicas, doenças e agravos de notificação compulsória identificados nos hospitais universitários federais da Rede Ebserh;

III - Escola Ebserh de Educação Corporativa - 3EC: solução informatizada para o desenvolvimento de cursos e treinamentos em formatos de educação à distância ou híbrido;

IV - soluções de tecnologia da informação para:

gestão e controle de documentos; e

gerenciamento de oportunidades de melhoria e planos de ação.

§ 1º As soluções de tecnologia da informação serão integradas entre si, ao Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU) e a sistemas nacionais quando viável técnica e operacionalmente e em consonância com o Plano Diretor de Tecnologia da Informação (PDTI).

§ 2º As soluções de tecnologia da informação dispostas nos incisos I a III estão disponíveis para todos hospitais universitários federais da Rede Ebserh e deverão ser adotadas em sua completude.

§ 3º As soluções de tecnologia da informação elencadas no inciso IV poderão ser adotadas pelos hospitais universitários federais da Rede Ebserh de modo não integrado até que estejam disponíveis para a Rede Ebserh de forma ampla e padronizada.

## **Seção IV**

### **Dos Instrumentos de Execução**

Art. 14. A execução da Política da Qualidade será assegurada, dentre outros meios, pelos seguintes instrumentos:

I - Plano de Gestão da Qualidade;

II - Plano de Avaliação Interna da Qualidade;

III - Relatório de Avaliação Interna da Qualidade;

IV - Plano de Avaliação do Selo Ebserh de Qualidade;

V - Relatório de Avaliação Externa da Qualidade;

VI - Plano de Melhoria da Qualidade;

VII - Análise do Plano de Melhoria da Qualidade;

IX - Plano de Segurança do Paciente;

X - Protocolos de Segurança do Paciente;

XI - Boletim Vigilância em Foco;

XII - indicadores; e

XIII - documentos da qualidade, incluindo protocolos, procedimentos operacionais padrão, manuais, guias, entre outros.

## **Seção V**

### **Dos Colegiados Internos**

Art. 15. São colegiados internos integrantes do Sistema de Gestão da Qualidade na Rede Ebserh:

I - Comissão de Avaliação Interna da Qualidade;

II - Comissão de Avaliação Externa da Qualidade;

III - Núcleo de Segurança do Paciente; e

IV - Grupo de Trabalho de Humanização.

§ 1º Os colegiados internos dispostos nos incisos I, III e IV deverão ser constituídos pela Superintendência de cada hospital universitário federal da Rede Ebserh com duração indeterminada.

§ 2º O colegiado interno definido no inciso II deverá ser constituído pela Administração Central da Ebserh a cada avaliação externa da qualidade.

§ 3º A composição dos colegiados internos e a definição de suas atribuições deverão prever mecanismos para a inclusão da voz e da representação das comunidades e dos usuários, assegurando um feedback ativo para a gestão e o aprimoramento contínuo dos hospitais universitários federais.

## **CAPÍTULO VIII**

### **DAS RESPONSABILIDADES**

Art. 16. Compete ao Conselho de Administração aprovar esta Política da Qualidade e suas atualizações, respeitadas as competências estabelecidas no Estatuto Social da Ebserh.

Art. 17. Compete à Diretoria de Atenção à Saúde encaminhar ao Conselho de Administração a Política da Qualidade e suas atualizações para apreciação, respeitadas as competências estabelecidas no Regimento Interno da Administração Central da Rede Ebserh.

Art. 18. Compete ao Serviço de Gestão da Qualidade da Coordenadoria de Gestão da Clínica da Diretoria de Atenção à Saúde em conformidade às competências estabelecidas no Regimento Interno da Administração Central da Rede Ebserh:

I - propor a Política da Qualidade da Ebserh;

II - gerir a implementação da Política da Qualidade na Rede Ebserh, dos programas e demais elementos relacionados ao Sistema de Gestão da Qualidade;

III - apoiar ações de capacitação e conscientização sobre a temática, junto ao Serviço de Capacitação e Avaliação de Desempenho e aos hospitais universitários federais da Rede Ebserh;

IV - encaminhar resultados do monitoramento e da avaliação da qualidade na Rede Ebserh e recomendações para aprimoramento do Sistema de Gestão da Qualidade à Coordenadoria de Gestão da Clínica e à Diretoria de Atenção à Saúde para apreciação e discussão, junto à Administração Central e hospitais universitários federais da Rede Ebserh;

V - orientar tecnicamente os hospitais universitários federais da Rede Ebserh para a operacionalização do Sistema de Gestão da Qualidade; e

V - desenvolver mecanismos para a adoção dos princípios e diretrizes da qualidade na Rede Ebserh.

Art. 19. Compete ao Setor de Gestão da Qualidade nos hospitais universitários federais da Rede Ebserh:

I - coordenar a implementação desta Política da Qualidade e dos demais elementos do Sistema de Gestão da Qualidade nos hospitais universitários federais da Rede Ebserh correspondente;

II - propor o Plano de Gestão da Qualidade do hospital;



III - orientar tecnicamente as unidades organizacionais de cada hospital universitário federal da Rede Ebserh para operacionalização do Sistema de Gestão da Qualidade;

IV - promover ações de capacitação e conscientização sobre a temática, junto à Unidade de Desenvolvimento de Pessoas ou unidades relacionadas;

V - monitorar e avaliar a implementação do Sistema de Gestão da Qualidade no hospital universitário federal da Rede Ebserh correspondente;

VI - elaborar relatórios relacionados ao Sistema de Gestão da Qualidade, gerando recomendações para aperfeiçoamento; e

VII - executar e apoiar a implementação de mecanismos para a adoção dos princípios e diretrizes da qualidade na Rede Ebserh.

Art. 20. São atribuições comuns a todas as Superintendências, Diretorias, Coordenadorias, Gerências e Chefias da Rede Ebserh:

I - disseminar a Política da Qualidade da Ebserh, assegurando sua compreensão e monitorando sua implementação na Rede Ebserh;

II - promover meios e disponibilizar recursos para implementação dos elementos do Sistema de Gestão da Qualidade na Rede Ebserh;

III - fomentar o engajamento das pessoas para a execução das atividades seguindo os princípios e diretrizes da Política da Qualidade; e

IV - monitorar e avaliar continuamente os resultados obtidos, disponibilizando os respectivos registros.

Art. 21. Os procedimentos relativos ao planejamento e à execução da avaliação interna da qualidade parciais e total e da avaliação externa da qualidade cabem à Comissão de Avaliação Interna da Qualidade e à Comissão de Avaliação Externa da Qualidade, respectivamente, seguindo o disposto nos Regimentos Internos desses colegiados internos.

Parágrafo único. Todas as unidades organizacionais devem colaborar com as avaliações internas e externas da qualidade.

Art. 22. O planejamento da avaliação externa da qualidade é realizada pelo Serviço de Gestão da Qualidade, da Administração Central, que constituirá a Comissão de Avaliação Externa da Qualidade a cada avaliação.

Art. 23. O hospital universitário federal da Rede Ebserh que objetiva a acreditação hospitalar por instituição externa deverá primeiramente obter uma das quatro categorias do Selo Ebserh de Qualidade.

Art. 24. O Núcleo de Segurança do Paciente é responsável por promover e apoiar ações voltadas à segurança do paciente, incluindo a integração das unidades organizacionais, articulação de processos, prevenção, controle e mitigação de incidentes, sem prejuízo às competências definidas no Regimento Interno.

Art. 25. O Grupo de Trabalho de Humanização é responsável por empreender ações para o alinhamento dos processos aos valores humanitários na assistência à saúde, ensino, extensão, pesquisa e inovação em saúde, em benefício dos usuários e dos profissionais de saúde de acordo com o estabelecido em Regimento Interno.

Art. 26. Todos os empregados públicos, servidores, estudantes, pesquisadores, prestadores de serviços e demais pessoas que atuam nas diversas unidades da Rede Ebserh devem conhecer e cumprir esta Política da Qualidade e demais elementos e documentos norteadores relacionados ao Sistema de Gestão da Qualidade.

## **CAPÍTULO IX**

### **DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

Art. 27. A Administração Central e os hospitais universitários federais da Rede Ebserh devem dar ciência desta Política da Qualidade aos colaboradores, fornecedores, prestadores de serviços e demais partes interessadas.

Art. 28. Esta Política entra em vigor na data da sua publicação.

## APÊNDICE I – SISTEMAS OFICIAIS NACIONAIS E ESTADUAIS UTILIZADOS PELA REDE EBSERH

#	Sistema	Escopo
1	<b>Sistemas de gestão da atenção à saúde do MS (SIA, SIH e CNES)</b>	Sistemas de base nacional do SUS
2	<b>ESTIMA-SUS</b>	Estimativa de Necessidades da Atenção Especializada a partir de parâmetros que são referenciais quantitativos utilizados para estimar as necessidades de ações e serviços do SUS, nos processos de programação, monitoramento, avaliação, controle e regulação das ações e serviços de saúde. Utilizado para identificação dos déficits de leitos, consultas, equipamentos e exames de imagem, para subsidiar o estudo de síntese diagnóstica em saúde.
3	<b>TABWIN/TABNET</b>	Utilizado para extração de dados para construção de informações norteadoras de planejamento.
4	<b>Notivisa</b>	Sistema para notificar para a Anvisa eventos adversos e queixas técnicas sobre produtos e serviços relacionados à vigilância sanitária
5	<b>Vigimed</b>	Sistema disponibilizado pela Anvisa para cidadãos, profissionais de saúde, detentores de registro de medicamentos e patrocinadores de estudos relatarem as suspeitas de eventos adversos aos medicamentos e às vacinas
6	<b>SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação</b>	Sistema oficial nacional para notificação de doenças e agravos de notificação compulsória
7	<b>SINAN-Web</b>	Sistema oficial nacional para notificação de dengue e Chikungunya
8	<b>RHC</b>	Sistema de registro hospitalar de câncer
9	<b>Sivepe Gripe</b>	Sistema de informação da vigilância epidemiológica de síndromes gripais
10	<b>e-SUS</b>	Sistema oficial nacional para notificação das síndromes gripais
11	<b>SIM</b>	Sistema oficial nacional para notificação de mortalidade
12	<b>SINASC</b>	Sistema oficial nacional para notificação de nascidos vivos
13	<b>Limesurvey</b>	Formulários de notificação nacional das IRAS e RM em serviços de saúde
14	<b>RESP</b>	Monitoramento integrado de vigilância e atenção à saúde de condições relacionadas às infecções durante a gestação, identificadas no pré-natal, parto e puericultura
16	<b>Sistema Brasileiro de Registro de Intoxicações dos Centros de Informação e Assistência Toxicológica (DATATOX)</b>	Sistema de registro, acompanhamento e recuperação de dados em Toxicologia clínica mantido pela Associação Brasileira de Centros de Informação e Assistência Toxicológica (ABRACIT). Tem como objetivo dar suporte aos profissionais do Centro de Informação e Assistência Toxicológica (CEATOX) e possibilitar estudos clínico-epidemiológicos regional e avaliação nacional do impacto dos agentes tóxicos sobre a saúde da população.
17	<b>SI-PNI</b>	Utilizado para registro de dados de vacinação

#	Sistema	Escopo
18	<b>Redcap</b>	Plataforma para gerenciamento e disseminação de dados para pesquisa. Utilizado para notificação de Monkeypox.
19	<b>Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL)</b>	Monitoramento de exames laboratoriais realizados nos LACEN
20	<b>Notifica DF</b>	Utilizado pelo HUB-UNB para notificações relacionadas à vigilância de óbito no DF.
21	<b>Sistema Bi do SISGERF (dw.saude.gov.br)</b>	Sistema do Ministério da Saúde para acesso aos dados do Sistema de Gerenciamento Financeiro do SUS - SISGERF. Utilizado para pesquisar os repasses de Receita SUS aprovados pelo MS para os HUF.
22	<b>Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom)</b>	Gerenciamento logístico dos medicamentos antirretrovirais.

Fonte: elaboração própria (2025) com base em pesquisa documental.

## APÊNDICE J – SISTEMAS DESENVOLVIDOS OU CONTRATADOS ISOLADAMENTE NOS HOSPITAIS DA REDE EBSERH

### *Gestão de documentos da qualidade*

#	Sistema	Escopo
1	<b>HUAC Documentações</b>	Sistema local de repositório de documentos (Manuais, POP, Regimentos etc.) gerido pelo SETISD do HUAC-UFCEG
2	<b>Sistema interno para gestão dos documentos institucionais</b>	Repositório de documentos da qualidade utilizado pelo HU-UFSCar
3	<b>Software de Gestão de Documentos da Qualidade</b>	Utilizado pelo HUAB-UFRN para gerenciamento da produção e tramitação de documentos da qualidade
4	<b>WIKI-HUGG</b>	Desenvolvido e utilizado pelo HUGG-Unirio como repositório de documentos institucionais
5	<b>WIKI-HUOL</b>	Repositório de documentos do HUOL.
6	<b>e-Quali</b> (terceirizado)	Sistema de gerenciamento de documentos da qualidade utilizado pelo HU-UFMA
7	<b>Gerenciador Eletrônico de Documentos (GED)</b> Módulo do AGMEJC	Utilizado pela MEJC-UFRN para gestão documental
8	<b>SISAH - SISTEMA DE APOIO A ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR</b>	Criado e gerido pelo HU-UFPI, tem diversas funções, dentre elas o repositório de documentos vigentes, a disponibilização de informes e a pesquisa de dados extraídos do AGHU para busca ativa de segurança do paciente e vigilância em saúde, em forma de relatórios completos de acordo com a necessidade de cada busca (ex: cirurgias realizadas por período, exames de interesse epidemiológico, valores de escala de braden e morse)

### *Monitoramento de indicadores de qualidade em saúde e segurança do paciente*

#	Sistema	Escopo
1	<b>SAHU</b>	Desenvolvido e utilizado pelo HU-Univasf para acompanhamento dos indicadores de adesão ao checklist de cirurgia segura, escala de Braden e Morse - Gestão da UGQSP; acompanhamento da dispensação de medicamentos - Gestão Unidade de Farmácia Clínica.
2	<b>Painel Qualidade e Segurança do Paciente (Power BI)</b>	Desenvolvido e utilizado pelo HUGG-Unirio para o monitoramento de indicadores dos protocolos de segurança do paciente por unidade do hospital
3	<b>FAPIS - Ferramenta de apresentação de painéis de inteligência em saúde</b>	Ferramenta de indicadores de todo CH-UFC e que conta, entre outros, com indicadores geridos pelo STGQ
4	<b>FCIRA</b>	Ferramenta de indicadores de IRAS utilizada pelo CH-UFC

5	<b>SISMIND</b>	Sistema de monitoramento de indicadores utilizado pelo CH-UFC. Nele, é possível cadastrar projetos de melhorias e lançar indicadores. Assemelha-se à FAPIS.
6	<b>Painel Indicadores SVSSP</b> ( <i>Power BI</i> )	Painel coleta de informações no AGHU, Sinasc e outros sistemas, sendo utilizado pelo SVSSP para captação de dados visando a elaboração dos indicadores do SVSSP da MCO-UFBA
7	<b>SCR</b>	Utilizado pelo HU-UFSCar para compilação de dados e indicadores
8	<b>AG MEJC</b>	Utilizado pela MEJC-UFRN para emissão de relatórios de indicadores.
9	<b>Power App</b>	Utilizado pela MEJC-UFRN para coleta de dados dos indicadores de segurança do paciente e busca ativa de IRAS
10	<b>Geplanes</b> ( <i>sistema terceirizado</i> )	Utilizado pelo HU-Univasf para acompanhamento e monitoramento dos indicadores de qualidade e segurança do paciente. Utilizado pelo HC-UFMG para orientar o planejamento estratégico, sua execução e controle.

#### Exames

#	Sistema	Escopo
1	<b>UDIMA</b>	Utilizado pelo HU-UFGD para avaliação de exames laboratoriais
2	<b>Oviyam</b>	Sistema usado pelo HU-UFGD para visualizar as imagens geradas pela Unidade de Diagnóstico por Imagem.
3	<b>SIH - SISTEMA DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR</b>	Utilizado pelo HC-UFU para faturamento, cuja gestão é da TI do HC-UFU. Utilizado pelo CHC-UFPR para módulo exames, escalas e cadastro de funcionários.
4	<b>Laudos</b>	Usado no HC-UFG para monitorar laudos de culturas de antimicrobianos e exames anatomopatológicos. Responsável: SGPTI.
5	<b>IDCE - exames de diagnóstico por imagem</b>	Utilizado pelo HUMAP-UFMS para exames
6	<b>Infolab</b> ( <i>sistema terceirizado</i> )	Utilizado pelo HC-UFTM para checagem de exames laboratoriais
7	<b>Pacs Aurora</b> ( <i>sistema terceirizado</i> )	Utilizado pelo HC-UFTM e CHC-UFPR para checagem de exames de imagem
8	<b>VIVACEconnect</b> ( <i>sistema terceirizado</i> )	Utilizado pelo HUMAP, HU-UFPI e HC-UFG para visualização de exames de imagem
9	<b>HMSLAB</b> ( <i>sistema terceirizado</i> )	Utilizado pelo HUAC-UFCG Sistema Laboratorial de Análises Clínicas local. Gerido pela SETISD e Laboratório local (Contrato expirado).
10	<b>Scola</b> ( <i>sistema terceirizado</i> )	Utilizado pelo HUSM para acesso aos laudos laboratoriais.
11	<b>Animati</b> ( <i>sistema terceirizado</i> )	Utilizado pelo HUSM para acesso a laudos de exames de imagem

12	<b>Complab</b> (sistema terceirizado)	Sistema de Consulta de Exames Laboratoriais utilizado pelo HC-UFG e HUAB-UFRN: Monitoramento de exames laboratoriais dos pacientes
13	<b>My Pardini</b> (sistema terceirizado)	Utilizado pelo HC-UFG para monitoramento de exames laboratoriais dos pacientes realizados fora do hospital.
14	<b>Multi-R</b>	Utilizado pelo HUOL-UFRN para consulta e monitoramento de amostras biológicas analisadas pelo Laboratório de Microbiologia Hospitalar.
15	<b>ADS</b>	Utilizado pelo HE-UFPEL para publicação de documentos, emissão de relatórios, cadastros, agendamentos, emissão de laudos de exames, consultas de exames, painel de monitoramento da ocupação institucional, dentre outros.
16	<b>MASTER</b> (solução terceirizada)	Utilizada no CH-UFC para módulos não disponíveis no AGHU (ex.: Resultados de exames, Relatórios de CID por internação para o RHC), mas integrado a este. Encontra-se em avaliação pela TI local TELA PARA IMPRESSÃO DE PULSEIRAS (dentro do sistema Master)
17	<b>I9lis</b> (sistema terceirizado)	Utilizado pelo CHU-UFPA para gerenciamento de exames laboratoriais (gestão pelo laboratório clínico). Utilizado pelo HULW-UFPA para interfaceamento de equipamentos para análises clínicas.
18	<b>SIL</b> (sistema terceirizado)	Utilizado pelo HU-UFMG para emissão de laudos de exames laboratoriais.

*Impressão de pulseiras de identificação do paciente*

#	Sistema	Escopo
1	<b>Impressor</b>	Desenvolvido e utilizado pelo HULW-UFPA para impressão das pulseiras com todos os identificadores preconizados no protocolo de identificação do paciente.
2	<b>Sistema de impressão de pulseiras</b>	Utilizado pelo HUMAP-UFMS para impressão de pulseiras de identificação do paciente
3	<b>SIGH</b> (terceirizado)	Utilizado pelo HU-UFSC para emissão de pulseiras de identificação com os dois identificadores
4	<b>FISP (Ferramenta de Identificação Segura do Paciente)</b>	Automatizar e padronizar a identificação do paciente (leito, pulseira, dieta e corpo). Idealizado pela USEP e utilizados nas unidades assistenciais do CH-UFC.

*Gestão da documentação clínica*

#	Sistema	Escopo
1	<b>Portal SGPTI - Movimentação de prontuários</b>	Utilizado pelo HC-UFTM para solicitação de prontuários físicos no serviço de arquivo médico
2	<b>Sistema para Gestão de Documentos clínicos</b>	Utilizado pelo HUAB-UFRN para controle da movimentação da documentação clínica.
3	<b>Pront</b>	Movimentação de Prontuários: usado no HC-UFG para consulta de movimentação de prontuários físicos na instituição. SGPTI.

4	<b>NetTerm</b>	Utilizado no HC-UFGM para solicitação e consulta de prontuário físico
5	<b>Redmine</b>	Plano de Melhoria da Qualidade: desenvolvido e utilizado pelo HUSM-UFSM para monitoramento dos planos de melhoria para os requisitos não conformes identificados na AVAQualis. Parametrização dos seguintes projetos na MCO: a) Tramitação de prontuários (gestão - SAME) b) Abertura de serviços (gestão-SGPTI) c) Abrir chamados de manutenção predial (gestão da UEIH)
6	<b>TrakCare</b>	Sistema de prontuário eletrônico da Rede da Secretaria Estadual de Saúde do DF. Utilizado pelo HUB-UNB, por algumas áreas, como a regulação e a UVS, porque recebem muitos pacientes transferidos vindo regulados por eles.
7	<b>SISHUAC</b>	Sistema Local de Gerenciamento de Arquivo Médico e Documentos diversos (Formulários), Materiais Esterilizados, Rouparia. Gerido pelo SETISD do HUAC-UFCG

*Gerenciamento de antimicrobianos e medicamentos de alto custo*

#	Sistema	Escopo
1	<b>Portal de apoio - Programa de Gerenciamento de Antimicrobianos</b>	Desenvolvido e utilizado pelo HC-UFTM para liberação e intervenções nas prescrições de antimicrobianos
2	<b>Programa de Solicitação de Medicamentos de Uso Restrito</b>	Gestão do uso racional de antimicrobianos e outros medicamentos (CCIH e Farmácia), utilizado pelo HU-UFMA
3	<b>SamNet</b>	Sistema de Administração de Materiais usado no HC-UFG para monitoramento dos controles de antimicrobianos.
4	<b>SISMICROB</b>	Gerenciamento do uso de antimicrobianos, gerenciada pela TI local do HUAP-UFF.

*Vigilância em saúde*

#	Sistema	Escopo
1	<b>Vigilância microbiológica</b>	Painel desenvolvido pelo HC-UFPE para STGQ em parceria com USOST, monitorar a dinâmica de precaução hospitalar por MDR.
2	<b>Portal de relatórios</b>	Utilizado pelo HUPES-UFBA para disponibilização de dados para busca ativa de Doenças e Agravos de notificação compulsória provenientes do AGHU
3	<b>Doctor Clean</b>	Utilizado pelo HU-UFSC para gestão dos dados de IRAS
4	<b>Notifica</b>	Utilizado pelo HU-UFSC para notificação de doenças e agravos de notificação compulsória. O sistema foi desenvolvido pelo hospital e faz interface com o AGHU, que extrai informações de cabeçalho com todos os dados do paciente, facilitando ao notificador. Também está incluído formulário de solicitação de exames para o Lacen.



*Gestão de não conformidades e planos de ação*

#	Sistema	Escopo
1	<b>Gestor</b>	Sistema de gestão de não conformidades utilizado pelo HU-UFMA
2	<b>Bitrix</b> (sistema terceirizado)	Utilizado pelo CH-UFC para acompanhamento de planos de ação

*Solicitação de materiais e gestão de estoque*

#	Sistema	Escopo
1	<b>Painel Gestão de Estoques HUGG</b> (Power BI)	Desenvolvido e utilizado pelo HUGG-Unirio para gestão de estoques
2	<b>Pandora</b>	Solicitação de material utilizado pelo HU-UFMA

*Capacitação*

#	Sistema	Escopo
1	<b>Moodle</b>	Aulas/capacitações on-line de integração e/ou outras temáticas = e-Saúde pelo HU-UFSCar
2	<b>APLICATIVO DA CCIH HUAP</b>	HUAP - educação e orientações de alunos e profissionais do HU gerenciado pela médica da CCIH.

*Movimentação de pacientes, internações, centro cirúrgico*

#	Sistema	Escopo
1	<b>TIBCO</b> (sistema terceirizado)	Utilizado pelo HUAC-UFCG para registro de informações sobre movimentação de pacientes dentro da instituição, como: internações, altas, transferências, horários etc.
2	<b>SCIH</b>	Sistema de Controle de Internações Hospitalares pelo HC-UFG para gerenciamento de AIH. Responsável: SGPTI local.
3	<b>CIRURGIAS-HUGG</b>	Desenvolvido e utilizado pelo HUGG-Unirio como Sistema de Gestão do Centro-Cirúrgico

*Gerenciamento de escalas e ponto*

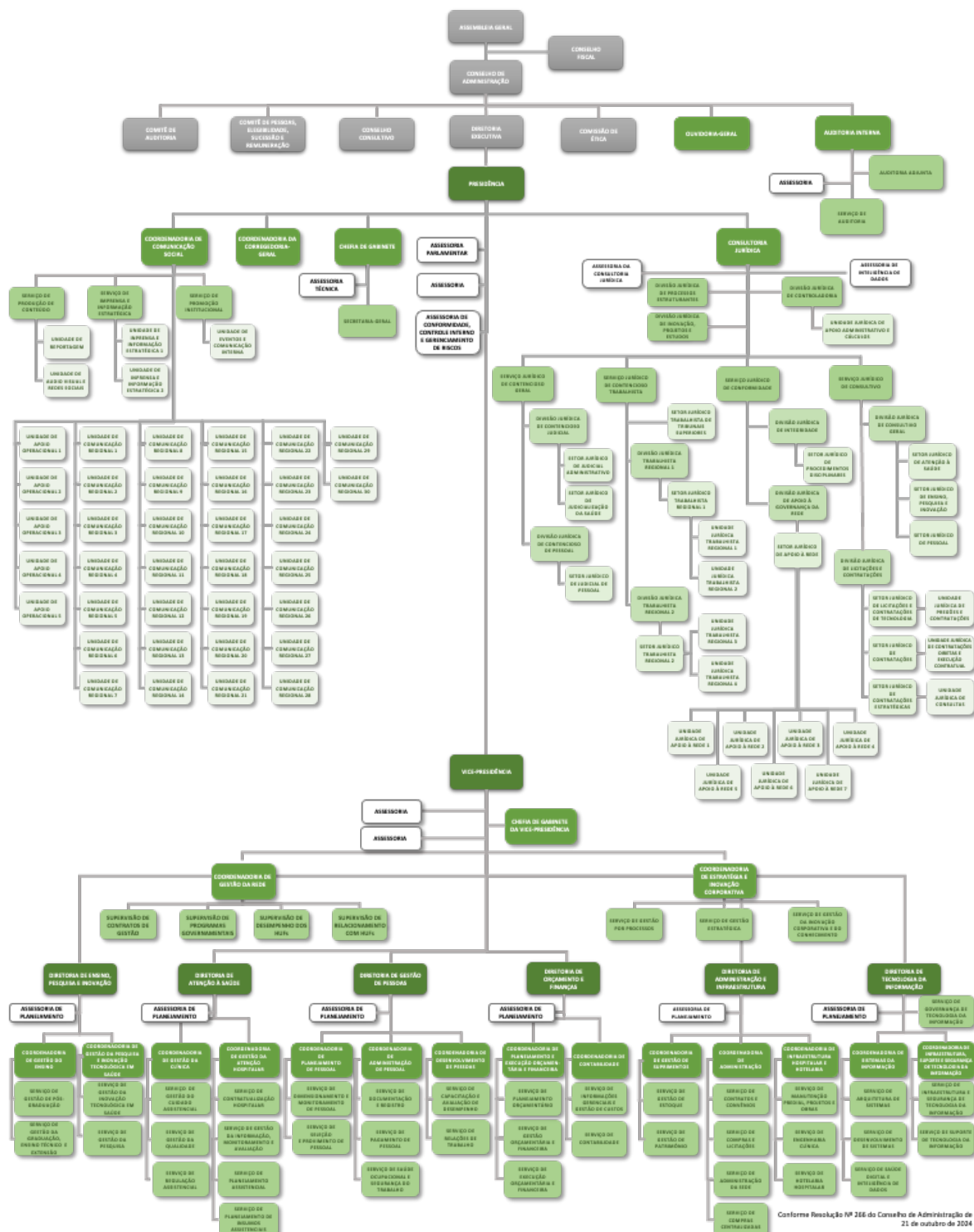
#	Sistema	Escopo
1	<b>SIGES</b>	Sistema de Gerenciamento de Escalas usado no HC-UFG para elaborar as escalas de trabalho. Responsável: SGPTI.
2	<b>Ponto eletrônico UFSM</b>	Utilizado pelo HUSM para gestão do ponto dos colaboradores RJU

*Outros sistemas de apoio à assistência à saúde*

#	Sistema	Escopo
1	<b>Portal de apoio - Paineis com perfil de morbimortalidade: Monitoramento do perfil de morbimortalidade</b>	Desenvolvido e utilizado pelo HC-UFTM para monitoramento do perfil de morbimortalidade
2	<b>NextReports</b>	Utilizado pelo HC-UFMG para geração de relatório completo com informações do AGHU
3	<b>SiMON</b>	Sistematização da assistência de enfermagem utilizado pelo HU-UFMA
4	<b>Administração de Medicamentos BEIRA LEITO</b>	Projeto de registro de administração de medicamentos de forma digital executado pela MEJC
5	<b>Painel Kanban</b>	Utilizado pelo HU-UFSCar para acesso nos computadores do setor aos Kanbans das unidades para gestão de dados = GAS
6	<b>Painel Escalas de queda e Braden</b> <i>Power BI</i>	Utilizado pelo HUMAP-UFMS para preenchimento das escalas de queda e Braden, índice de queda e LPP
7	<b>ODIN</b> <i>Em planejamento</i>	Sistema de gestão de indicadores em fase de validação no HU-UFMA
8	<b>Sistema para inserir informações de busca ativa</b> <i>Em planejamento</i>	No planejamento do HDT para otimizar as informações, redução de impressões.
9	<b>Sistema de gestão da qualidade</b> <i>Em planejamento</i>	No planejamento do HUCAM para controle de documentos, gestão de indicadores, gestão de plano de ação, gestão de riscos e gestão de não conformidades.
10	<b>Software apoio CCIRAS</b> <i>Em planejamento</i>	O HUB-UnB contratou uma fábrica de software e há a previsão de desenvolver alguns itens para uso principalmente para a CCIRAS como uso das informações do formulário de justificativa de uso de antimicrobianos para visualização rápida de pacientes em uso e tempo de uso de antimicrobianos e outro que mostre resultados de exames de microbiologia para vermos perfil de sensibilidade de forma mais automatizada.
11	<b>Ferramentas da qualidade</b> <i>Em desenvolvimento</i>	HUMAP-UFMS: Está sendo desenvolvido com os alunos da faculdade de computação um sistema de ferramentas da qualidade (elaboração e monitoramento do plano de ação, Ishikawa, matriz de priorização, <i>brainstorming</i> )

Fonte: elaboração própria (2025) com base em pesquisa documental.

## ANEXO A – ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DA EBSERH



Fonte: Ebserh (2024i).