



EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES: RESULTADOS PARA USUÁRIOS DA GESTÃO DE POLÍTICA PÚBLICA NA ÁREA DA SAÚDE

BRAZILIAN COMPANY OF HOSPITAL SERVICES: RESULTS FOR END USERS OF PUBLIC POLICY MANAGEMENT IN HEALTH

 **Jaqueline Cavalari Sales**

Mestre em Gestão de Políticas Públicas, Universidade do Vale do Itajaí - UNIVALE
Universidade Federal do Paraná – UFPR.
Curitiba, Paraná – Brasil.
sales@ufpr.br

 **Blênio Cezar Severo Peixe**

Doutor em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC
Universidade Federal do Paraná – UFPR.
Curitiba, Paraná – Brasil.
bleniocsp@gmail.com

Resumo: Garantias constitucionais são constantemente ameaçadas, evidenciando conflitos de agência entre governo e cidadãos. Buscando maior eficiência e efetividade na gestão dos hospitais universitários federais foi criada a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh). O objetivo do estudo foi avaliar a evolução quantitativa dos resultados em termos de aumento dos serviços ofertados aos usuários do Sistema Único de Saúde por meio da Ebserh no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, bibliográfica e documental, com abordagem quantitativa. Neste estudo, a Ebserh não se materializou em um processo de privatização dos hospitais universitários federais, conforme alguns autores defenderam. Contudo, apesar dos resultados favoráveis em quadro de pessoal, leitos de unidade de terapia intensiva, taxa de ocupação e média de permanência, o teste de Mann-Whitney mostrou que a variação de internações, consultas e exames, antes e depois da Ebserh, não foi estatisticamente significativa.

Palavras-chave: Política pública de saúde. Teoria da agência. Controle social. Hospitais universitários federais.

Abstract: Constitutional guarantees are constantly threatened, evidencing conflicts of agency between government and citizens. To achieve better efficiency and effectiveness in the management of federal university hospitals, the Brazilian Company of Hospital Services (Ebserh) was created. This study evaluates the quantitative evolution of the results in the increase of services offered to Brazilian Health System users through the Ebserh regarding the Clinical Hospital of the Federal University of Paraná. This exploratory, descriptive, bibliographical and documentary research, used a quantitative approach. In this paper, Ebserh did not materialize in a privatization process for federal university hospitals, as some authors have argued. However, despite favorable results in terms of staffing, intensive care unit beds, occupancy rate and mean length of stay, the Mann-Whitney test showed that the variation of hospitalizations, consultations and exams before and after the Ebserh was not statistically significant.

Keywords: Public health policy. Agency theory. Social control. Federal university hospitals.

Cite como

American Psychological Association (APA)

Sales, J. C., & Peixe, B. C. S. (2020). Empresa brasileira de serviços hospitalares: resultados para usuários da gestão de política pública na área da saúde. *Rev. Gest. Sist. Saúde*, São Paulo, 9(2), 319-339. <https://doi.org/10.5585/rgss.v9i2.16399>.



1 Introdução

O arcabouço político-institucional que ampara o Sistema Único de Saúde (SUS) é resultante de um longo embate político e ideológico protagonizado por diferentes atores ao longo desses últimos 30 anos. Segundo Menicucci (2009), a criação do SUS pode ser considerada o início de uma nova ordem social no âmbito da saúde, baseada nos princípios da universalidade e equidade, e organizado sob as diretrizes da descentralização, regionalização, atendimento integral e participação do cidadão. Contudo, garantias constitucionais como o acesso universal à saúde são constantemente ameaçadas por diferentes fatores, como a capacidade do governo de financiar o SUS.

Sobre esta questão, em entrevista à Fiocruz (Guimarães, 2016), Gastão Wagner afirmou que excluir o direito à saúde é uma barbárie. Para ele, o problema não são os gastos governamentais com políticas sociais, pois o nível de gasto desde o início do SUS tem se posicionado entre 3,4% e 3,6% do produto interno bruto. À parte a questão do financiamento, outro ponto que merece atenção é a organização dos serviços do SUS (Mendes, 2011).

A oferta dos serviços de saúde de forma contínua, por meio de vários pontos, todos coordenados e de forma integrada a fim de que um ponto possa suprir a deficiência de outro e assegurar a integralidade do cuidado, é a essência das redes de atenção à saúde (RAS). Segundo as normativas, as RAS são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Mendes, 2011).

Para Cecilio e Merhy (2003), o nosso sistema de saúde pública é idealizado e baseado em normativas. Na prática é um sistema que não funciona de forma tão integrada e harmoniosa quanto deveria, mas, ao contrário, é movido por muitos procedimentos, rotinas e fluxos não formalizados. De acordo com Mendes (2010), “os sistemas fragmentados têm sido um desastre sanitário e econômico em todo o mundo” (p. 2299). Neste sistema, funcionando como estações que compõem uma rede de serviços, estão os hospitais universitários que, a princípio, deveriam ser referência em casos de média e alta complexidade, muito embora acabem também suprimindo deficiências da rede básica de atendimento à saúde.

A estrutura atual de funcionamento do SUS pressupõe que a descentralização e a regionalização, juntamente com a atuação de forma cooperativa entre governo federal, estados e municípios, tragam maior eficiência na prestação de serviços de saúde, no controle e na fiscalização por parte da comunidade (Menicucci, 2009).



Na busca por uma maior integração, eficiência e efetividade dos hospitais de ensino ligados às universidades federais, e dando prosseguimento ao Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (Rehuf), foi criada em 2011 a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), tendo como principal diretriz reforçar o papel desses hospitais na formação dos profissionais da área da saúde e na prestação de assistência à saúde dos usuários do SUS. A Ebserh é uma empresa pública, vinculada ao Ministério da Educação e integralmente dependente dos recursos do tesouro nacional (“Lei nº 12.550”, 2011).

Neste contexto, a questão que orienta este estudo é: quais são os resultados quantitativos em termos de aumento dos serviços ofertados aos usuários do SUS por meio da Ebserh com relação ao Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC/UFPR)? Para responder a questão-problema, este estudo tem por objetivo avaliar a evolução quantitativa dos resultados em termos de aumento dos serviços ofertados aos usuários do SUS por meio da Ebserh no HC/UFPR.

O estudo do HC/UFPR tem relevância por ser um dos maiores hospitais federais de ensino do Brasil e, neste âmbito, um dos maiores prestadores de serviços ao SUS. Ademais, trata-se de um importante centro de formação de profissionais da saúde, com forte atuação na área de pesquisa clínica. Desta forma, justifica-se o presente estudo dada a contribuição para a literatura que trata da gestão da saúde pública, ampliando a discussão e avaliando os desdobramentos da criação da Ebserh enquanto forma de gestão que pode se estender para além dos hospitais universitários federais. Além disso, a divulgação para a sociedade em geral do desempenho em termos de produção hospitalar e ambulatorial de um hospital universitário federal de grande porte, que desempenha importante papel político e social no âmbito dos ministérios da Saúde e da Educação, pode servir de instrumento ao controle social.

A proposta de criação da Ebserh foi tratada em diferentes estudos, o que evidencia a importância do acompanhamento dos desdobramentos desse processo e de seus efeitos para os usuários do SUS. Andreazzi (2013) afirmou que a empresa representava uma ameaça ao caráter público dos hospitais universitários. Sodré, Littike, Drago e Perim (2013) indicaram que se tratava de um novo modelo de gestão, com o repasse da gestão dos hospitais universitários a terceiros. Palhares e Cunha (2014) fizeram uma reflexão e análise sobre as implicações do financiamento e venda de produtos de saúde por uma empresa estatal. Oliveira (2014) estudou os princípios que regem o SUS e a Ebserh e concluiu que esses princípios levam a uma visão divergente do pensamento de Estado.

Em estudo mais recente, Persson e Moretto (2018) trataram das questões ideológicas que permeiam as tratativas de adesão entre Ebserh e o hospital de uma grande universidade



federal, também do Sul do país. Como conclusão, os autores afirmaram que a participação em deliberações e decisões na arena de discussão aponta para a existência de relações de poder da assimetria de informação, em que os grupos dominantes são os que decidem, enquanto os grupos subordinados não participam efetivamente do processo. A assimetria de informação apontada reforça a importância da *accountability* como mecanismo de redução de conflitos entre os políticos democraticamente eleitos e burocratas gestores do SUS (agentes) e o cidadão usuário do SUS (principal).

De acordo com Vieira (2016), desde a concepção até a criação da Ebserh, o tema gerou divergências e discussões que não se exauriram com sua implantação. Em seu estudo, que trata de uma revisão bibliográfica acerca da gestão de hospitais universitários federais pela Ebserh, o autor concluiu que existe uma lacuna para pesquisa científica acerca desse tema, e espera-se que este estudo possa contribuir neste sentido.

2 Fundamentação teórica

2.1 Princípios doutrinários do SUS

A diretriz política fundamental que articula todo o arcabouço jurídico do processo de organização do SUS está definida na *Constituição* (1988), artigo 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

O SUS é uma política pública exitosa, resultante de muito debate pela sociedade brasileira, apoiada no movimento sanitarista, mas tem ainda muitos entraves a superar. Esse sistema público de saúde, que tem como princípios doutrinários universalidade, integralidade e equidade, ainda está em construção. A fragmentação do sistema e as deficiências na atenção primária à saúde não correspondem ao projeto que foi tão almejado pelo povo brasileiro (Mendes, 2011).

Segundo Duarte, Eble e Garcia (2018), estima-se que 80% da população brasileira é dependente do SUS para ações relacionadas à assistência à saúde. Mesmo a população que possui planos de saúde demanda atendimento público à medida que participa de campanhas de imunização e programas de vigilância sanitária ou demanda serviços de alta complexidade como transplantes, tratamentos oncológicos e medicação de alto custo.

Com o SUS, além da universalização do acesso, o conceito de saúde passou a incorporar outros aspectos da vida dos sujeitos. A integralidade pressupõe o enfrentamento do



reducionismo e da fragmentação das práticas de assistência, da objetivação do sujeito e do enfoque dado à doença e ações curativas. Para V. S. Alves (2005), “o olhar do profissional . . . deve ser totalizante, com apreensão do sujeito biopsicossocial . . . caracterizada pela assistência que procura ir além da doença” (p. 42). Isso pressupõe a reorientação do modelo assistencial, com a incorporação das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, com equipes profissionais multidisciplinares.

De acordo com Paim (2006), diversas iniciativas têm sido implementadas para reduzir as desigualdades e iniquidades do SUS, inclusive considerando as desigualdades regionais com apoio em critérios técnicos e metodologias de análise das desigualdades em saúde. Considerando a equidade na distribuição de recursos financeiros, na oferta de serviços e nos resultados, é defendido que a igualdade de acesso aos serviços de saúde não é suficiente para reduzir as desigualdades nas condições de saúde de diferentes grupos sociais. Para combater essas desigualdades, têm sido formuladas políticas públicas focalizadas baseadas na diversidade social (raça, idade, sexo) e/ou baseadas na injustiça social, em termos de nível de renda, acesso a bens e serviços.

Neste contexto, pode-se dizer que o SUS atingiu seu princípio da universalidade à medida que está disponível para todos os segmentos da sociedade, mas que ainda está distante de atingir seus objetivos ideais de integralidade e equidade (Paim, 2006).

2.2 Teoria da agência e accountability no setor público

A relação contratual entre uma ou mais pessoas – principal – que contrata outra(s) pessoa(s) – agente – para realização de um serviço, que inclui a delegação de poderes para tomada de decisão pelo agente em nome do principal, é denominada de relação de agência. Essa relação agente-principal pode gerar conflitos, os chamados custos de agência (Jensen & Meckling, 1976).

O grande desafio para o principal é assegurar que o agente irá agir de acordo com os seus objetivos e não por conta de interesses próprios, isso tanto no âmbito da administração privada quanto da pública. A teoria de Jensen e Meckling (1976) objetiva tratar dos problemas decorrentes da separação entre propriedade e gestão e põe ênfase na busca pelo contrato que gerencie de forma mais apropriada e com menores custos, a relação entre principal e agente, posto que ambos possuem comportamento racional, são motivados por interesses próprios e têm diferentes níveis de aversão ao risco.



Segundo Eisenhardt (1989) e Przeworski (2003), o melhor contrato é aquele que toma por base o comportamento do agente, e na impossibilidade de estabelecimento deste, a opção seria o contrato por resultados. Os contratos podem ser tanto explícitos quanto implícitos. Na teoria da agência, a informação é tratada como uma commodity, que tem custo e pode ser comprada. Isso deve refletir nos sistemas de informações, que devem funcionar como controle do oportunismo do agente.

Para Jensen e Meckling (1976), o problema de agência ocorre em todos os tipos de organizações e relações que envolvam esforços cooperativos, seja em empresas, universidades, órgãos públicos, sindicatos, entre outros tipos de parcerias.

A teoria da agência, segundo Oliveira e Fontes (2017), tem permeado de forma dominante os estudos de governança corporativa, além de fazer parte do arcabouço teórico de estudos sobre o setor público, como os que tratam de terceirizações e parcerias público-privadas. De acordo com esses autores, na relação agente-principal, ambos buscam maximizar sua função e utilidade, podendo gerar conflito de interesses, pois com frequência o agente possui informações sobre seus resultados que não estão disponíveis para o principal ou que são inobserváveis por este.

Os custos de agência podem variar de acordo com o nível de assimetria de informação. Quanto mais facilmente o principal conseguir monitorar o agente, menores serão esses custos. Pensando no setor público, é possível definir o governo como agente, representado pelos políticos democraticamente eleitos, e a sociedade como principal, relação em que a *accountability* pode atuar como mecanismo de redução de conflitos entre agente e principal (Oliveira & Fontes, 2017).

A partir da promulgação da *Constituição Federal* (1988) e do *Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado* (1995), houve a transição de uma administração pública burocrática para administração gerencial, buscando aliar desenvolvimento econômico, por meio do fortalecimento da competitividade do mercado nacional, com desenvolvimento social, por meio do aumento da eficiência na prestação de serviços sociais, seja com a descentralização com ênfase na atuação de forma federalizada ou com a transferência para organizações públicas não estatais de serviços sociais e científicos antes providos exclusivamente pelo Estado (Bresser Pereira, 1998).

Neste cenário, a *accountability* constitui-se em uma importante engrenagem do necessário mecanismo de controle da sociedade (cidadãos, grupos ou instituições) sobre o poder público e deste em relação aos seus poderes. Este conceito está relacionado à democracia e ao



controle social, sendo o processo eleitoral a forma mais presente de exercício da cidadania (Pinho & Sacramento, 2009).

O termo *accountability* não encontra perfeita tradução para o português, mas pode ser entendido, de acordo com estudos sobre o tema, como transparência, prestação de contas e responsabilização (Campos, 1990; Pinho & Sacramento, 2009).

Para Campos (1990), o termo *accountability* tem forte relação com países desenvolvidos, de democracias consolidadas, não encontrando espaço para desenvolver-se plenamente em modelos de administração burocrática, que estão focados na eficiência da administração pública, no sentido de cumprimento das normativas e capacitação técnico-profissional, e não na efetividade dos serviços prestados, por meio do atendimento com qualidade das demandas do cidadão, com responsabilização dos agentes na distribuição de forma igualitária dos benefícios, dos custos econômicos e financeiros das políticas sociais.

Na transição para a administração pública gerencial, houve incremento de mecanismos de controle social, como o orçamento participativo, expansão dos conselhos consultivos e deliberativos, aumento da cobrança por transparência pública, conforme preconizava o *Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado* (1995). De acordo com Pinho e Sacramento (2009), houve importantes avanços na aproximação do real significado da *accountability* no Brasil. Para estes autores, ainda há diferenças na tradução do termo para o português, apesar de haver convergência de transparência e controle social de poder, responsabilidade e responsabilização.

Essa responsabilização dos agentes públicos pressupõe sanção pelo não atendimento do interesse do cidadão. Segundo Prado (2017), a sanção constitui-se em um ponto de divergência em estudos internacionais. Para Schedler (1999), a *accountability* é atendida à medida que o governo presta contas de suas ações e decisões, enquanto para Kenny (2003) “a prestação de contas somente fará sentido se houver sanção do agente público pelo descumprimento dos interesses do cidadão ou representará uma forma menor da *accountability*” (p. 63, tradução nossa).

Para monitorar o atendimento dos interesses do cidadão, a *accountability* pressupõe o controle social, considerando a possibilidade de conflito de interesses na relação agente-principal/governo-cidadão (Oliveira & Fontes, 2017). No campo da saúde pública e em outras áreas sociais, têm-se construído esforços de aprimoramento das condições para uma participação mais efetiva do cidadão no controle dos gastos e políticas públicas, inclusive em função da evolução constante das tecnologias de informação, embora o acesso a essas tecnologias e a criação de leis como a Lei de Acesso à Informação e a Lei de Responsabilidade Fiscal não transformem, por si só, a forma de agir e pensar do cidadão. Essa consciência crítica



está mais ligada à questão cultural e educacional que permeia a sociedade atual, com a participação incentivada por meio das mídias e redes sociais (Sales & Martins, 2014).

Por meio dos portais eletrônicos governamentais de transparência, por exemplo, o cidadão pode ter acesso a uma gama de dados e informações que lhe permite acompanhar mais de perto as ações do agente/governo e, se necessário, denunciar em canais oficiais as atividades governamentais que afrontam os interesses do principal/cidadão (Oliveira & Fontes, 2017). Da mesma forma, com uso das redes sociais, a população pode mobilizar-se e articular-se muito mais rapidamente para enfrentar questões relacionadas a propostas políticas de alteração ou supressão de direitos sociais, muitas das vezes constitucionalmente estabelecidos (Sales & Martins, 2014).

As manifestações em mídias e redes sociais também permitem que o cidadão venha a intervir indiretamente em ações políticas em curso, influenciando o processo de tomada de decisão tanto do governo em geral como de políticos em particular. Como forma de atuação mais direta e efetiva, pode-se citar a participação do cidadão em conselhos sociais. Especificamente em saúde, a Lei nº 8.142/1990, que complementa a Lei Orgânica da Saúde, trata da participação social na gestão do SUS, por meio de conferências ordinárias e conselhos de saúde de caráter permanente, como instâncias colegiadas que participam da elaboração, acompanhamento da implementação e avaliação dos resultados de políticas e ações na saúde, em cada esfera do governo (“Lei nº 8.142”, 1990).

O Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, em atendimento às atribuições que lhe foram conferidas pela a Lei nº 8.142/1990, por meio da Resolução nº 453/2012, afirma que o processo bem-sucedido de descentralização da saúde promoveu o surgimento de conselhos regionais, conselhos locais, conselhos distritais de saúde, incluindo os conselhos dos distritos sanitários especiais indígenas, sob a coordenação dos conselhos de saúde da esfera correspondente. A Resolução trata da aprovação de diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos conselhos de saúde e define que o Conselho de Saúde é uma instância colegiada, deliberativa e permanente do SUS, em cada esfera de governo. Define ainda que o Poder Executivo deve acolher as demandas oriundas da população definidas nas conferências de saúde, realizadas a cada quatro anos (“Para entender”, 2013).

Os conselhos de saúde devem ser constituídos majoritariamente pela comunidade usuária do SUS, ou seja, 50% de entidades e movimentos representativos de usuários, 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área da saúde e 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos. O papel dos conselhos de saúde reforça a relevância do controle social e participação efetiva do cidadão, dando ênfase



ao debate democrático e à construção de propostas coletivas, mas para que o controle seja efetivo, exige a qualificação contínua, dinâmica e progressiva de todos os envolvidos (“Para entender”, 2013).

2.3 *Ebserh e HC/UFPR*

A Ebserh foi criada pela Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Segundo a lei, o capital social será integralmente de propriedade da União, sendo a empresa dependente de recursos do tesouro nacional. O objetivo da Ebserh é a prestação de serviços gratuitos de assistência médica ambulatorial e hospitalar e de apoio a diagnóstico no âmbito do SUS. Também inclui a prestação de apoio às universidades federais em ensino, pesquisa e extensão, visando à formação de profissionais para a área da saúde, orientada pela Política Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (“Lei nº 12.550”, 2011).

Os hospitais universitários que firmam contrato com a Ebserh funcionam como subsidiárias, sendo dispensada a licitação para contratação da empresa para desenvolver atividades vinculadas ao seu objeto social. O contrato de gestão estabelece metas de desempenho, cronograma de execução e formas de avaliação, além das obrigações das partes. A Ebserh poderá ser contratada também por outras instituições públicas da área de ensino e pesquisa que prestem serviços ao SUS, além das universidades (“Lei nº 12.550”, 2011).

Respeitando a autonomia das universidades, os reitores e conselho universitário decidem pela adesão ou não à Ebserh. Os reitores têm a prerrogativa de indicar o nome para assumir o cargo de superintendente do hospital, respeitando os pré-requisitos estabelecidos. Os demais cargos de chefia são preenchidos mediante processo seletivo interno, com análise e supervisão da equipe de recursos humanos da empresa, que tem sede em Brasília.

A grande meta da empresa é a substituição dos empregados contratados pelas fundações das universidades (sem concurso público) por empregados concursados, contratados pelo regime CLT, visando atender as determinações do Tribunal de Contas da União. Segundo o Plano de Reestruturação do HC/UFPR (Ebserh, 2014b), foram 1.540 vagas para concurso imediato.

Sobre as repercussões da flexibilização das relações de trabalho na saúde, S. M. P. Alves et al. (2015) analisaram a realidade de um hospital universitário federal e concluíram que essa flexibilização, representada principalmente pela terceirização da força de trabalho, trouxe prejuízos a estudantes e usuários do SUS, levando à precarização do trabalho e desproteção social dos trabalhadores. Desde a criação da Ebserh, tem-se realizado concursos públicos e



promovido a contratação de novos servidores, conforme a disponibilidade de recursos orçamentários e financeiros da empresa.

A Ebserh foi criada em continuidade ao programa Rehuf, cujo objetivo é propiciar estrutura de funcionamento adequado aos hospitais universitários para que possam desenvolver de forma eficiente e com qualidade suas funções de ensino e assistência. Sob esta ótica, espera-se assegurar condições para a ampliação das instalações ou funcionamento em capacidade plena, considerando que muitos hospitais universitários limitam sua oferta de serviços de saúde ao SUS devido à falta de financiamento, de servidores e de equipamentos, condições das instalações, problemas de gestão e defasagem tecnológica, o que afeta as condições de ensino e desenvolvimento de pesquisas e atividades de extensão.

A rede federal, conforme denominação e informações do site da Ebserh (www.ebserh.gov.br, recuperado em 24 dezembro, 2018), é composta por 50 hospitais, vinculados a 35 universidades federais, sendo imprescindíveis para a formação de profissionais da área da saúde e centros de referência de média e alta complexidade para o SUS. Deste total de 50 hospitais, 7 estão localizados no Sul, 17 no Sudeste, 5 no Centro-Oeste, 4 no Norte e 17 no Nordeste. Destes todos, 40 já firmaram contrato com a empresa, 9 ainda permanecem sem contrato e 1 é empresa pública.

O HC/UFPR firmou contrato com a Ebserh em 30 de outubro de 2014. O Hospital foi inaugurado em 1961 e atualmente é o maior hospital público do Paraná, tendo sido o terceiro hospital universitário federal fundado no país, com 63 mil m², por onde circulam cerca de 11 mil pessoas por dia. É um hospital terciário, ou seja, possui infraestrutura técnica e profissional para atendimento de casos de alta complexidade, sendo 100% SUS (Ebserh, 2014b).

O HC/UFPR foi o primeiro hospital da América Latina a realizar transplante de medula óssea (em 1979) e ainda permanece como referência mundial desse tipo de transplante e no tratamento de doenças como anemia de Fanconi e anemia aplástica severa (Ebserh, 2014a).

Foi o primeiro hospital do Brasil a possuir um banco de ossos e tecidos musculoesqueléticos cadastrado pelo Ministério da Saúde (1998) e a criar o diagnóstico de doenças neuromusculares (1972). Foi o primeiro do Paraná a realizar o implante coclear pelo SUS (2011) e a possuir um banco de sangue de cordão umbilical e placentário (2011), entre tantas outras conquistas durante sua existência (Ebserh, 2014a).

Segundo informações da Ebserh (2014a), considerando a reativação de leitos fechados, o HC/UFPR contaria com 632 leitos, caracterizando um hospital de grande porte. No atendimento ambulatorial, teria capacidade instalada de 170 consultórios, utilizando 70% dessa



capacidade em 2014, e podendo passar a utilizar 96%, significando 86.619 consultas médicas e multiprofissionais por mês.

A partir da análise dos dados quantitativos de produção hospitalar e ambulatorial, avalia-se se houve incremento nos serviços prestados aos usuários do SUS pelo HC/UFPR após a adesão à Ebserh. Por ter sido o contrato de gestão firmado próximo ao encerramento do exercício de 2014, considera-se o período pós-Ebserh como sendo de 2015 a 2017.

3 Procedimentos metodológicos

A pesquisa pode ser definida como exploratória e descritiva quanto ao seu objetivo, bibliográfica e documental quanto aos procedimentos (Gil, 2009). Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa, com uso de estatística descritiva para análise dos dados que foram obtidos do *Relatório de Atividades da UFPR* (UFPR, 2017), publicado anualmente onde constam dados e informações a respeito da produção ambulatorial e hospitalar do HC/UFPR.

Foram utilizadas como variáveis os principais números e indicadores de produção do hospital para o período anterior à Ebserh – 2011 a 2014 – e para o período posterior ao contrato de gestão com a empresa – 2015 a 2017 –, bem como o quantitativo de pessoal, considerando todos os vínculos de trabalho existentes no HC/UFPR.

O software utilizado para desenvolver a análise estatística foi o R (R Core Team, 2018), utilizando o teste de Mann-Whitney, que é um teste não paramétrico indicado para amostras pequenas. Trabalhou-se também com o valor da média (medida de tendência central), associada com o valor do desvio padrão e variância (medida de dispersão) e o coeficiente de correlação de Pearson, também chamado de “ ρ de Pearson”, que mede o grau da correlação e a direção dessa correlação, se positiva ou negativa. Dessa forma, identificou-se se a variação na produção ambulatorial e hospitalar sofreu efetivamente influência do aumento do quadro de pessoal, decorrente das contratações de servidores concursados e desligamentos de funcionários terceirizados contratados pela fundação de apoio, ou se a variação na produção foi um movimento independente.

A discussão da análise dos dados e resultados permitirá identificar se houve aumento efetivo de serviços ofertados aos usuários do SUS pelo HC/UFPR, com a adesão à gestão compartilhada com a Ebserh. Cabe considerar que a solução dos déficits do quadro de pessoal, com a redução gradual até a extinção completa dos vínculos precarizados de trabalho (sem concurso público), sempre foi a principal justificativa para a criação da Ebserh. Diante deste



contexto, apresenta-se a hipótese: H_1 – houve evolução quantitativa dos resultados em termos de aumento de serviços ofertados aos usuários do SUS por meio da Ebserh no HC/UFPR.

4 Análise e discussão dos resultados

Nestes tempos em que a população subutilizada no Brasil bate recordes, considerando a série histórica do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística iniciada em 2012 (<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br> recuperado em 28 junho, 2019), um número cada vez mais expressivo de trabalhadores perdem seus planos de saúde e somam-se àqueles cidadãos que exigem a expansão da oferta de serviços de assistência médica do SUS (Duarte, Eble, & Garcia, 2018), dando dimensão ao conceito de *accountability* (Campos, 1990; Pinho & Sacramento, 2009).

Recorrentemente, imagens nos jornais impressos e televisivos revelam a humilhação e o descaso no tratamento do cidadão que recorre ao serviço público de saúde, evidenciando o conflito de agência entre agente e principal (Jensen & Meckling, 1976). Assim, o total anual de internações e o total anual de consultas realizadas por uma unidade hospitalar são itens bastante relevantes, em termos de volume de produção ambulatorial e hospitalar.

Na análise destes dados referentes ao HC/UFPR, verificam-se as seguintes variações no período anterior e posterior à Ebserh (Tabela 1): a média anual de internações passou de 14.704 para 15.488, havendo uma variação média de 5,34%; as consultas passaram de 1.175.612 para 1.181.441, demonstrando uma mínima variação de 0,5%; no total de exames prestados houve uma variação de 7,15%, estando neste montante incluídos desde as análises clínicas até os exames de imagem mais sofisticados. Especificamente sobre exames de imagem que demandam maior tecnologia e para os quais há uma demanda reprimida por parte dos usuários do SUS, dado o custo desses exames nas redes particulares, bem como a limitação de equipamentos na rede pública, verifica-se no período 2015-2017, em relação a 2011-2014, que houve um decréscimo de 5,4% nas mamografias, um aumento de 3,5% nos exames de ressonância magnética e variação positiva de 44,5% e 2,6% nas tomografias e ultrassonografias, respectivamente.



Tabela 1 - Serviços de assistência médica prestados pelo Hospital de Clínicas da UFPR, 2011-2017

Assistência ambulatorial e hospitalar	2011	2012	2013	2014	Média
Internações	15.657	14.844	15.338	12.975	14.704
Consultas	1.209.259	1.157.620	1.221.327	1.114.241	1.175.612
Exames complementares	1.929.988	1.627.793	1.705.035	1.620.964	1.720.945
Mamografia	2.275	1.675	1.977	1.472	1.850
Ressonância magnética	-	-	2.798	1.944	2.371
Tomografia	12.915	10.085	8.756	10.375	10.533
Ultrassonografia	19.531	17.187	16.440	15.054	17.053
Média de permanência (dias)	7,56	7,47	7,33	7,82	7,55
Taxa de ocupação (%)	64,94	64,39	71,04	72,94	68,33
Assistência ambulatorial e hospitalar	2015	2016	2017	Média	
Internações	14.282	15.552	16.631	15.488	
Consultas	1.150.011	1.187.947	1.206.364	1.181.441	
Exames complementares	1.788.594	1.887.431	1.855.773	1.843.933	
Mamografia	1.551	1376	2.324	1.750	
Ressonância Magnética	2.640	2.591	2.131	2.454	
Tomografia	12.492	15.899	17.257	15.216	
Ultrassonografia	15.898	15.382	21.224	17.501	
Média de permanência (dias)	7,30	7,39	7,16	7,28	
Taxa de ocupação (%)	78,52	83,27	84,23	82,01	

Fonte: Relatório de atividades da UFPR.

Cabe mencionar, que o volume de recursos orçamentários e financeiros do hospital não é objeto de estudo. O HC/UFPR é contratualizado com a Secretaria Municipal de Saúde/Prefeitura Municipal de Curitiba, e tem sua prestação de serviços remunerada conforme a tabela referencial do SUS, além dos incentivos a que faz jus, conforme legislação pertinente.

Em relação à média de permanência (Tabela 1), que tem como objetivo acompanhar o tempo de internação dos pacientes, identifica-se que houve melhora, passando de 7,55 dias para 7,28, portanto uma redução de 3,6%. Cabe mencionar que quanto maior o tempo que o paciente permanece no leito hospitalar maior a sua exposição a efeitos adversos, como infecção hospitalar. Segundo a Ebserh (2014b), o valor de referência para esse indicador é de 5,2 dias.

Quanto à taxa de ocupação hospitalar, que tem como objetivo medir o grau de ocupação dos leitos disponíveis, conforme a Ebserh (2014b), os valores de referência para esse indicador estão entre 70% e 95%, e uma taxa de ocupação muito baixa indica inadequação do número de leitos à região ou baixa integração do hospital à rede de saúde, com dificuldade de acesso. Por outro lado, uma taxa de ocupação muito alta indica insuficiência do quantitativo de leitos em relação à demanda. No caso do HC/UFPR, no período de 2011 a 2014, a média da taxa de ocupação hospitalar foi de 68,33%, passando a 82% em média no período de 2015 a 2017, indicando uma considerável melhoria neste indicador – cerca de 20%.

Em termos de capacidade instalada, o número de leitos hospitalares passou de 486 em 2011 para 514 em 2017, e o número de leitos de unidades de terapia intensiva (UTI) passou de 52 para 60 no mesmo período, indicando uma variação de aproximadamente 6% e 15%,



respectivamente. Isso mostra um avanço na oferta de leitos de UTI, que se configura em um gargalo para o atendimento adequado aos usuários do SUS. O número de salas cirúrgicas neste mesmo período passou de 18 para 19, e o número de consultórios médicos permaneceu próximo a 200, sem grandes variações anuais.

No tocante à força de trabalho do HC/UFPR (Tabela 2), conclui-se que houve um incremento considerável no número de postos de trabalho. Analisando o quantitativo total, que engloba os diferentes vínculos de trabalho, verifica-se que o número passou de 3.892 em 2011 para 4.238 em 2017, significando um aumento de cerca de 9%. Os funcionários com vínculo com a Ebserh já representavam cerca de 21% da força de trabalho do hospital em 2017. Contudo, esse quantitativo de funcionários Ebserh corresponde apenas a 57% do total dimensionado em 2014 de 1.540 vagas para concurso imediato. Por outro lado, houve redução de cerca de 12% no quadro de funcionários contratados sem concurso público no período pós-Ebserh.

Tabela 2 - Número de funcionários do HC/UFPR, 2011-2017

Vínculo	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Ministério da Educação	1.965	1.964	1.968	1.942	1.909	1.801	1.645
Fundação da UFPR	997	971	927	873	853	833	747
Ebserh	0	0	0	0	316	547	881
Residência médica	288	300	305	322	350	370	369
Residência multiprofissional	57	72	153	92	98	109	112
Empresas terceirizadas	585	583	540	562	539	466	484
Total	3.892	3.890	3.893	3.791	4.065	4.126	4.238

Fonte: Relatórios de atividades UFPR.

Para averiguar se as variações na produção ambulatorial e hospitalar e nos indicadores hospitalares receberam influência significativa em termos estatísticos do aumento no quadro de funcionários do HC/UFPR, proporcionado pelas contratações realizadas pela Ebserh, realizou-se o teste U de Mann-Whitney (Siegel, 1975) (Tabela 3). O teste de Mann-Whitney não avalia de fato se a média dos indicadores foi maior antes ou depois, mas, sim, se os postos (ordenação) de um grupo foram maiores que o outro. Como há limite de dados coletados nesse estudo (quatro observações para antes e três para depois), não foi possível verificar a suposição de normalidade para o teste t. Dessa forma, escolheu-se aplicar o teste de Mann-Whitney, que não tem pressupostos.



Tabela 3 - Valor-p do teste para diferença de postos em relação à variável período

Covariáveis	Valor-p	Período	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Taxa de ocupação (%)	0,0571	Antes	4,31	67,99	64,39	72,94
		Depois	3,06	83,27	78,52	84,23
Média de permanência (dias)	0,1143	Antes	0,21	7,51	7,33	7,82
		Depois	0,12	7,30	7,16	7,39
Tomografia	0,1143	Antes	1.738	10.230	8.756	12.915
		Depois	2.455	15.899	12.492	17.257
Exames complementares	0,4000	Antes	144.483	1.666.414	1.620.964	1.929.988
		Depois	50.471	1.855.773	1.788.594	1.887.431
Internações	0,6286	Antes	1.200	15.091	12.975	15.657
		Depois	1.176	15.552	14.282	16.631
Mamografia	0,8571	Antes	351	1.826	1.472	2.275
		Depois	504	1.551	1.376	2.324
Consultas	0,8571	Antes	49.370	1.183.440	1.114.241	1.221.327
		Depois	28.734	1.187.947	1.150.011	1.206.364
Ressonância magnética	1,0000	Antes	604	2.371	1.944	2.798
		Depois	281	2.591	2.131	2.640
Ultrassonografia	1,0000	Antes	1.874	16.814	15.054	19.531
		Depois	3.234	15.898	15.382	21.224

Se valor-p = 0, leia-se valor-p < 0,0001.

Fonte: Relatórios de atividades UFPR.

Neste teste, nota-se que nenhuma variável foi significativa ao nível 5% (Tabela 3). Como consequência, o teste de Mann Whitney não teve poder de significância para rejeitar H_0 – os indicadores tiveram mesmo desempenho antes e após a Ebserh, e aceitar H_1 – houve evolução quantitativa dos resultados em termos de aumento de serviços ofertados aos usuários do SUS por meio da Ebserh no HC/UFPR. Ou seja, o desempenho dos indicadores foi o mesmo antes e depois da Ebserh. Mesmo para a taxa de ocupação, que foi sempre superior após a Ebserh, obteve-se o valor-p = 0,05714, não significativo. A Tabela 4 apresenta o valor da correlação de Pearson, bem como o teste de hipótese para o valor da correlação (se tal coeficiente é diferente de zero).

Tabela 4 - Valor da correlação de Pearson entre número de funcionários e as covariáveis

Covariáveis	Correlação	Valor-p
Tomografia	0,87	0,01003
Taxa de ocupação	0,83	0,02028
Média de permanência (dias)	-0,81	0,02572
Internações	0,67	0,10073
Exames complementares	0,61	0,14584
Ultrassonografia	0,42	0,34892
Consultas	0,37	0,41552
Mamografia	0,18	0,69486
Ressonância magnética	0,10	0,87378

Se valor-p = 0, leia-se valor-p < 0,0001.

Fonte: Relatórios de atividades UFPR.

As covariáveis tomografia e taxa de ocupação hospitalar (%) estão fortemente e positivamente associadas com o número de funcionários (valor-p < 0,05 e correlação > 0,8), ou



seja, maior número de funcionários esteve correlacionado com maior número de tomografias e maior taxa de ocupação do hospital (Tabela 4). Em relação à média de permanência, como é de se esperar, a relação é inversa, pois maior número de funcionários esteve fortemente e negativamente relacionado com tempo médio de permanência do paciente no leito (valor- $p = 0,02572$ e correlação = $-0,81$).

Em relação à média de permanência, como é de se esperar, a relação é inversa, pois maior número de funcionários esteve fortemente e negativamente relacionado com tempo médio de permanência do paciente no leito (valor- $p = 0,02572$ e correlação = $-0,81$). Não apresentam correlação significativa com número de funcionários as covariáveis internações, exames complementares em geral, ultrassonografia, consultas, mamografia e ressonância.

Embora não apresentem correlação significativa, internações e exames complementares em geral têm valores de correlação estatisticamente expressivos, indicando uma correlação moderada, mostrando, assim, tendência também no aumento de internações e de total de exames em relação ao quadro de funcionários. Porém, as covariáveis ultrassonografia e consultas apresentam um índice de correlação fraca, e mamografia e ressonâncias têm uma correlação desprezível em termos estatísticos em relação ao número de funcionários.

Apesar de o desempenho de alguns indicadores ter sido o mesmo antes e depois da empresa Ebserh, conforme teste estatístico, os hospitais universitários são instituições que exercem um importante papel na rede de atenção à saúde (Mendes, 2011), especialmente nos níveis de média e alta complexidade, na formação de profissionais e no desenvolvimento tecnológico da área da saúde (Alves et al., 2015).

O momento é de transição, e esses hospitais estão passando por um processo de reestruturação que teve início em 2010 com o Rehuf e teve sequência com a criação da Ebserh no final de 2011. Porém, analisando o caso do HC/UFPR é possível afirmar que a criação da Ebserh não se materializou em um processo de privatização, conforme alguns autores defenderam à época de sua criação (Andreazzi, 2013; Palhares & Cunha, 2014; Sodré et al., 2013). O HC/UFPR continua com atendimento 100% SUS.

5 Considerações finais

O objetivo deste estudo foi avaliar a evolução quantitativa dos resultados em termos de aumento dos serviços ofertados aos usuários do SUS por meio da Ebserh no HC/UFPR.

Diariamente, são relatados na mídia os problemas de falta de médicos e limitação do número de leitos, principalmente leitos de tratamento intensivo. Corroborando esses fatos, a avaliação da evolução quantitativa dos resultados em termos de aumento dos serviços ofertados



aos usuários do SUS por meio da Ebserh no HC/UFPR mostrou que a variação em termos de quantidade de internações, consultas e exames em geral não foi estatisticamente significativa, respondendo a questão e hipótese da pesquisa proposta.

Apesar disso, resultados positivos em termos de aumento do quadro de pessoal, ampliação do número de leitos de UTI, taxa de ocupação hospitalar e redução da média de permanência, medida em dias de internação, asseguram uma maior rotatividade dos leitos, podendo impactar no número de internações futuras e na integralidade do cuidado.

Quanto a uma das principais diretrizes da Ebserh, a substituição dos funcionários contratados sem concurso público, pode-se dizer que a empresa contratou um número de servidores muito próximo ao necessário para efetivar tal substituição. Porém, o dimensionamento de pessoal realizado (Ebserh, 2014a) mostra que o número de funcionários necessários para o pleno funcionamento da capacidade instalada do hospital é bem maior. Falta ainda contratar cerca de 40% desse quantitativo ideal.

Por outro lado, não houve, por parte do HC/UFPR, o desligamento proporcional dos funcionários não concursados conforme se efetivou a contratação de servidores concursados pela Ebserh, o que poderá ser um limitador para a realização de concursos públicos nos exercícios subsequentes e/ou um entrave ao pleno exercício das funções dos novos servidores já contratados em função da relação conflituosa gerada entre trabalhadores de diferentes vínculos, conforme a percepção do corpo social da enfermagem de um hospital universitário relatado no estudo de S. M. P. Alves et al. (2015).

Espera-se que esse estudo possa contribuir com a necessária discussão sobre os desdobramentos da criação da Ebserh, enquanto estatal integralmente dependente de recursos do tesouro nacional e cuja atuação na gestão administrativa e hospitalar poderá ir além dos hospitais universitários federais, contemplando outras instituições públicas da área de ensino e pesquisa que prestem serviços ao SUS. Ademais, com a divulgação dos resultados em termos de ampliação ou redução do número de atendimentos efetivados por um grande prestador de serviços da região Sul, espera-se contribuir com o controle social, fomentando o interesse dos diferentes sujeitos integrantes dos conselhos de saúde e da sociedade em geral sobre essa solução implementada pelo governo federal para assegurar o pleno funcionamento dos hospitais universitários, para que possam realizar de forma eficiente e com qualidade suas funções de ensino e assistência. Neste sentido, a Ebserh foi posta pelo governo federal como a única solução possível para a crise dos hospitais universitários (Sodré et al., 2013).

Em relação às limitações do estudo, é preciso destacar que o período analisado é um período de transição e que muitas das ações propostas ainda não se consolidaram totalmente,



não correspondendo à gestão plena do HC/UFPR pela Ebserh, mesmo com o contrato de gestão tendo sido assinado em 2014. Além disso, é preciso considerar que outros fatores, como limitações financeiras e greves de servidores, podem impactar nos resultados da produção ambulatorial e hospitalar.

Como proposta para estudos futuros, caberia investigar o impacto da Ebserh em nível nacional na produção ambulatorial e hospitalar, com análise estatística dos dados referentes a todos os hospitais universitários que compõem a rede federal. Também é interessante estudar a percepção dos integrantes do Conselho Municipal de Saúde de Curitiba sobre o processo de transição para esse novo modelo de gestão do HC/UFPR, buscando evidenciar como o órgão colegiado tem atuado no acompanhamento e controle dos impactos quantitativos e qualitativos das ações da Ebserh para os usuários do SUS.

Referências

- Alves, S. M. P., Coelho, M. C. R., Borges, L. H., Cruz, C. A. M., Massaroni, L., & Maciel, P. M. A. (2015). A flexibilização das relações de trabalho na saúde: a realidade de um hospital universitário federal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(10), 3043-3050. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.11592014>
- Alves, V. S. (2005). Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface*, 9(16), 39-52. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832005000100004>
- Andreazzi, M. F. S. (2013). Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: inconsistências à luz da reforma do Estado. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 37(2), 275-284. Recuperado em 15 maio, 2020, de <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v37n2/16.pdf>
- Bresser Pereira, L. C. (1998). A reforma do estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle. *Lua Nova*, (45), 49-95. <https://doi.org/10.1590/S0102-64451998000300004>
- Campos, A. M. (1990). Accountability: Quando poderemos traduzi-la para o português? *Revista de Administração Pública*, 24(2), 30-50. Recuperado em 12 maio, 2020, de <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/9049/8182>
- Cecilio, L. C. O., & Merhy, E. E. (2003, março). *A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar*. Recuperado em 20 dezembro, 2018, de <http://www.hmdcc.com.br/wp-content/uploads/2018/04/Cecilio-A-INTEGRALIDADE-DO-CUIDADO-COMO-EIXO-DA-GEST%C3%83O-HOSPITALAR.pdf>
- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. (1988). Recuperado em 28 dezembro, 2018, de <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/consti/1988/constituicao-1988-5-outubro-1988-322142-publicacaooriginal-1-pl.html>



- Duarte, E., Eble, L. J., & Garcia, L. P. (2018). 30 anos do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 27(1), 1-2. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742018000100018>
- Eisenhardt, K. M. (1989). Agency theory: An assessment and review. *Academy of Management Review*, 14(1), 57-74. <https://doi.org/10.5465/amr.1989.4279003>
- Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. (2014a). *Hospital de Clínicas e Maternidade Victor Ferreira do Amaral Universidade Federal do Paraná: Dimensionamento de serviços assistenciais*. Recuperado em 20 junho, 2018, de http://www2.ebserh.gov.br/documents/15796/102826/dimensionamento_assistencial_hc_e_maternidade_ufpr.pdf/5dcac215-c03f-45b3-8b3a-d8059e88d8bea
- Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. (2014b). *Plano de Reestruturação: Hospital de Clínicas e Maternidade Victor Ferreira do Amaral, Universidade Federal do Paraná*. Recuperado em 20 junho, 2018, de http://www2.ebserh.gov.br/documents/15796/102826/plano_de_reestruturacao_ufpr.pdf/fda0236c-20b3-4664-8a53-2e04fae7b9d9
- Gil, A. C. (2009). *Como elaborar projetos de pesquisa* (4a ed.). São Paulo: Atlas.
- Guimarães, C. (2016, maio). “Excluir o direito à saúde é barbárie”. Recuperado em 21 junho, 2018, de <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/excluir-o-direito-a-saude-e-barbarie>
- Jensen, M. C., & Meckling, W. H. (1976). Theory of the firm: managerial behavior, agency costs and ownership structure. *Journal of Financial Economics*, 3(4), 305-360. [https://doi.org/10.1016/0304-405X\(76\)90026-X](https://doi.org/10.1016/0304-405X(76)90026-X)
- Kenny, C. D. (2003). Horizontal accountability: Concepts and conflicts. In S. Mainwaring & C. Welna (Eds.), *Democratic accountability in Latin America* (pp. 55-74). New York: Oxford University Press.
- Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. (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. Recuperado em 18 junho, 2018, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm
- Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011. (2011). Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH. Recuperado em 15 junho, 2018, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/lei/12550.htm
- Mendes, E. V. (2010). As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5), 2297-2305. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>
- Mendes, E. V. (2011). *As redes de atenção à saúde*. Recuperado em 12 maio, 2020, de https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965



- Menicucci, T. M. G. (2009). O Sistema Único de Saúde, 20 anos: Balanço e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(7), 1620-1625. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000700021>
- Oliveira, C. B., & Fontes, J. R., Filho. (2017). Problemas de agência no setor público: O papel dos intermediadores da relação entre poder central e unidades executoras. *Revista de Administração Pública*, 51(4), 596-615. <https://doi.org/10.1590/0034-7612171397>
- Oliveira, G. A. (2014). *A compatibilidade dos princípios e modelo de Estado que subjazem ao SUS e a Ebserh (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares)*. Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil. Recuperado em 21 junho, 2018, de <http://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/4725>
- Paim, J. S. (2006). Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: O caso do SUS. *Saúde e Sociedade*, 15(2), 34-46. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902006000200005>
- Palhares, D., & Cunha, A. C. R. (2014). Reflexões bioéticas sobre a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh). *Revista Latinoamericana de Bioética*, 14(1), 122-129. Recuperado 12 maio, 2020, <http://www.scielo.org.co/pdf/rlb/v14n1/v14n1a10.pdf>
- Para entender o controle social na saúde*. (2013). Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Persson, E., & Moretto, L., Neto. (2018). Ideology and discourse in the public sphere: A critical discourse analysis of public debates at a Brazilian public university. *Discourse & Communication*, 12(3), 278-306. <https://doi.org/10.1177/1750481318757765>
- Pinho, J. A. G., & Sacramento, A. R. S. (2009). Accountability: Já podemos traduzi-la para o português? *Revista de Administração Pública*, 43(6), 1343-1368. <https://doi.org/10.1590/S0034-76122009000600006>
- Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado*. (1995). Brasília, DF: Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado.
- Prado, I. C. N. (2017). *A accountability como mecanismo de controle social da atividade judicial*. Dissertação de mestrado, Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, SP, Brasil. Recuperado em 08 junho, 2018, de <http://tede.mackenzie.br/jspui/bitstream/tede/3459/5/Izabel%20Cristina%20Navarro%20Prado.pdf>
- Przeworski, A. (2003). Sobre o desenho do Estado: Uma perspectiva agente × principal. In L. C. Bresser Pereira & P. Spink (Orgs.), *Reforma do Estado e administração pública gerencial* (5a ed, pp. 39-73). Rio de Janeiro: FGV.
- R Core Team. (2018). *R: A language and environment for statistical computing*. Recuperado em 20 abril, 2018, de <https://www.r-project.org/>
- Sales, T. S., & Martins, A. L. P. (2014). Planejamento, transparência, controle social e responsabilidade na administração pública após o advento da Lei de Responsabilidade Fiscal. *Nomos*, 34(1), 241-257. Recuperado em 12 maio, 2020, de <http://periodicos.ufc.br/nomos/article/view/1212/1176>.



Schedler, A. (1999). Conceptualizing accountability. In A. Schedler, L. Diamond, & M. F. Plattner (Eds.), *The self-restraining state: power and accountability in new democracies* (pp. 13-27). Boulder: Lynne Rienner Publishers.

Siegel, S. (1975). *Estatística não-paramétrica para as ciências do comportamento*. São Paulo: McGraw-Hill.

Sodré, F., Littike, D., Drago, L. M. B., & Perim, M. C. M. (2013). Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: Um novo modelo de gestão? *Serviço Social & Sociedade*, (114), 365-380. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-66282013000200009>

Universidade Federal do Paraná. (2017). *Relatório de atividades*. Recuperado em 04 julho, 2018, de <http://www.proplan.ufpr.br/portal/relatorio-de-atividades/>

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), 157-178. Recuperado em 12 maio, 2020, de <https://portalseer.ufba.br/index.php/rebap/article/view/22413/14375>.